(Ont)Regel de Zorg

Statusrapport Merkbaarheidsscan

September 2019

kpmg.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting 4

1 Inleiding 6
- 1.1 Achtergrond 7
- 1.2 Doelstelling 7
- 1.3 Onderzoeksaanpak 8
- 1.4 Begeleiding van het onderzoek 9
- 1.5 Scope onderzoek 9
- 1.6 Leeswijzer 9

2 Voortgang op het actieplan (Ont)Regel de Zorg 10
- 2.1 Algemeen beeld regeldruk 11
- 2.2 Voortgang per sector 12

3 Sectorspecifieke verdieping 23
- 3.1 Medisch specialistische zorg 24
- 3.2 Farmacie 27
- 3.3 Paramedische zorg 30
- 3.4 Huisartsenzorg 33
- 3.5 Curatieve ggz 36
- 3.6 Wijkverpleging 40
- 3.7 Verpleeghuizen 44
- 3.8 Gehandicaptenzorg 47
- 3.9 Sociaal domein 50

4 Sectoroverstijgende kansen 55
- 4.1 Optimaliseren van digitale informatie-uitwisseling tussen organisaties 56
- 4.2 Heldere beschrijving van de landelijke regels en/of procedures zodat deze goed toegepast kunnen worden 56
- 4.3 Slimmer organiseren van IT-systemen en de inzet van digitalisering 56
- 4.4 Uniformeren van beleid bij zorgverzekeraars 57
- 4.5 Secretariële ondersteuning 57

Bijlagen 58

Bijlage I	Onderzoeksaanpak in meer detail	59
Bijlage II	Bronnenlijst	61
Bijlage III	Samenstelling begeleidingscommissies	62
Bijlage IV	Vragenlijst enquête	64
Bijlage V	Afkortingen- en begrippenlijst	68
Bijlage VI	Actiepunten die in overleg met begeleidingscommissie en ministerie van VWS niet zijn meegenomen in dit onderzoek	70
Bijlage VII	**Medisch specialistische zorg:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	72
Bijlage VIII	**Farmacie:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	74
Bijlage IX	**Paramedische zorg:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	76
Bijlage X	**Huisartsenzorg:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verbeteren van regeldruk	78
Bijlage XI	**Curatieve ggz:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	80
Bijlage XII	**Wijkverpleging:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	82
Bijlage XIII	**Verpleeghuizen:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	84
Bijlage XIV	**Gehandicaptenzorg:** onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	86
Bijlage XV	**Sociaal domein - jeugdhulp in de regio Alkmaar en maatschappelijke ondersteuning in de regio Twente**: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk	88
Bijlage XVI	Algemeen beeld in sectoren op administratieve ondersteuning, ervaren regeldruk met en zonder administratieve ondersteuning en inspanningen van professionals om regeldruk te verminderen	94

Managementsamenvatting

Zorgverleners zijn veel tijd kwijt aan administratieve handelingen, tijd die ze niet kunnen besteden aan zorg voor de patiënt, terwijl dat is waarom ze voor hun vak gekozen hebben. Deze ervaren regeldruk is de afgelopen jaren toegenomen. Voortbouwend op bestaande initiatieven is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport samen met het veld in 2018 daarom gestart met het programma (Ont)Regel de Zorg met als doel om voor zorgprofessionals en patiënten de ervaren regeldruk merkbaar te verminderen. Eén van de instrumenten om de uitvoering van het Programma (Ont)Regel de zorg te monitoren is voorliggende merkbaarheidsscan: wat merkt de professional ervan?

Dit rapport bevat de onderzoeksuitkomsten van de eerste meting van 74 actiepunten, waarvan er per februari 2019 (ijkmoment) 19 actiepunten afgerond waren. Het betreft de actiepunten van het onderdeel maatwerkaanpak: snappen of schrappen. De ervaren regeldruk wordt zowel met een door professionals gegeven rapportcijfer als in tijdsbesteding per actiepunt (maatregel) uitgedrukt.

Professionals geven aan dat administratieve werkzaamheden tot het dagelijkse werk behoren, zolang de logica erachter en de waarde die het toevoegt aan het primair proces duidelijk is. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het leggen van deze link helpt om draagvlak te vinden en bijdraagt aan het verminderen van de ervaren regeldruk. In de sectorspecifieke resultaten zien we in alle sectoren een vrij hoge mate van acceptatie van tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden. Dit laat zien dat het bij (ont)regelen van zorg belangrijk is om de juiste balans te vinden tussen de werkelijke tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden en de mate van tijd die acceptabel wordt bevonden. Het gaat daarmee niet alleen om het schrappen van regels, maar ook het snappen van regels.

De onderzoeksresultaten laten verder zien dat professionals bij deze eerste meting bij een groot aantal afgeronde actiepunten gemiddeld een minimaal verschil ervaren op een merkbare vermindering van regeldruk. Dit komt soms omdat het effect van de afgeronde actiepunten nog niet in het dagelijkse werk is geïmplementeerd of omdat geschrapte of vereenvoudigde maatregelen nog niet bekend zijn bij de professionals. Het programma (Ont)regel de Zorg is nog in volle gang, en kan meer impact hebben als het aan bekendheid wint.

Naast de specifieke maatregelen uit het actieplan noemen de professionals een aantal kansen om de regeldruk verder te verminderen. Het gaat daarbij om a) het optimaliseren van digitale informatie-uitwisseling, b) het slimmer organiseren van IT-systemen en inzet van digitalisering, c) uniformeren van beleid van inkopers (zorgverzekeraars en gemeenten) d) het beter toelichten van landelijke regels of procedures (wat is het achterliggende idee, en wat kan wel en niet) en e) ondersteuning bij de uitvoering van administratieve taken door taakdifferentiatie.

In het onderzoek hebben we ruim 4.500 professionals bereikt. KPMG bedankt hen nogmaals voor hun bijdrage en de tijd die ze hiervoor hebben vrijgemaakt.

Opzet en methode

Dit onderzoek bestaat uit drie hoofdonderdelen:

1. Groepsgesprekken met professionals;
2. Enquête onder ruim 4.500 professionals;
3. Verdiepende interviews met professionals waarin de uitkomsten uit de enquête nader zijn geduid en verdiept.

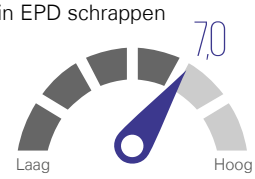
Ervaren regeldruk per sector: belangrijkste conclusies eerste meetmoment

Medisch specialistische zorg

Professionals vinden 27% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 42%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Handmatige dubbele registraties in EPD schrappen
— Afvinklijstjes voor werkprocessen niet meer vastleggen in EPD
— Beperken orders via het ICT-systeem



Farmacie

Professionals vinden 15% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 33%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Stoppen met beantwoording vergoedingsvragen in de apotheek
— Schrappen administratie als gevolg van medische noodzaak
— Beperken controle machtigingsformulieren hulpmiddelen

Paramedische zorg

Professionals vinden 19% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 35%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Versimpelen richtlijn fysiotherapeutische dossiervoering
— Vereenvoudigen begin- en eindmeting en schrappen van het verplichtend karakter
— Beperken van (beheers)audits door externe partijen

Huisartsenzorg

Professionals vinden 17% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 30%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

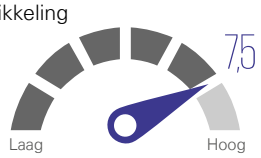
— Schrappen van terugverwijzingen vanuit volwassen-GGZ
— Geen formulieren bij medische noodzaak en niet meer jaarlijks aanvragen van hulpmiddelen bij chronische aandoeningen
— Verminderen en vereenvoudigen NHG-praktijkaccreditering

Curatieve GGZ

Professionals vinden 19% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 37%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Uniformeren van de inkoopcontracten
— Minimaliseren lasten bij doorontwikkeling benchmark ROM
— Schrappen van het specificeren van type behandelcontact bij urenregistratie

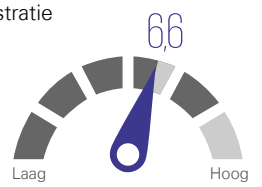


Wijkverpleging

Professionals vinden 16% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 27%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Schrappen van de vijfminutenregistratie
— Schrappen handtekening cliënt bij wijziging van het zorgplan
— Schrappen van de standaard halfjaarlijkse zorgevaluatie

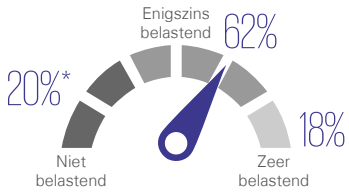


Verpleeghuizen

Professionals vinden 23% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 35%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Vereenvoudigen van de regeling meerzorg
— Versimpelen van aanmaken en bijhouden ECD

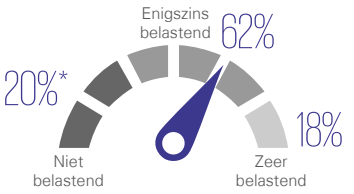


Gehandicaptenzorg

Professionals vinden 22% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 33%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Vereenvoudigen van de regeling meerzorg
— Versimpelen van aanmaken en bijhouden ECD



Sociaal domein: Jeugdhulp regio Alkmaar

Professionals vinden 21% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 41%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Verschillende procedures zorgaanvragen en -verlengingen
— Tijdschrijven
— Individueel Budget Plafond (IBP)

Sociaal domein: Maatschappelijke ondersteuning regio Twente

Professionals vinden 26% aan administratieve werkzaamheden acceptabel. In de praktijk is dit 43%.

Actiepunten met de meest ervaren regeldruk:

— Afsprakenformulier
— Kortdurende beschikkingen
— Verschillende werkwijzen per gemeente

* Cijfers zijn gebaseerd op bestaand onderzoek

Inleiding

1.1 Achtergrond

Zorgverleners zijn veel tijd kwijt aan administratieve handelingen, tijd die ze niet kunnen besteden aan zorg voor de patiënt[1], terwijl dat is waarom ze voor hun vak gekozen hebben. Professionals geven aan dat administratieve werkzaamheden tot het dagelijkse werk behoren, zolang de logica erachter en de waarde die het toevoegt aan het primair proces duidelijk is. De ervaren regeldruk in echter de afgelopen jaren toegenomen. Vanuit verschillende hoeken zijn manifesten, experimenten en onderzoeken opgezet om de ervaren regeldruk te verminderen. Ondanks mooie stappen die worden gezet met voorbeelden zoals 'Laat dokters dokteren' in de medisch specialistische zorg, experiment 'Anders verantwoorden' in de gehandicaptenzorg en in het sociaal domein en 'Het Roer Gaat Om' in de huisartsenzorg is het een taai vraagstuk dat blijvende aandacht vraagt.

Voortbouwend op de bestaande initiatieven is het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) samen met het veld in 2018 gestart met het programma (Ont)Regel de Zorg met als doel om voor zorgprofessionals en patiënten de ervaren regeldruk merkbaar te verminderen. Het actieplan laat zich kenmerken door de betrokkenheid van belangrijke partijen vanuit negen sectoren. Samen met deze partijen zijn per sector actieplannen opgesteld. Deze kennen elk een maatwerkaanpak om de voor de betreffende sector specifieke knelpunten aan te pakken. Eén van de instrumenten om de uitvoering van het programma te monitoren is voorliggende merkbaarheidsscan: wat merkt de professional ervan?

(Ont)regelen in breder perspectief

Zorgprofessionals hebben (regel)ruimte nodig om samen met de patiënt te bepalen over wat goede en gepaste zorg is in de context[2]. (Ont)regelen van zorg, met als doel goede zorg en ondersteuning zonder onnodige administratieve lasten vergt een omslag in denken en doen. Het primaire proces moet leidend zijn, en niet de administratieve lasten er omheen. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld regels niet simpelweg uitvoeren, maar gebruiken als kader: de zorgprofessional ervaart de ruimte om vanuit de inhoud te handelen en daarover verantwoordelijkheid te nemen.

In de praktijk zijn veel verschillen zichtbaar bij organisaties in het realiseren van het (ont)regelen van de zorg. Wat niet werkt is regels simpelweg niet meer uitvoeren. Het is belangrijk om te leren hoe je regels kunt gebruiken als kaders en waar achterliggende doelen, mits deze waarde toevoegen, met minder lasten tot stand kunnen komen.

(Ont)regelen in de praktijk

In de praktijk zien we mooie voorbeelden die hebben geleid tot een merkbare verbetering. Daar waar actiepunten zijn afgerond zien we in een aantal gevallen een vermindering van de regeldruk. Denk aan het afschaffen van de verplichte handtekening van de cliënt bij wijzigingen in het zorgplan in de wijkverpleging. We zien echter bij deze eerste meting dat bij een groot aantal afgeronde actiepunten gemiddeld een minimaal verschil wordt ervaren op een merkbare vermindering van regeldruk. Dit komt soms omdat het effect van de afgeronde actiepunten nog niet in het dagelijkse werk is geïmplementeerd of omdat geschrapte of vereenvoudigde maatregelen nog niet bekend zijn bij de professionals. Het programma is nog in volle gang, en daarmee is de verwachting dat meer verbetering zichtbaar wordt de komende tijd.

Het (ont)regelen van de zorg en het verminderen van de ervaren regeldruk vraagt dus nog steeds om aandacht. Niet alleen vanuit het ministerie, financiers of beroeps- en belangenverenigingen. Ook van de individuele zorgorganisaties en de professionals zelf. De ervaren regeldruk komt namelijk niet alleen voort uit verantwoording of wet- en regelgeving, maar ook uit interne regels van de eigen organisatie. Dit betekent samen aan de slag met het (ont)regelen van de zorg en het verminderen van de regeldruk, zodat er meer tijd is voor de patiënt en meer werkplezier voor de zorgprofessional.

1.2 Doelstelling

Met het instrument van de merkbaarheidsscan wil het ministerie van VWS inzicht krijgen in de mate waarin de afgeronde maatregelen in het programma (Ont)Regel de Zorg een merkbare vermindering hebben gehad op de ervaren regeldruk van professionals in de negen zorgsectoren[3] . Het betreft de actiepunten van het onderdeel maatwerkaanpak: snappen of schrappen. Het onderzoek brengt zowel kwantitatief als kwalitatief de ervaren regeldruk per actiepunt in beeld, waaronder een rapportcijfer op een schaal van een tot negen en de tijdsbesteding.

Om een effect inzichtelijk te maken bestaat het onderzoek uit twee meetmomenten. In aansluiting op het actieplan betreft voorliggende merkbaarheidsscan een eerste meting (o-meting) ten aanzien van 74 actiepunten, waarvan er per februari 2019 (ijkmoment) 19 actiepunten afgerond waren[4] . Voor deze 19 afgeronde actiepunten is een zogenoemde retrospectieve meting uitgevoerd (0- en 1-meting) om het effect in kaart te brengen.

Deze eerste meting van de merkbaarheidsscan is uitgevoerd in de periode maart tot en met augustus 2019. Het tweede meetmoment is in het voorjaar van 2020. Meer informatie over de onderzoeksaanpak is beschreven in de volgende paragraaf.

---

1 In de verschillende sectoren van de zorg worden de termen patiënt en cliënt door elkaar gebruikt. Daar waar we spreken van patiënt kan ook cliënt gelezen worden.

2 Raad Volksgezondheid en Samenleving (2019). Blijk van vertrouwen.

3 Medisch specialistische zorg, farmacie, paramedische zorg, huisartsenzorg, curatieve ggz, wijkverpleging, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg en sociaal domein.

4 Op het moment van verschijnen van deze rapportage zijn meer actiepunten afgerond.

1.3 Onderzoeksaanpak

De gehanteerde onderzoeksmethodiek is gebruiksvriendelijk en beknopt van opzet. Het uitgangspunt in de aanpak is om de professionals zo min mogelijk te belasten. Tegelijkertijd biedt het oog voor maatwerk per sector. Hieronder wordt dit nader toegelicht.

Het onderzoek bevat twee meetmomenten (2019 en 2020). Voorliggende merkbaarheidsscan bevat de onderzoeksuitkomsten uit het eerste meting in 2019. Daarin hebben we via verschillende onderzoeksmethoden ruim 4.500 professionals bereikt. Via deze weg willen wij deze professionals nogmaals bedanken voor hun bijdrage en de tijd die ze hiervoor hebben vrijgemaakt.

Het onderzoek brengt per meetmoment het volgende in kaart:

— Meetmoment één (2019): de ervaren regeldruk (algemeen en per actiepunt), de ervaren tijdsbesteding (indicatieve tijd aangegeven door professional, algemeen en per actiepunt) enachterliggende knelpunten. Daarnaast de ervaringen en effecten ten aanzien van de afgeronde actiepunten.
— Meetmoment twee (voorjaar 2020): de ervaringen en effecten ten aanzien van de afgeronde actiepunten. Door deze resultaten te vergelijken met die van meetmoment één wordt een beeld geschetst van de merkbare verandering van de ervaren regeldruk van de actiepunten.

Een hypothesegedreven aanpak

Het onderzoek toetst in hoeverre de afgeronde actiepunten uit het actieplan hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk. Het onderzoek hanteert hiertoe een hypothesegedreven aanpak. Concreet betekent dit dat voorafgaand aan de enquête is geformuleerd wat het verwachte effect van het actiepunt is op de ervaren regeldruk van een professional. De geformuleerde hypothesen zorgen voor focus tijdens het onderzoek en maken dat sneller een compleet beeld wordt verkregen. Onderstaande figuur geeft dit schematisch weer. Vervolgens zijn de hypothesen per sector gevalideerd en waar nodig aangescherpt via de begeleidingscommissie (zie paragraaf 1.4) en een groepsgesprek per sector met zorgprofessionals.

Een combinatie van dataverzamelingsmethoden

De aanpak en onderzoeksmethodieken zijn op verzoek van het ministerie van VWS gebaseerd op de generieke en uniforme evaluatiemethodiek, ontwikkeld door Dröge & Van Drimmelen[5]. Met dit instrument wordt de ervaren regeldruk zowel met een door professionals gegeven rapportcijfer op een schaal van 1 tot 9 als in tijdsbesteding per maatregel uitgedrukt. Door dit vóór en na de uitgevoerde acties te meten, kan het effect daarvan worden bepaald. Hiervoor is een combinatie van methoden (i.e. groepsgesprek, enquête en interviews) gehanteerd. Door de uitkomsten van de verschillende methodieken integraal en in samenhang te bekijken ontstaat een robuuste en representatieve analyse.

De enquête is uitgevoerd door Kantar Public, uitgevoerd in opdracht van KPMG. Zij hebben de data verzameld, verwerkt, geanalyseerd en gerapporteerd aan KPMG.

De onderzoeksaanpak heeft oog voor maatwerk per sector

Bij het meten van het effect van actiepunten houdt de onderzoeksaanpak rekening met verschillen in status van de actiepunten tussen de sectoren en binnen de sectoren. Het onderzoek hanteert daarvoor per actiepunt verschillende typen metingen:

— Nulmeting: van (nog) niet-afgeronde actiepunten wordt de huidige situatie inzichtelijk gemaakt
— Eén-meting: van afgeronde actiepunten wordt het effect gemeten
— Gecombineerde meting: voor actiepunten die zijn

FIGUUR 1 **Hypothesegedreven aanpak van het meten van het effect van een actiepunt**

[5] Coomans, R. et al. 2016. Handreiking Merkbaarheidsscan. Den Haag: Droge & Van Drimmelen. De handreiking Merkbaarheidsscan is opgesteld in samenwerking met de ministeries van Economische Zaken, Binnenlandse Zaken, Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Infrastructuur en Milieu, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Financiën en met brancheorganisaties en ondernemers die betrokken zijn bij de maatwerkaanpak regeldruk voor bedrijven

afgerond, en waarop nog geen nulmeting heeft plaatsgevonden worden de nulmeting en de effectmeting gecombineerd binnen één meetmoment. Daarin wordt op één moment retrospectief gevraagd naar de situatie vorig jaar en de huidige situatie. In het tweede meetmoment wordt opnieuw een effectmeting uitgevoerd voor de afgeronde actiepunten ten tijde van het eerste meetmoment.

Voor een aantal actiepunten is eerder een nulmeting geweest. Om de administratieve lasten te beperken voor professionals is in deze merkbaarheidsscan aangesloten op eerdere onderzoeken en zijn de ervaringen niet opnieuw uitgevraagd.

Sommige actiepunten hebben een verwachte 'datum gereed' eind 2020 of hebben effect op de langere termijn. Gedurende de looptijd van het onderzoek wordt de voortgang op alle actiepunten gemonitord door het ministerie van VWS. Afhankelijk van de voortgang kan het voorkomen dat deze actiepunten buiten de looptijd van het onderzoek vallen. Hierover vindt afstemming plaats met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS.

In bijlage I staat de onderzoeksaanpak in meer detail toegelicht.

1.4 Begeleiding van het onderzoek

Het onderzoek in de negen zorgsectoren vindt plaats onder begeleiding van drie commissies:
— Eerstelijnszorg,
— Cure Tweedelijnszorg
— Care / Sociaal Domein

Hieraan nemen de organisaties deel waarmee de sectorplannen zijn opgesteld. De commissies bestaan uit vertegenwoordigers van het ministerie van VWS (in de rol van opdrachtgever), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZiN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ) en beroeps- en belangenverenigingen van de betreffende zorgsectoren. In bijlage III staat een totaaloverzicht van alle deelnemende organisaties in de drie begeleidingscommissies. De begeleidingscommissies reflecteren inhoudelijk op de onderzoeksaanpak en de (tussentijdse) onderzoeksresultaten. Daarnaast zetten ze hun netwerk in voor werving van deelnemers aan het onderzoek.

1.5 Scope onderzoek

Het onderzoek richt zich op de actiepunten van de actielijn 'De maatwerkaanpak: snappen, schrappen en verbeteren' beschreven in het actieplan (Ont)Regel de Zorg. In overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS is vastgesteld welke actiepunten van deze actielijn zijn meegenomen in dit onderzoek.

Het onderzoek richt zich op de ervaring van professionals in de zorg. In het onderzoek is geen controle gedaan op de feitelijke juistheid van deze ervaringen en in welke omvang de beleving van professionals afwijkt van de werkelijkheid. Het onderzoek brengt de ervaren regeldruk in kaart als gevolg van de administratieve werkzaamheden die professionals hebben om te voldoen aan de informatieverplichtingen. Dit omvat bijvoorbeeld het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Ook toezichtlasten vallen onder administratieve lasten. Dit onderzoek heeft niet tot doel om de effectiviteit van de informatieverplichtingen te beoordelen.

Het actieplan (Ont)Regel de Zorg heeft ook als doel om de regeldruk bij patiënten en cliënten te verminderen. Patiënten en cliënten zijn niet meegenomen in dit onderzoek.

1.6 Leeswijzer

Het rapport geeft in hoofdstuk 2 een algemeen beeld van de ervaren regeldruk op dit moment, gevolgd door de voortgang op de actiepunten van het actieplan (Ont)Regel de Zorg per sector. Hoofdstuk 3 bevat een verdieping op de ervaren regeldruk per sector, met een daarin de top-3 actiepunten met de meeste ervaren regeldruk uitgelicht en een reflectie vanuit de respondenten. Tot slot beschrijven we in hoofdstuk een aantal genoemde kansen om de regeldruk verder te verminderen.

Bijlage I beschrijft de onderzoeksaanpak, bijlage II bevat de bronnenlijst en in bijlage III staat de samenstelling van de begeleidingscommissies beschreven. Bijlage IV bevat de vragenlijst van de enquête en bijlage V geeft de afkortingen- en begrippenlijst weer. Bijlage VI geeft het overzicht van actiepunten die in overleg met de begeleidingscommissie en het ministerie van VWS niet zijn meegenomen in dit onderzoek. De onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk staan beschreven in bijlagen VII tot en met XV. Bijlage XVI bevat een algemeen beeld in de sectoren op administratieve ondersteuning, ervaren regeldruk met en zonder administratieve ondersteuning en inspanningen van professionals om regeldruk te verminderen.

Voortgang op het actieplan (Ont)Regel de Zorg

In de verschillende zorgsectoren zijn betrokkenen hard aan de slag om het actieplan (Ont)Regel de Zorg tot uitvoer te brengen (zie ook bijlage XVI). Dit hoofdstuk begint met het algemene beeld rondom ervaren regeldruk in de zorg. Vervolgens beschrijven we per sector de impact van de afgeronde actiepunten[6] op de ervaren regeldruk. Voor de actiepunten die nog lopen is de regeldruk in de huidige situatie beschreven (ijkmoment februari 2019).

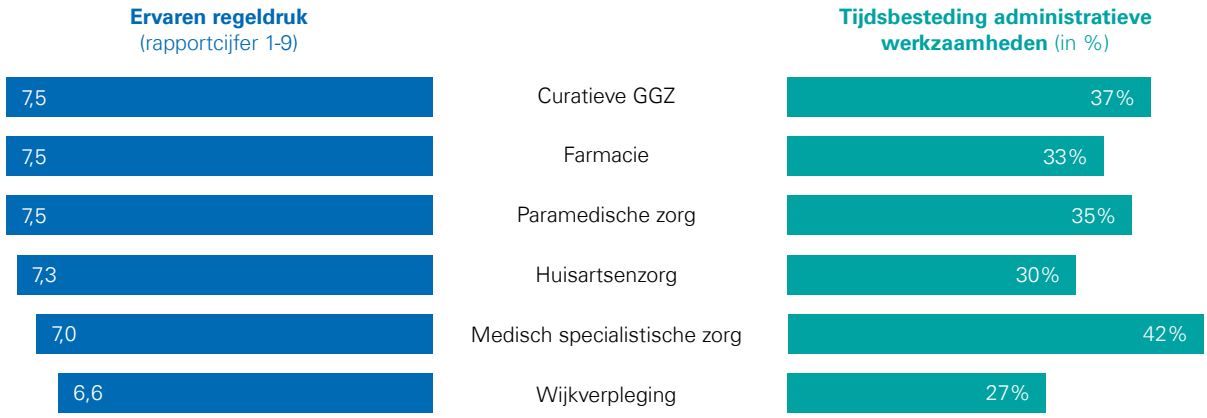
2.1 Algemeen beeld regeldruk

Professionals in de curatieve ggz, farmacie en paramedische zorg ervaren de hoogste regeldruk. De medisch specialistische zorg, curatieve ggz en paramedische zorg scoren het hoogst op de gemiddelde tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden. In het figuur ontbreken de sectoren verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en het sociaal domein. Binnen de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg is voortgebouwd op het onderzoek dat Berenschot in dezelfde periode heeft uitgevoerd naar de ervaren regeldruk in de langdurige zorg[7]. Het sociaal domein biedt geen landelijk beeld, maar een regionaal beeld en is daarom niet opgenomen in bovenstaand overzicht. Deze cijfers zijn respectievelijk terug te lezen in paragraaf 3.7 (verpleeghuizen), 3.8 (gehandicaptenzorg) en 3.9 (sociaal domein).

Professionals geven in de groepsgesprekken en interviews aan dat administratieve werkzaamheden tot het dagelijkse werk behoren, zolang de logica erachter en de waarde die het toevoegt aan het primair proces duidelijk is. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat het leggen van deze link helpt om draagvlak te vinden en bijdraagt aan het verminderen van de ervaren regeldruk. In de sectorspecifieke resultaten beschreven in hoofdstuk 3 zien we in alle sectoren een vrij hoge mate van acceptatie van tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden. De respondenten werkzaam in de farmacie en de curatieve ggz ervaren de hoogste niet-acceptabele tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden (namelijk 18% in beide sectoren). Dit laat zien dat het bij (ont)regelen van zorg belangrijk is om de juiste balans te vinden tussen de werkelijke tijd die wordt besteed aan administratieve werkzaamheden en de mate van tijd die acceptabel wordt bevonden. Het gaat daarmee niet alleen om het schrappen van regels, maar ook het snappen van regels.

In alle sectoren wordt op landelijk niveau inspanning verricht om de regeldruk te verminderen. Aan professionals in de zorg[8] is gevraagd hoe bekend ze zijn met deze inzet. De onderzoeksresultaten laten zien dat in alle acht sectoren het merendeel van de professionals beperkt tot niet bekend is met de inspanningen die op landelijk niveau worden verricht om regeldruk te verminderen. In de gehandicaptenzorg en medisch specialistische zorg zijn professionals het minst bekend met landelijke inspanningen om regeldruk terug te dringen. Er is geen nader onderzoek gedaan naar de oorzaak van deze bevindingen. In de eerstelijnszorg is men relatief gezien het beste bekend met inspanningen op landelijk niveau. Het sociaal domein biedt geen landelijk beeld, maar een regionaal beeld en is daarom niet opgenomen in figuur 3. Deze cijfers zijn te lezen in paragraaf 3.9.

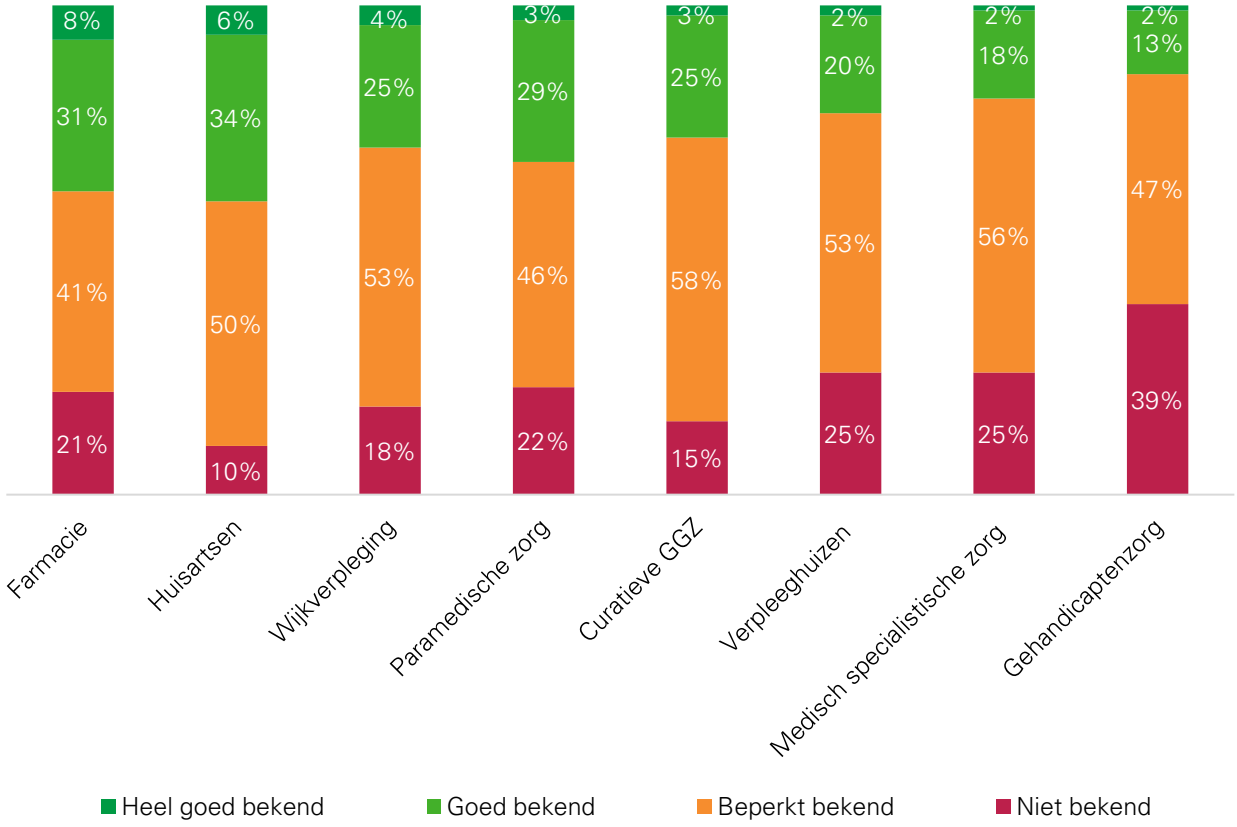
FIGUUR 2 **Ervaren regeldruk en tijdsbesteding administratieve werkzaamheden voor Curatieve ggz, Farmacie, Paramedische zorg, Huisartsenzorg, Medisch specialistische zorg en Wijkverpleging. Een hoger rapportcijfer betekent meer ervaren regeldruk.**



[6] Betreft 19 actiepunten van de actielijn 'Maatwerkaanpak' beschreven in het actieplan (Ont)regel de Zorg die per februari 2019 zijn afgerond.

[7] Dit onderzoek kent een andere indeling en is daarom niet opgenomen in dit overzicht.

[8] Professionals in de zorg zijn de medewerkers die zowel werkzaam zijn in het primaire proces alsook daarbuiten



FIGUUR 3 **Bekendheid met inspanningen op landelijk niveau om de ervaren regeldruk terug te dringen**

2.2 Voortgang per sector

Deze paragraaf geeft de voortgang weer van de actieplannen binnen de verschillende sectoren. Per sector wordt opeenvolgend een overzicht gegeven van de 19 afgeronde actiepunten (stand van zaken per februari 2019) en de lopende actiepunten uit de maatwerkaanpak. Voor ieder gemeten actiepunt beschrijven we vanuit de enquête de huidige ervaren regeldruk (rapportcijfer op een schaal van een tot negen) en tijdsbesteding. In bijlage VI treft u een overzicht aan van de actiepunten uit de maatwerkaanpak die niet zijn gemeten in deze meting, inclusief toelichting.

Daar waar actiepunten al zijn afgerond zien we in een aantal gevallen een vermindering van de regeldruk. Denk aan het afschaffen van de verplichte handtekening van de cliënt bij wijzigingen in het zorgplan in de wijkverpleging. We zien echter bij deze meting dat professionals bij een groot aantal afgeronde actiepunten gemiddeld een minimaal verschil in regeldruk ervaren. Bij een aantal actiepunten is op individueel niveau wel een grotere verschuiving zichtbaar op de ervaren regeldruk.

Uit de groepsgesprekken en interviews blijkt dat afgeronde actiepunten nog niet in alle gevallen in het dagelijks werk zijn geïmplementeerd. Daarnaast laten de onderzoeksresultaten in de vorige paragraaf zien dat het Programma (Ont)Regel de Zorg meer impact kan hebben als het aan bekendheid wint, omdat het programma nog beperkt bekend is bij zorgverleners. Hierdoor zijn geschrapte of vereenvoudigde maatregelen nog niet altijd bekend bij de zorgverleners. Bovenstaande verklaard mogelijk waarom de ervaren regeldruk op afgeronde actiepunten gemiddeld nog beperkt is.

In de tweede meting in 2020 kunnen meer afgeronde actiepunten worden gemeten, waarbij de verwachting is dat er meer verbetering zichtbaar is. Hoofdstuk 3 bevat een verdieping op de ervaren regeldruk per sector, met een daarin de top-3 actiepunten met de meeste ervaren regeldruk uitgelicht en een reflectie vanuit de respondenten.

Medisch specialistische zorg

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector medisch specialistische zorg bevat in totaal 18 actiepunten, waarvan 12 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 1 geeft voor het afgeronde actiepunt weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

De ervaren regeldruk die gepaard gaat met het aanvragen van machtigingen voor behandelingen via het digitale portaal van VECOZO is gemiddeld licht gedaald. Daarentegen is de gemiddelde tijdsbesteding lichtelijk toegenomen met 4 minuten per week. Op individueel niveau zijn bij dit afgeronde actiepunt wel grotere verschillen in ervaren regeldruk zichtbaar. Het achterliggende knelpunt dat wordt ervaren betreft met name administratieve lasten doordat het portaal niet gebruiksvriendelijk is. In de verdiepende interviews is deze uitkomst met enkele medisch specialisten ter sprake gebracht, zij gaven aan hier geen gebruik van te maken. Dit is te verklaren, omdat niet ieder specialisme machtigingen afgeeft.

Een mogelijke verklaring voor het minimale effect kan zijn dat het actiepunt onlangs is afgerond en het implementatieproces nog gaande is. VECOZO start eind 2019 met het opstellen van klantreizen met als doel de klantbeleving en daarmee de gebruiksvriendelijkheid van het portaal te verbeteren.

Tabel 2 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 1

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgerond actiepunt in de medisch specialistische zorg

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Doorontwikkeling machtigingenportaal VECOZO	5,8	69 min/week	6,0	65 min/week	-0,2	5 min/week	20%

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 2

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de medisch specialistische zorg

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Doorontwikkeling en toepassing in de cure van de methode 'Weet wat je meet' en de toolkit 'Minder papier meer tijd voor zorg'	6,4	99 min/week	70%
Inventariseren van knelpunten voortvloeiend uit wet- en regelgeving in sessies met betrokken partijen en professionals	6,4	72 min/week	57%
Afvinklijstjes voor werkprocessen niet meer vastleggen in het EPD	6,5	74 min/week	72%
Schrappen van het standaard registreren van verpleegkundige routinehandelingen	6,1	72 min/week	60%
Niet langer registreren van de medicatiecheck door een tweede verpleegkundige	6,3	70 min/week	50%
Beperken orders via het ICT-systeem	6,3	75 min/week	68%
Handmatige dubbele registraties schrappen	6,6	74 min/week	82%
Handelingen die de patiënt zelf kan doen, zoals het invullen van pijnscore of voedingsinname, worden niet langer uitgevoerd door een ziekenhuisverpleegkundige	5,6	56 min/week	46%
De informatieoverdracht per fax vanuit het ziekenhuis uitfaseren	6,0	47 min/week	65%
Vereenvoudigen lokale omgang met het convenant medische technologie	5,8	165 min/jaar	60%
Verbeteren machtigingenprocedure hulpmiddelen en waar mogelijk afschaffen machtigingen	5,9	41 min/week	50%

Farmacie

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector Farmacie bevat in totaal 8 actiepunten. Deze zijn alle 8 in deze merkbaarheidsscan gemeten. Tabel 3 geeft voor het afgeronde actiepunt weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Naar aanleiding van de schrap- en verbetersessies van (Ont) Regel de Zorg besloten de zorgverzekeraars gezamenlijk om de formulieren voor geneesmiddelen te schrappen. Per 1 maart 2018 hebben zorgverzekeraars 17 zogeheten bijlage 2-formulieren geschrapt en per 1 maart 2019 zijn nog 6 extra formulieren met 10 bijlage 2-geneesmiddelen geschrapt. Zorgverzekeraars Nederland heeft aan het Zorginstituut gevraagd om een advies uit te brengen aan de minister om de bijlage 2 te actualiseren omdat apothekers veel administratieve lasten ervaren. In de periode augustus – september 2019 loopt hiervoor een consultatie via het zorginsituut. In bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering staan de geneesmiddelen waaraan aanvullende vergoedingsvoorwaarden worden gesteld. Voorschrijvers moeten bij het voorschrijven van deze medicijnen een formulier invullen waarin ze aangeven dat aan de voorwaarden is voldaan. Apothekers controleren en bewaren deze formulieren.

Uit de enquêteresultaten blijkt dat zowel de tijdsbesteding als de ervaren regeldruk is afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Apothekers en apotheekhoudenden zijn nu gemiddeld 10 minuten per week minder kwijt aan administratieve handelingen ten opzichte van vorig jaar. Eveneens blijkt een variatie in tijdsbesteding aan de bijlage 2-formulieren onder apothekers. Dit gevarieerde beeld wordt bevestigd in de interviews. Enkelen geven in de interviews aan dat het aantal bijlage 2-voorwaarden is verminderd. Tegelijkertijd geven anderen aan dat ze de relatieve impact hiervan op de totale regeldruk ervaren als beperkt, omdat zij hier gemiddeld minder tijd mee kwijt zijn dan met andere vormen van regeldruk. Een andere geïnterviewde apotheker ervaart dat de administratieve last die hiermee gepaard ging via een andere weg wordt uitgevraagd door de zorgverzekeraar.

"Voor Direct werkende Orale Anticoagulantia (DOAC) is bijlage 2-formulier geschrapt. Met het schrappen van dit formulier heeft de zorgverzekeraar verplicht gesteld om de nierfunctie van patiënten jaarlijks te controleren, zodat indien nodig de dosering van de medicatie hierop aangepast kan worden. In plaats van het ondertekenen van een bijlage 2-formulier worden daardoor nu jaarlijks lijsten nagegaan om te controleren of de nierfunctie achteruit is gegaan." (apotheker)

Tabel 4 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 3
Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgerond actiepunt in de farmacie

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Beperken aantal en controle bijlage 2-voorwaarden	6,2	42 min/week	6,9	52 min/week	-0,7	-10 min/week	87%

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 4
Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de farmacie

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Schrappen ongelijke kwaliteitsmetingen en -weging voor inkoop	7,9	124 min/week	96%
Beperken controle machtigingsformulieren bij het verstrekken van hulpmiddelen	7,0	64 min/week	93%
Schrappen administratie als gevolg van beslissen over medische noodzaak door de voorschrijver	7,8	119 min/week	94%
Stoppen met uitgebreide beantwoording van vergoedingsvragen in de apotheek	7,9	145 min/week	96%
Beperken administratie rond het verstrekken van opiaten	6,1	44 min/week	82%
Vereenvoudigen HKZ-kwaliteitscontrole	6,6	74 min/week	78%
Inkorten termijn materiële controles met als intentie 1 jaar	7,4	50 min/week	93%

Paramedische zorg

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector paramedische zorg bevat in totaal 15 actiepunten, waarvan 12 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 5 geeft voor de afgeronde actiepunten weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Het verschil in ervaren regeldruk bij deze afgeronde actiepunten is gemiddeld minimaal. Bij de drie afgeronde actiepunten zijn op individueel niveau grotere verschuivingen zichtbaar op de ervaren regeldruk.

Tabel 6 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 5

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de paramedische zorg

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Afschaffen van de herhaalverwijzing voor behandelingen die langer duren dan 12 maanden	5,9	23 min/week	6,5	27 min/week	-0,6	-4 min/week	84%
Versimpelen van richtlijn voor het invullen van bepaalde velden in het patiëntendossier en de tussenmeting*	7,0	162 min/week	7,3	164 min/week	-0,3	-2 min/week	93%
Schrappen verplichte beleids- en jaarplannen, met uitzondering van Plusovereenkomsten	5,9	248 min/jaar	6,3	254 min/jaar	-0,4	-6 min/jaar	48%

*Voor dit actiepunt is een correctie toegepast op de ervaren tijdsbesteding. Zie bijlage I voor een toelichting.

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 6

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de paramedische zorg

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Uniformeren opzet van zorginkoopcontracten (algemene bepalingen en declaratieparagraaf) (voor inkoop 2019)	6,7	130 min/week	54%
Diagnosecoderingssysteem paramedische hulp (DCSPH): Uniformeren gebruik van DCSPH-codes (oplossings- en implementatievoorstel)	6,5	38 min/week	80%
Uniformeren items verwijzing in paramedische zorg	6,9	30 min/week	92%
Verbeteren van ICT-ondersteuning: Doorontwikkeling declaratiestandaard PM304. / Afspraken met softwareleveranciers over functionaliteiten die ondersteund moeten worden in declaratieverkeer	6,4	31 min/week	67%
Schrappen van de verplichting polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering aan de patiënt uit te leggen	6,7	36 min/week	92%
Beperken van de (beheers)audits door externe partijen, door deze zo veel mogelijk onderdeel te laten worden van het kwaliteitssysteem van de beroepsgroep	7,1	394 min/jaar	76%
Vereenvoudigen van de begin- en eindmeting in het EPD en schrappen van de verplichting de meting altijd te doen	7,5	84 min/week	94%
Onderzoeken hoeveel uitzonderingen er zijn op de prestatielijst fysiotherapie	6,4	30 min/week	79%
Onderzoeken welke service-aspecten geschrapt of geüniformeerd kunnen worden	6,6	145 min/week	57%

Huisartsenzorg

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector huisartsenzorg bevat in totaal 11 actiepunten. Deze zijn alle 11 in deze merkbaarheidsscan gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 7 geeft voor de afgeronde actiepunten weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Geïnterviewden bevestigen dat zij minder tijd kwijt zijn aan het opnieuw schrijven van verwijsbrieven naar paramedici voor chronische aandoeningen. Wel geven zij aan nog regeldruk te ervaren door het schrijven van herhaalverwijzingen naar medisch specialisten voor chronische aandoeningen.

Tabel 8 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 7

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de huisartsenzorg

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijds-besteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijds-besteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbeste-ding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Schrappen van de herhaling van de verwijsbrieven voor de behandeling van chronische aandoening door paramedici	6,4	2,0 uren/ maand	6,7	2,5 uren/ maand	-0,3	-0,5 uren/ maand	85%
Schrappen van de terugverwijzing van patiënten door de volwassenen-ggz.	7,5	3,3 uren/ maand	7,4	3,4 uren/ maand	0,1	-0,1 uren/ maand	82%
Vereenvoudigen van de formulieren die het CAK vraagt voor het vergoeden van zorg aan onverzekerden.	5,1	1,5 uren/ maand	5,2	1,6 uren/ maand	-0,1	-0,1 uren/ maand	51%

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 8

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de huisartsenzorg

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Vereenvoudigen van de aanvraagprocedure van hulpmiddelen, met de achterliggende knelpunten:			
Regeldruk door de afstemming met verschillende leveranciers bij de aanvraag van een hulpmiddel en de verschillende werkwijzen die zij daarbij hanteren.	7,0	3,5 uren/maand	93%
Regeldruk door het invullen van een machtigingsformulier of het schrijven van een verwijzing bij de aanvraag van een hulpmiddel ten behoeve van vergoeding door de zorgverzekeraar.	6,8	2,9 uren/maand	85%
Afschaffen van jaarlijkse machtigingen bij chronische aandoeningen	7,0	3,3 uren/maand	87%
Volledig implementeren van de afspraken die in 'Het Roer Gaat Om' gemaakt zijn, zoals geen formulieren bij medische noodzaak en niet meer jaarlijks aanvragen van hulpmiddelen bij chronische aandoeningen	6,9	2,6 uren/maand	90%
Schrappen van de uitvoeringsverzoeken voor risicovolle handelingen in de wijkverpleging en de verzorgingshuizen	7,0	2,3 uren/maand	89%
Verminderen frequentie van en vereenvoudigen en verbeteren van de NHG-praktijkaccreditering	6,7	7,8 dagen/jaar	81%
Schrappen van alle verklaringen voor het verantwoorden van vergoedingen uit het aanvullende pakket	6,4	2,0 uren/maand	79%
Beperken medewerking aan indicatiestelling tot het leveren van de medische grondslag	6,7	2,5 uren/maand	85%
Vereenvoudigen van de administratie die nodig is om als waarnemer te werken bij een huisartsenpost	5,1	1,7 uren/maand	19%

Curatieve ggz

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector curatieve ggz bevat in totaal 13 actiepunten, waarvan 12 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 9 geeft voor het afgeronde actiepunt weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Er is een landelijke afspraak gemaakt over hoe een huisartsverwijsbrief naar de ggz eruit moet zien. Dit is afgestemd met brancheorganisaties in de ggz en de huisartsenzorg. Uit de interviews komt naar voren dat verschillende typen professionals (psychiaters, psychologen en psychotherapeuten) nog steeds verwijsbrieven van huisartsen controleren. Daarbij ervaren zij dat verwijsbrieven vaak niet volledig en/of niet juist zijn conform de voorwaarden van zorgverzekeraars. Genoemde voorbeelden zijn het ontbreken van een AGB-code of het type echelon waarnaar wordt verwezen (i.e. gb-ggz of s-ggz). In deze situaties moet een behandelaar vaak meerdere keren contact opnemen met de verwijzer voor het aanpassen van de verwijzing. Daarnaast geldt een verwijzing voor een bepaalde periode, wat betekent dat een behandelaar na het verstrijken van deze periode contact op moet nemen met de verwijzer voor een nieuwe verwijzing.

Een positieve ontwikkeling die door enkele geïnterviewden wordt genoemd is de mogelijkheid die sinds kort bestaat om een DBC te openen als een verwijsbrief nog niet volledig of juist is. Eerst kon een DBC pas geopend worden als de verwijsbrief voldeed aan alle gestelde voorwaarden. Nu kan een professional de DBC alvast openen en bij de verwijzer aangeven dat informatie ontbreekt in de verwijsbrief. Tabel 10 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 9

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de curatieve ggz

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
We schrappen de inhoudelijke aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen aan een verwijsbrief	6,4	3,3 uren/maand	6,6	3,7 uren/maand	-0,2	-0,4 uren/maand	67%

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 10

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de curatieve ggz

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
We uniformeren (verdergaand) de non-concurrentiële elementen van de inkoopcontracten	7,5	4,8 uren/maand	52%
We inventariseren de administratieve lasten bij kwaliteitsvisitatie van psychiaters om te komen tot herregistratie. Uit de inventarisatie moet blijken of en waar mogelijkheden zijn de administratieve lasten te beperken. In dat geval maken we in 2019 een plan van aanpak op welke wijze we denken te komen tot reductie van deze administratieve lasten	7,0	2,2 uren/maand	31%
We harmoniseren de (eisen tot de) verenigingsregisters van P3NL	6,2	2,6 uren/maand	58%
We stroomlijnen de gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen (bv. e-overdracht informatie-standaard implementeren, dit is toegelaten tot de basisinfrastructuur d.d. 26 maart 2018)	6,2	4,9 uren/maand	75%
We inventariseren het gebruik van de uitzonderingsmogelijkheid bij controles, zoals geformuleerd in de brief van de NZa en bezien of extra maatregelen nodig zijn	6,7	4,0 uren/maand	53%
We schrappen de stapeling van keurmerken	6,5	2,8 uren/maand	69%
We minimaliseren onnodige administratieve lasten bij de doorontwikkeling van de indicatoren voor de Benchmark-ROM	7,1	4,2 uren/maand	82%
We bevorderen meerjarige contracten	6,8	3,3 uren/maand	54%
We schrappen de verplichting om bij urenregistratie het type behandelcontact te specificeren	5,9	5,2 uren/maand	67%
We schrappen de verplichting om dwangtoepassingen zowel in Argus als in het EPD te registreren	5,6	3,9 uren/maand	24%
We passen een handtekening van de patiënt onder het behandelplan toe, indien de situatie daartoe van toepassing is. Een vorm van 'informed consent' (overeenstemming over het behandelplan) blijft van toepassing conform de WGBo	6,4	3,2 uren/maand	72%

Wijkverpleging

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont) Regel de Zorg van de sector wijkverpleging bevat in totaal 12 actiepunten, waarvan 11 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 11 geeft voor de afgeronde actiepunten weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar. Bij de wijkverpleging zijn op de verschillende afgeronde actiepunten verschillen in ervaren regeldruk zichtbaar. Bij de eerste vier afgeronde actiepunten zijn daarnaast voor de professionals op individueel niveau grote verschuivingen op de ervaren regeldruk zichtbaar.

Het afvinken van de risicosignalering gebeurt steeds meer digitaal en is in sommige organisaties onderdeel van de halfjaarlijkse zorgevaluatie. Een deel van de geïnterviewden ervaart dat sommige zorgverzekeraars dit nog uitvragen. Ook geeft een geïnterviewde aan dat sommige zorgverzekeraars nog vragen naar een ingevulde zelfredzaamheidsmatrix, om bijvoorbeeld de doelmatigheid van de organisatie aan te tonen.

Tabel 12 geeft voor de lopende actiepunten weer wat de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is.

TABEL 11

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de wijkverpleging

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijds-besteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijds-besteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbeste-ding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Schrappen van de verplichting om bij elke wijziging van het zorgplan opnieuw een handtekening van de cliënt nodig te hebben	5,7	49 min/week	6,9	63 min/week	-1,2	-14 min/week	69%
Betere implementatie van het niet meer standaard afvinken risicosignalering.	5,4	39 min/week	6,2	42 min/week	-0,8	-3 min/week	70%
Schrappen van de verplichting om elk half jaar zorg te evalueren	5,7	259 min/week	6,6	303 min/week	-0,9	-45 min/week	72%
Schrappen van de verplichting de zelfredzaamheidsmatrix standaard in te vullen bij elke cliënt	5,1	25 min/week	5,5	29 min/week	-0,4	-4 min/week	49%
Uniformering (deel van de) algemene bepalingen en declaratieparagraaf van zorginkoopcontracten	5,9	34 min/week	5,9	41 min/week	0,0	-7 min/week	57%

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 12

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de wijkverpleging

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Schrappen van de minutenregistratie, inclusief: a. Schrappen van het registreren van zorg die verleend is conform het zorgplan b. Verminderen van registraties in het kader van accountantscontrole	6,5	75 min/week	76%
Vereenvoudigen van machtigingen/aanvraagprocedure voor hulpmiddelen	5,9	38 min/week	76%
Schrappen dat de cliënt de verpleegkundige moet machtigen voor het toedienen van medicatie	5,7	31 min/week	75%
Schrappen van het verplicht vragen van een 'uitvoeringsverzoek' van artsen voor risicovolle handeling	6,0	34 min/week	67%
Schrappen van het standaard invullen van de arbochecklist bij iedere cliënt	5,6	27 min/week	59%
Ontwikkelen van een programma van eisen voor het elektronisch cliëntendossier (ECD) in de verpleeg- en verzorgingshuizen- en thuiszorgsector, o.a. gericht op het beter ondersteunen van de wijkverpleegkundige bij de uitvoering van het zorgproces	5,8	105 min/week	35%

Verpleeghuizen

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector verpleeghuizen bevat in totaal 8 actiepunten, waarvan 3 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld. Tabel 13 geeft voor de afgeronde actiepunten weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Bij zowel de zorgprofessional als de administratief medewerker zijn op individueel niveau grotere verschuivingen op de ervaren regeldruk zichtbaar bij het actiepunt 'vereenvoudigen regeling meerzorg'.

In de inkoopmonitor van ActiZ (Zorgcontractering Wlz 2019) is de inkoop van meerzorg ook meegenomen. Deze monitor laat zien dat 27% van de respondenten een verbetering ervaart van het inkoopbeleid rondom meerjarenafspraken in 2019 ten opzichte van 2018, en 20% en 18% rondom administratieve lasten en vereenvoudiging inkoopbeleid. De verbetering voor meerjarenafspraken wordt vooral ervaren door zorgorganisaties met een kleine tot gemiddelde jaaromzet (< 100 miljoen euro). 0% ervaart een verslechtering.

Omdat het aantal tandartsen werkzaam in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg (n=27) dat de enquête heeft ingevuld is achtergebleven, baseren we ons voor de impact van het afgeronde actiepunt 'Digitaliseren aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg' ook op eerder onderzoek. De KNMT (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde) en Zorgverzekeraars Nederland geven aan dat er een nieuwe werkwijze is geïmplementeerd die zo veel mogelijk aansluit op de manier waarop machtigingen worden aangevraagd in de Zorgverzekeringswet. In plaats van op papier gebeurt het nu digitaal via de webapplicatie bij VECOZO. De mondzorgprofessional dient digitaal een declaratie in en deze wordt door het zorgkantoor digitaal gecontroleerd. Daarnaast is het uitvoeringsproces nu landelijk geüniformeerd. Dit heeft voordelen voor de mondzorgprofessional omdat hij minder tijd kwijt is aan administratie.

TABEL 13

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de verpleeghuizen

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Zorgprofessional We vereenvoudigen de regeling meerzorg: deze kan nu meerjarig worden toegekend en bij zorg in natura is verantwoording op uurbasis niet meer nodig. De aanvraagprocedures worden momenteel opnieuw bekeken en waar mogelijk vereenvoudigd*	6,2	161 min/week	6,3	153 min/week	-0,1	8	48%
Administratief medewerker We vereenvoudigen de regeling meerzorg: deze kan nu meerjarig worden toegekend en bij zorg in natura is verantwoording op uurbasis niet meer nodig. De aanvraagprocedures worden momenteel opnieuw bekeken en waar mogelijk vereenvoudigd*	5,9	160 min/week	6,1	133 min/week	-0,2	27	38%
Tandarts We vereenvoudigen en digitaliseren het aanvraag-, machtiging- en declaratieproces voor mondzorg professionals in de Wlz	5,6	37 min/week	5,4	55 min/week	0,2	-18	70%

* Voor dit actiepunt is een correctie toegepast op de ervaren tijdsbesteding. Zie bijlage I voor een toelichting. Het derde actiepunt is alleen voorgelegd aan tandartsen en is indicatief door de lage respons.

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

Gehandicaptenzorg

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector gehandicaptenzorg bevat in totaal 8 actiepunten, waarvan 3 actiepunten in deze merkbaarheidsscan zijn gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld.

Tabel 14 geeft voor de afgeronde actiepunten weer in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding is veranderd ten opzichte van vorig jaar.

Bij zowel de zorgprofessional als de administratief medewerker zijn op individueel niveau grotere verschuivingen op de ervaren regeldruk zichtbaar bij het actiepunt 'vereenvoudigen regeling meerzorg'.

Andersson Elffers Felix (AEF) heeft in het onderzoek 'Inkoop zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking' (2019) voor de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in totaal 63 ingevulde enquêtes onder zijn leden geanalyseerd en een werksessie gehouden. Het AEF-onderzoek toont aan dat 96% van de respondenten tevreden is over de inkoop van meerzorg bij zorgkantoren. Volgens de werksessie kan dit worden verklaard doordat het proces van toekenning gemakkelijker is geworden. De deelnemers aan het AEF-onderzoek gaven aan dat het maken van afspraken over meerzorg recent is opgestart; zij zijn benieuwd wat de toekomst verder gaat brengen. Daarnaast ziet een ruime meerderheid geen verandering tussen 2019 en 2018.

Omdat het aantal tandartsen werkzaam in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg (n=27) dat de enquête heeft ingevuld is achtergebleven, baseren we ons voor de impact van het afgeronde actiepunt digitaliseren aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg ook op eerder onderzoek. De KNMT (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde) en Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat er een nieuwe werkwijze is geïmplementeerd die zo veel mogelijk aansluit op de manier waarop machtigingen worden aangevraagd in de Zorgverzekeringswet. In plaats van op papier gebeurt het nu digitaal via de webapplicatie bij VECOZO. De mondzorgprofessional dient digitaal een declaratie in en deze wordt door het zorgkantoor digitaal gecontroleerd. Daarnaast is het uitvoeringsproces nu landelijk geüniformeerd. Dit heeft voordelen voor de mondzorgprofessional omdat hij minder tijd kwijt is aan administratie.

TABEL 14

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de gehandicaptenzorg

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijdsbesteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijdsbesteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Zorgprofessional We vereenvoudigen de regeling meerzorg: deze kan nu meerjarig worden toegekend en bij zorg in natura is verantwoording op uurbasis niet meer nodig. De aanvraagprocedures worden momenteel opnieuw bekeken en waar mogelijk vereenvoudigd	5,8	115 min/week	6,0	103 min/week	-0,2	13 min/week	57%
Administratief medewerker We vereenvoudigen de regeling meerzorg: deze kan nu meerjarig worden toegekend en bij zorg in natura is verantwoording op uurbasis niet meer nodig. De aanvraagprocedures worden momenteel opnieuw bekeken en waar mogelijk vereenvoudigd	5,5	102 min/week	5,7	100 min/week	-0,2	2 min/week	46%
Tandarts We vereenvoudigen en digitaliseren het aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg professionals in de Wlz	5,6	37 min/week	5,4	55 min/week	0,2	-18 min/week	70%

Het derde actiepunt is alleen voorgelegd aan tandartsen en is indicatief door de lage respons.

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

Sociaal domein

De maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg van de sector sociaal domein bevat in totaal 4 actiepunten. Deze zijn alle 4 in deze merkbaarheidsscan gemeten. Deze selectie is in overleg met de begeleidingscommissies en het ministerie van VWS vastgesteld.

Op verzoek van het ministerie van VWS is in de aanpak aangesloten op twee regio's waar een schrapsessie is georganiseerd. Daarmee is de aanpak voor het sociaal domein afwijkend ten opzichte van de andere sectoren die staan beschreven in deze rapportage.

In de enquêtes en interviews zijn in beide regio's zowel de landelijke actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg als regionale knelpunten gemeten die uit de schrapsessies naar voren zijn gekomen. De onderzoeksresultaten bieden geen landelijk beeld, maar een foto van de regeldruk in de betreffende regio's. Echter door een lage response en beperkte variëteit in type professionals schetst het onderzoek geen representatief beeld van de ervaren regeldruk in de regio. Zie bijlage XIV voor verdere toelichting op de onderzoeksaanpak.

Jeugdhulp in de regio Alkmaar

In de regio Alkmaar zijn 3 landelijke actiepunten gericht op de jeugdhulp gemeten. Deze actiepunten zijn nog niet afgerond. Regionale knelpunten komen in paragraaf 3.9 terug.

Maatschappelijke ondersteuning in de regio Twente

Binnen het actieplan (Ont)Regel de Zorg zijn op landelijk niveau 2 actiepunten geformuleerd om regeldruk binnen de Wmo te verminderen. Eén daarvan is afgerond. Regionale knelpunten komen in paragraaf 3.9 terug.

Aanpassen van de eigen bijdrage-regeling

De eigen bijdrage Wmo was tot 2019 inkomensafhankelijk en daarmee kwam administratie over de omvang van de ondersteuning en eventuele samenloop met zorgkosten in de Wlz. Met de introductie van het abonnementstarief geldt vanaf 2020 een vast maximum tarief van 17,50 euro per 4 weken. Voor 2019 heeft het kabinet gekozen voor een tussenvorm. Via berichtenverkeer is na te gaan of Wmo-voorzieningen worden benut. Dit verlaagt de administratieve verplichtingen voor inwoners die in opzet ook voor aanbieders en gemeenten lager worden. Drie van de 16 respondenten uit de regio Twente herkennen in de enquête het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt. Uit zowel de enquête en interviews blijkt weinig verandering van de ervaren regeldruk onder professionals door de nieuwe eigen bijdrage-regeling. Het CAK berekent deze eigen bijdrage en de ondersteunende afdeling van de aanbieder blijft de benodigde uren aan hulpverlening van een cliënt doorgeven. Deze taak lijkt in de praktijk nog onveranderd voor de afdeling met invoer van de nieuwe regeling. Daarbij is op te merken dat de potentie van de nieuwe situatie nog onvoldoende benut wordt.

TABEL 15
Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de jeugdhulp – regio Alkmaar

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Onderzoek naar de landelijke verantwoording voor jeugdhulpaanbieders (jaardocument zorg) en op basis hiervan voorstellen over vermindering van de regeldruk	7,5	143 uren/jaar	38%
Onderzoeken van de mogelijkheid voor aanpassing van het verplichte cliëntervaringsonderzoek in de Jeugdwet en de Wmo 2015 in relatie tot andere cliëntonderzoeken	6,1	65 min/week	57%
Aanpassing van het woonplaatsbeginsel in de Jeugdwet, zodat het eenvoudiger te bepalen is welke gemeente de kosten van jeugdhulp moet financieren	6,6	79 min/week	75%

De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons.

TABEL 16
Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij afgeronde actiepunten in de Wmo – regio Twente

Afgeronde actiepunten	Ervaren regeldruk huidige situatie	Tijds-besteding huidige situatie	Ervaren regeldruk vorig jaar	Tijds-besteding vorig jaar	Verschil ervaren regeldruk	Verschil tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Door vereenvoudiging van de eigen bijdrage regeling in de Wmo 2015 (abonnementstarief) neemt de regeldruk in de uitvoering af	7,0	100 min/week	6,7	97 min/week	0,3	3 min/week	100%

Het derde actiepunt is alleen voorgelegd aan tandartsen en is indicatief door de lage respons.

Legenda Indien 10% of meer gedaald | Indien minder dan 10% gedaald | Indien gestegen

TABEL 17

Gemiddelde ervaren regeldruk en tijdsbesteding bij lopende actiepunten in de Wmo – regio Twente

Lopende actiepunten	Ervaren regeldruk	Tijdsbesteding	% respondenten dat achterliggend knelpunt (deels) herkent
Onderzoeken van de mogelijkheid voor aanpassing van het verplichte cliëntervaringsonderzoek in de Jeugdwet en de Wmo 2015 in relatie tot andere cliëntonderzoeken	6,0	65 min/week	93%

De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons.

Sector-specifieke verdieping

Op de volgende pagina's volgt een verdieping van de ervaren regeldruk en afgeronde actiepunten voor de sectoren:

1. Medisch specialistische zorg
2. Farmacie
3. Paramedische zorg
4. Huisartsenzorg
5. Curatieve ggz
6. Wijkverpleging
7. Verpleeghuizen
8. Gehandicaptenzorg
9. Sociaal domein

Medisch specialistische zorg

Scope

Medisch specialistische zorg wordt geleverd door verschillende typen organisaties, waaronder universitaire medische centra, topklinische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Dit onderzoek betreft medisch specialistische zorg geleverd binnen alle bovenstaande typen instellingen.

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de medisch specialistische zorg en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage VII staat een toelichting op de ontwikkelingen in de sector op het gebied van regeldruk en de onderzoekspopulatie.

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 1.228 professionals werkzaam in de medisch specialistische zorg deelgenomen. Bijlage VII bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Zo is 20% van de respondenten is werkzaam in een Universitair Medisch Centrum (UMC), 31% in een topklinisch ziekenhuis, 37% in een algemeen ziekenhuis en 6% in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Waar relevant maakt het onderzoek onderscheid naar type functie (bijvoorbeeld medisch specialist, verpleegkundige of paramedicus) of type organisatie in de resultaten.

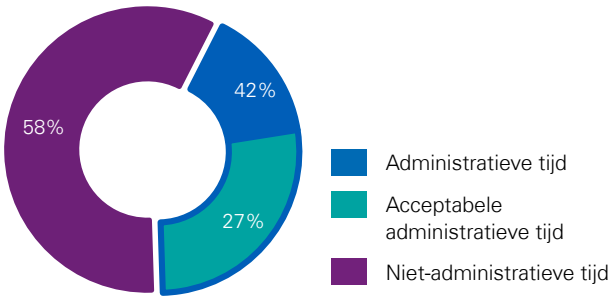
Interviews

De enquêteresultaten zijn nader geduid via verdiepende interviews met 9 zorgprofessionals, waaronder medisch specialisten, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (zie bijlage VII).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de medisch specialistische zorg. Professionals besteden gemiddeld 42% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 27% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 15%-punt. Deze uitkomsten komen overeen met een eerder onderzoek uit 2017 naar de ervaren administratieve lasten.

FIGUUR 4 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden medisch specialistische zorg**



De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 5 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

Top 3-actiepunten uitgelicht

1. **Schrappen handmatige dubbele registratie.** In de enquête geven professionals aan de grootste administratieve last te ervaren van de handmatige dubbele registraties in het EPD. In de enquête gaf 58% van de groep artsen/'aiossen en 35% van de groep verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten aan dit knelpunt als meest belastend te ervaren.

   De geïnterviewde professionals zien de dubbele registraties op verschillende manieren ontstaan. Zij noemen daarbij de volgende voorbeelden:
   a. Herhalen van registraties op verschillende plekken in het EPD.
   b. Soortgelijke verslaglegging over één patiënt door verschillende medewerkers of functies in het EPD. Bijvoorbeeld wanneer de uitgevoerde procedure niet is afgevinkt in het EPD, waardoor dezelfde procedure wordt herhaald door een andere persoon die informatie opnieuw invoert.
   c. Handmatig invoeren van gegevens door ontbreken van koppelingen tussen meetinstrumenten en het EPD.
   d. Handmatig opnieuw invoeren van registraties in het EPD vanuit andere systemen (bijvoorbeeld uit apart systeem van andere afdeling of systemen van ketenpartners).

2. **Afvinklijsten voor werkprocessen niet meer vastleggen in het EPD.** Het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt leeft vooral onder medisch specialisten en paramedici in het ziekenhuis. In de enquête gaf 43% van de medisch specialisten en 50% van de paramedici aan dit als knelpunt te ervaren waarvan zij het meeste last hebben.

   De ervaren administratieve last wordt door geïnterviewden vooral verklaard door de omvang, de aard en de mate van detail van de vragen in de afvinklijsten, waardoor het veel tijd kost en bovendien het risico bestaat dat professionals door de afvinklijsten en aard van de vragen alleen nog focussen op het zetten van het 'groene vinkje' en niet meer naar de patiënt kijken en zelf nadenken over zinvolle vragen om de veiligheid van de patiënt te borgen. Hierdoor wordt de tijd die er nu aan wordt besteed niet volledig als zinvol ervaren.

   Uit enkele interviews blijkt dat medisch specialisten met een snijdend vak (i.e. chirurgen) dit knelpunt ervaren

FIGUUR 5 **Meest ervaren regeldruk in de medisch specialistische zorg**

De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

vanwege afvinklijsten die gelden bij operatieprocedures. Dit verklaart mogelijk ook het hoge aantal paramedici en zorgassistenten dat afvinklijsten aangeeft als knelpunt (denk bijvoorbeeld aan operatieassistenten). Het gaat bijvoorbeeld om de time-outprocedure. Deze procedure vindt plaats aan het begin van de operatie en betreft een extra controle waarbij de chirurg samen met het operatieteam navraagt of alle gegevens juist zijn en alle voorbereidingen zijn getroffen. Andere voorbeelden van afvinklijsten die worden gebruikt door medisch specialisten en verpleegkundigen zijn checklists voor overdracht van een patiënt uit het ziekenhuis of verpleegkundige handelingen zoals het inbrengen van een infuus.

"Eindeloze vinkjes die we moeten zetten. De ernst is dat het verworden is tot een groen vinkje. We kijken niet meer naar de patiënt."
(verpleegkundig specialist)

3. **Beperken orders via het ICT-systeem.** Het orderen wordt vooral herkend en ervaren als belasting door artsen en aiossen. In de enquête gaf 52% van de groep artsen en aiossenaan dit als knelpunt te ervaren waarvan zij het meeste last hebben.

Naast de grote hoeveelheid van orders die moeten worden geplaatst geven enkele geïnterviewden aan dat de administratieve last bij orders voortkomt uit de beperkte samenhang in processen tussen verschillende afdelingen. Intern zijn verschillende systemen in omloop die of niet gekoppeld zijn en als ze gekoppeld zijn geen uitzonderingen kunnen maken. Daarnaast wordt door verschillende geïnterviewden de vraag gesteld waarom medici deze orders moeten uitvoeren. Een verklaring die enkele geïnterviewden hierbij geven is de angstcultuur die bestaat onder medici om achteraf (tuchtrechtelijk) gestraft te worden op zaken die niet (goed) geregistreerd staan.

FIGUUR 6 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de medisch specialistische zorg**

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat **het schrappen van dubbele registraties in het EPD** en het **niet vastleggen van afvinklijsten voor werkprocessen** zowel voorkomen in de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten als de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 6 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (41%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **schrappen van handmatige dubbele registraties in het EPD**. Zowel binnen de deelnemende groep artsen en aiossen(56%) als binnen de deelnemende groep verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten (39%) verwachten de meeste deelnemers de grootste impact van dit actiepunt. Als belangrijke randvoorwaarde daarvoor wordt de optimalisatie van digitale ondersteuning meerdere malen genoemd in de interviews. Daarbij wordt genoemd dat de gebruiksvriendelijkheid van systemen moet worden verbeterd en slimme koppelingen tussen systemen moeten worden gerealiseerd. Ook zouden praktische onhandigheden in het systeem op basis van verbetersuggesties sneller hersteld moeten worden, zowel intern als via de landelijke gebruikersgroepen van softwareleveranciers.

Het **niet meer vastleggen van afvinklijsten voor werkprocessen** in het EPD staat op nummer twee in de lijst van actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (32%). In de interviews geven de geïnterviewden aan de meerwaarde van de procedures en bijbehorende checklists wel te zien. Bijvoorbeeld in het kader van patiëntveiligheid. Enkele geïnterviewden doen de aanbeveling om bestaande checklists waar mogelijk in te korten en te versimpelen naar een minimaal aantal vragen, zoals bij de time- outprocedure.

In aanvulling wordt het **stoppen met verplichte pijnscores voor alle patiënten** door 30% van de respondenten in de enquête gezien als kans om de administratieve last te verminderen. Deze kans relateert aan verschillende actiepunten uit het actieplan. Deze kans wordt voornamelijk gezien door verpleegkundigen (41%), kwaliteitsmedewerkers (42%) en managers in het primair proces (47%). Reden hiervoor is dat het uitvoeren van verschillende registratiemetingen, waaronder de pijnscore maar ook verplichte metingen gericht op bijvoorbeeld valpreventie, decubitus of delier, vanuit klinisch perspectief niet voor alle patiënten nodig wordt gevonden.

Andere kansen die tijdens de interviews zijn genoemd zijn het **slimmer inrichten van het huidige ordersysteem, schrappen van keurmerken en het optimaliseren van het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS)**. Dit zijn kansen passend bij de actiepunten die zijn opgenomen in het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg'. Deze actiepunten zijn niet opgenomen in deze meting, omdat eind 2017 reeds een nulmeting is gedaan. Om die reden staan ze niet opgenomen in figuur 6.

Farmacie

Scope

De sector farmacie bestaat uit verschillende vormen van apotheekhoudenden. Dit onderzoek richt zich op de zelfstandige apotheek, de ketenapotheek en de apotheekhoudende huisarts. De ziekenhuisapotheek en de poliklinische apotheek vallen buiten dit onderzoek.

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de farmacie en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage VIII staat een toelichting op de ontwikkelingen in de sector op het gebied van regeldrukvermindering en de onderzoekspopulatie.

Onderzoekspopulatie

Enquête

195 professionals werkzaam in de farmacie hebben deelgenomen aan de enquête. Bijlage VIII bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type professional (zoals apotheker, assistent of apotheekhoudende huisarts) of type organisatie (zelfstandige apotheek, ketenapotheek of apotheekhoudende huisarts).

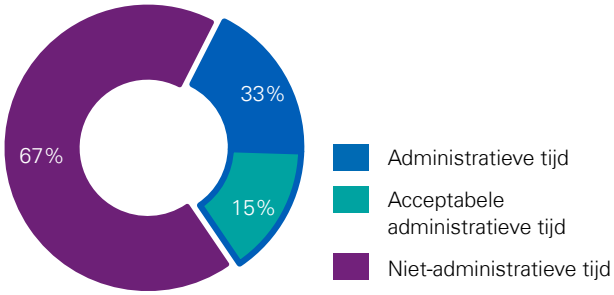
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 8 apothekers (zie bijlage VIII).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de farmacie. Professionals besteden gemiddeld 33% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 15% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 18%-punt en daarmee de hoogste niet-acceptabele tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden van alle sectoren samen met de curatieve ggz.

FIGUUR 7 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden farmacie**



De enquête laat onder apothekers en apotheekhoudenden een variatie zien in de tijdsbesteding. Dit komt mede doordat variatie bestaat in de wijze waarop en de mate waarin de respondenten ondersteuning in de uitvoer van administratieve werkzaamheden krijgen.

De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

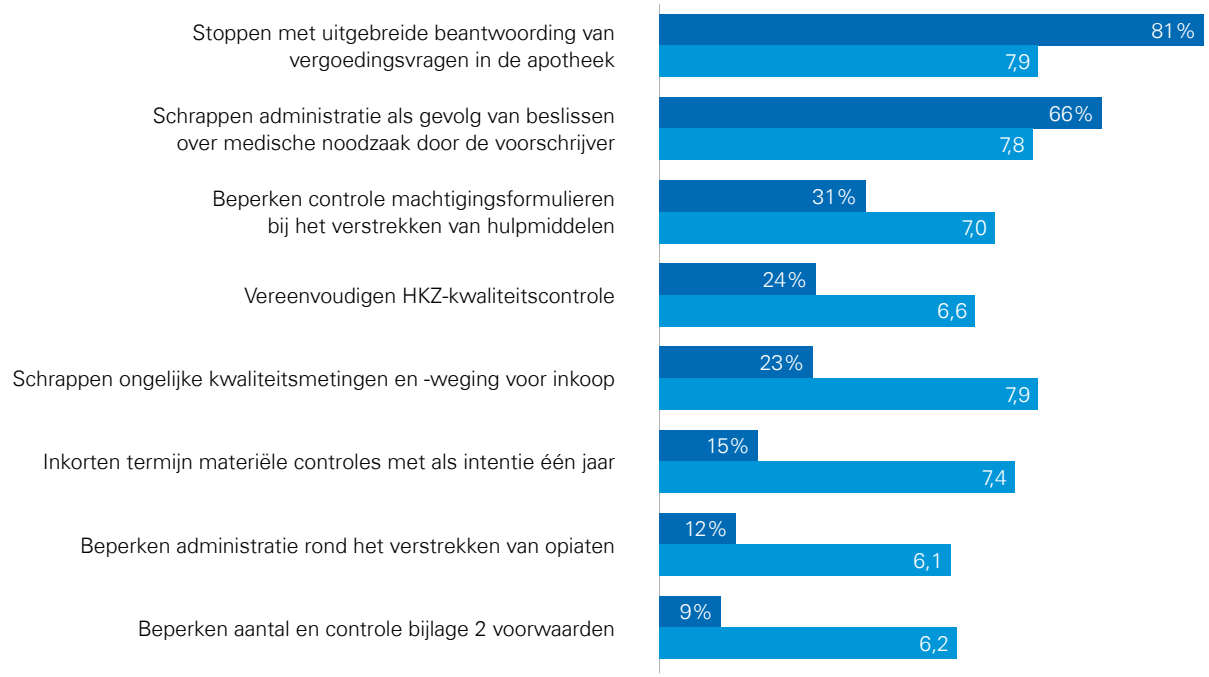
In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 8 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

Top 3-actiepunten uitgelicht

1. **Stoppen met uitgebreide beantwoording van vergoedingsvragen in de apotheek.** In de enquête geven zowel respondenten werkzaam in zelfstandige apotheken als respondenten werkzaam in ketenapotheken aan de beantwoording van vergoedingsvragen van patiënten als belangrijke administratieve last te ervaren. Deze vragen van patiënten ontstaan volgens de geïnterviewden onder andere bij veranderingen in het voorkeursbeleid van de zorgverzekeraar (i.e. een ander merk geneesmiddel wordt nu vergoed) of veranderingen in de samenstelling van het basispakket (i.e. medicatie wordt niet meer vergoed). In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering van de patiënt staan afspraken over de vergoeding van medicatie. Echter, tijdens de interviews geven apothekers aan te ervaren dat een patiënt vaak onvoldoende op de hoogte is van deze voorwaarden. Geïnterviewden geven aan dat zij de beantwoording van vergoedingsvragen van de patiënt als belastend ervaren, omdat het geven van deze uitleg en het voeren van discussies met patiënten veel tijd kost voor zowel apothekers als apothekersassistenten.

2. **Schrappen administratie als gevolg van beslissen over medische noodzaak door de voorschrijver.** Niet-preferente medicatie wordt door de zorgverzekeraar vergoed als op het recept is aangegeven dat er sprake is van een medische noodzaak. De apotheker moet deze medische noodzaak controleren. Geïnterviewden bevestigden de behoefte van het schrappen van administratie bij medische noodzaak. Zij noemen onder andere de volgende voorbeelden van administratieve werkzaamheden:
   a. Toetsen of de patiënt in aanmerking komt voor een niet-preferent geneesmiddel, afstemming hierover met de voorschrijver en uitgebreide vastlegging over reden van gebruik en de levering.
   b. Monitoren van wijzigingen in het voorkeursbeleid van verschillende zorgverzekeraars en de gevolgen die dit heeft voor patiënten voor wie niet-preferente middelen op medische noodzaak worden verstrekt.
   c. Jaarlijks aanvragen van een machtiging bij de voorschrijver: conform beleid van Zorgverzekeraars Nederland is een eenmalige machtiging voldoende, maar enkele zorgverzekeraars wijken hiervan af. Via een extra regel in het contract wordt de jaarlijkse machtiging alsnog vereist en wordt aangegeven dat declaraties worden teruggevorderd wanneer geen nieuwe machtiging aangetoond kan worden.

FIGUUR 8 **Meest ervaren regeldruk in de farmacie**



De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

3. Beperken controle machtigingsformulieren bij het verstrekken van hulpmiddelen.
Uit de enquête blijkt dat achterliggend knelpunt bij dit actiepunt meer speelt bij zelfstandige apotheken. Zij geven een gemiddeld rapportcijfer van 7,4, terwijl bij ketenapotheken en apotheekhoudende huisartsen dit respectievelijk een 6,2 en 6,3 krijgt. In de interviews geven enkele apothekers aan administratieve last te ervaren bij het controleren van de rechtmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen en het afstemmen met zowel de voorschrijver als de patiënt over de machtiging wanneer deze niet volledig is ingevuld. Daarbij wordt benoemd dat ze al een verandering bemerken op dit punt o.a. omdat het aantal formulieren volgens hen is afgenomen. Andere geïnterviewden geven aan geen last meer te ervaren bij het controleren van de rechtmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen, omdat zij de levering van hulpmiddelen (bijvoorbeeld wondverband- en incontinentiemateriaal) hebben uitbesteed aan een landelijke leverancier (soms op verzoek van de zorgverzekeraar). Volgens geïnterviewden resteren er nog enkele formulieren, die nog veel regelwerk vragen.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten hetzelfde zijn als de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 9 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (67%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **stoppen met uitgebreide beantwoording van vergoedingsvragen in de apotheek**. Meerdere apothekers zien op korte termijn ruimte voor verbetering in de voorlichting over het vergoedingsbeleid door zorgverzekeraars richting verzekerden. Verder geven apothekers in de interviews aan dat een meer basale oplossing bijvoorbeeld ligt in een directe declaratieafhandeling tussen verzekerde en zorgverzekeraar, zonder tussenkomst van de apotheker. Ook uiten meerdere geïnterviewden de voorkeur voor het evalueren van het voorkeursbeleid, waarin de meerwaarde van dit beleid wordt afgewogen tegen de ervaren regeldruk (en kosten) die het met zich meebrengt, waaronder het beantwoorden van vergoedingsvragen van patiënten.

59% van de respondenten verwacht veel impact van het actiepunt om de **administratie als gevolg van medische noodzaak te schrappen**. Tijdens de interviews zijn suggesties genoemd voor randvoorwaarden zoals het bieden van duidelijkheid in de definitie van medische noodzaak vanuit zorgverzekeraars, meer uniformiteit tussen zorgverzekeraars in het beleid rondom medische noodzaak en het afschaffen van het voorkeursbeleid.

Het beperken van de controle van machtigingsformulieren bij het verstrekken van hulpmiddelen staat bij 25% van de respondenten uit de enquête in de top 3-actiepunten, waarvan zij de meeste impact verwachten. Het verbeterpotentieel dat in enkele interviews wordt genoemd bij regels rondom hulpmiddelenverstrekking ligt vooral in het financieel risico dat apothekers door deze regels lopen bij het leveren van maatwerk aan hun patiënt. Bijvoorbeeld in situaties rondom tijdige leverbaarheid van hulpmiddelen,

FIGUUR 9 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de farmacie**

waarbij de apotheker vanuit de relatie met de patiënt toch eenmalig een hulpmiddel levert via alternatieve route omdat het via de landelijke leverancier niet op tijd geleverd kan worden. In veel gevallen wordt dit hulpmiddel volgens de geïnterviewden dan niet vergoed aan de apotheker.

In aanvulling wordt het **terugdringen van regeldruk als gevolg van het voorkeursbeleid** door 89% van de respondenten gezien als kans om de regeldruk te verminderen. Ook in de interviews wordt het voorkeursbeleid door alle apothekers genoemd als grootste oorzaak van de ervaren regeldruk in de farmacie, en daarmee ook als grote kans. Daarbij benoemen ze dat de eerder genoemde knelpunten voortkomend uit de actiepunten ontstaan door het voorkeursbeleid. Genoemde voorbeelden van administratieve lasten zijn: het uitzoeken van verschillen in voorkeursbeleid tussen zorgverzekeraars, aanvullende bestellingen door inefficiënt voorraadbeheer, zoeken naar gepaste alternatieven wanneer vergoeding niet voldoende toereikend blijkt voor een patiënt, aanleveren van bewijslast bij controle op naleving preferente afspraken door zorgverzekeraars en het omzetten van grote groepen patiënten bij wijzigingen in het voorkeursbeleid. In de interviews noemen verschillende apothekers dat zij het oorspronkelijke doel van het voorkeursbeleid begrijpen, namelijk een doelmatige verstrekking van geneesmiddelen. Meerdere geïnterviewden brengen echter de dalende meeropbrengst van het voorkeursbeleid ter sprake. Daarbij worden prijsverschillen van enkele centen per merk genoemd, waarbij de geïnterviewden de vraag stellen in hoeverre dit opweegt tegen de tijd en het geld dat ze steken in de naleving van het voorkeursbeleid. Enkele geïnterviewden zijn van mening dat de zorgverzekeraars op de korte termijn een grotere rol kunnen pakken in de financiële afhandeling van medicijnverstrekking.

Zij zien het als de taak van de apotheker om vanuit zorginhoudelijk perspectief de best passende medicatie te leveren aan de patiënt, net als nu het geval is bij de huisarts en medisch specialist. Vanuit de afspraken tussen een zorgverzekeraar en patiënt is het vervolgens de taak van de zorgverzekeraar om te besluiten over de vergoeding van het betreffende medicijn en daarbij invulling te geven aan de financiële transactie en bijbehorende discussies met de patiënt hierover.

Ook het **bevorderen van de leverbaarheid van medicatie** zien respondenten in de enquête als kans om regeldruk te verminderen (86%). Professionals in de farmacie ervaren een hoge regeldruk door medicijnen die niet leverbaar zijn. Dit knelpunt kwam ook naar voren uit de eerdere merkbaarheidsscan van 2018. Dit beeld wordt bevestigd in de interviews. Genoemde voorbeelden van regeldruk zijn het nagaan van beschikbaarheid, zoeken naar een alternatief en afstemming met voorschrijver en patiënt. In één interview wordt genoemd dat een apotheker gemiddeld 50% van zijn tijd kwijt is aan logistieke afhandeling van niet-leverbare medicatie. Een andere apotheker geeft aan dat het gemiddeld kan gaan om 50 tot 100 niet leverbare zaken per dag. Het betreft vooral de beschikbaarheid van preferente geneesmiddelen.

Paramedische zorg

Scope

De paramedische zorg bestaat uit verschillende zorgsoorten, waaronder oefentherapie, ergotherapie, diëtetiek, huidtherapie, fysiotherapie en logopedie. In overleg met de begeleidingscommissie wordt binnen dit onderzoek de scope voor deze sector beperkt tot de fysiotherapie omdat voor deze beroepsgroep specifieke actiepunten zijn opgehaald.

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de fysiotherapie en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage IX staat een toelichting op de ontwikkelingen in de sector op het gebied van regeldruk en de onderzoekspopulatie.

Onderzoekspopulatie

Enquête

219 fysiotherapeuten hebben deelgenomen aan de enquête. Bijlage IX bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Zo is 39% van de respondenten praktijkhoudend en 56% niet-praktijkhoudend. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type functie (zoals fysiotherapeut of administratief medewerker) of type organisatie (praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend).

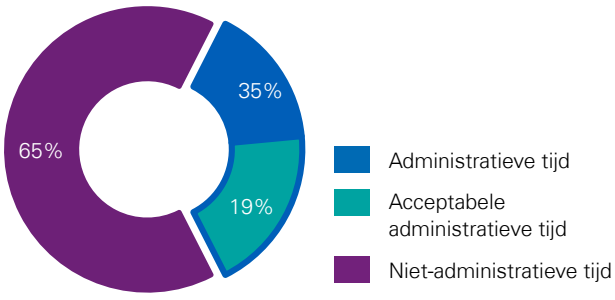
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 8 fysiotherapeuten (zie bijlage IX).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de fysiotherapie. Professionals besteden gemiddeld 35% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 19% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 16%-punt.

FIGUUR 10 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden fysiotherapie**



Uit de interviews blijkt dat de administratieve tijdsinvestering hoger ligt bij praktijken die complexe patiënten behandelen en bij Plus-praktijken. Plus-praktijken ontvangen hiervoor een hogere vergoeding van de zorgverzekeraar. De enquête laat zien dat de tijdsbesteding voor administratieve werkzaamheden procentueel lager is voor praktijkhouders dan voor niet-praktijkhouders (31% versus 34% van hun werktijd). De acceptabele tijdsbesteding voor administratieve werkzaamheden ligt voor praktijkhouders op gemiddeld 12% en voor niet-praktijkhouders op gemiddeld 20% van hun werktijd.

De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 11 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

1. **Versimpelen van richtlijn voor het invullen van bepaalde velden in het patiëntendossier en de tussenmeting.** In de enquête geven professionals aan de grootste administratieve last te ervaren van deze richtlijn, ondanks dat dit een afgerond actiepunt betreft[9]. Dit geldt voor zowel praktijkhouders als niet-praktijkhouders: in de enquête gaf 65% van de praktijkhouders en 56% van de niet-praktijkhouders aan dit knelpunt als meest belastend te ervaren. Uit de interviews komt naar voren dat een deel van de geïnterviewden de huidige richtlijn te uitvoerig vindt. Een voorbeeld aangedragen tijdens de interviews is het moeten zetten van een vink achter meerdere variabelen in patiëntenkaarten en behandeldossiers, terwijl deze variabelen al worden beschreven in een open veld van het behandelplan. Volgens de geïnterviewden verschilt het tussen zorgverzekeraars of zij door hen erop worden afgerekend wanneer één of meerdere velden niet zijn ingevuld. Hierdoor blijft onduidelijk voor hen wat de minimale eisen zijn en wordt soms 'voorzichtig' gerapporteerd, wat gepaard gaat met een grotere tijdsinvestering voor de professional.

2. **Vereenvoudigen van de begin- en eindmeting in het EPD en schrappen van de verplichting de meting altijd te doen.** Een deel van de geïnterviewden ervaart de metingen niet altijd als nuttig voor de kwaliteit van zorg in de breedte en voor de individuele patiënt, o.a. omdat niet bij alle patiënten herstel kan worden verwacht. Daarnaast is een tijdens de interviews genoemd voorbeeld de spontane beëindiging van een behandeltraject, omdat de patiënt bijvoorbeeld geen last meer ervaart. Een verplichte eindmeting betekent in die gevallen het nabellen van patiënten voor een evaluatieafspraak. De patiënt kan echter niet gedwongen worden deel te nemen aan deze evaluatie. Tot slot geeft een deel van de geïnterviewden aan dat het uitvoeren van een (klinische) meting over de patiënt (bijvoorbeeld een pijnscore) aan het begin en het einde van een traject om

[9] In de enquête is voor dit actiepunt gemeten in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding zijn veranderd ten opzichte van vorig jaar. De resultaten staan beschreven in 2.2.3.

FIGUUR 11 **Meest ervaren regeldruk in de fysiotherapie**

De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

het herstel in kaart te brengen, bij kortlopende trajecten met enkele behandelingen (bijvoorbeeld kleine enkeldistorsie en enkelverzwikking) in verhouding meer tijd kost dan bij meer chronische behandeltrajecten.

3. **Beperken (beheers)audits door externe partijen.** Volgens de enquête ervaren niet-praktijkhouders meer regeldruk van de (beheers)audits door externe partijen dan praktijkhouders (gemiddelde rapportcijfer 7,4 versus 6,7).

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten hetzelfde zijn als de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 12 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (61%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **versimpelen van richtlijn rondom dossiervoering**. In de interviews is als oplossing aangedragen om de vereisten opgenomen in de richtlijn terug te brengen naar de essentie, en dit helder te communiceren naar alle betrokkenen, waaronder de zorgverzekeraar. Een voorbeeld aangedragen door een geïnterviewde waar versimpeling mogelijk is zijn de verplichte velden die behoren bij de medische geschiedenis/ gezondheidsdeterminanten.

Het **schrappen van verplichting en vereenvoudigen van begin- en eindmeting** staat op nummer twee in de lijst met actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (55%). In de interviews is als oplossing aangedragen om met elkaar vast te leggen bij welke patiënten een begin- en eindmeting relevant is en bij welke patiënten niet. Niet meten om te meten, maar meten om te weten. De professional voelt zich geëquipeerd om in te schatten wanneer een meting bijdraagt aan de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

FIGUUR 12 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de fysiotherapie**

Het **beperken van de (beheers)audits** staat op nummer drie in de lijst met actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (41%).

Tot slot ziet een deel van de geïnterviewden kansen in het uniformeren van zorginkoopcontracten – omdat de ervaring is dat hierdoor veel tijd verloren gaat aan het doorlezen en kennen van de contracten – en verhogen van het huidige tarief. De geïnterviewden geven aan dat dit in de laatste jaren slechts in beperkte mate gestegen is, terwijl men ervaart dat er meer kwaliteitsregels bijkomen Het creëren van deze (financiële) ruimte heeft vooral impact op de ervaren regeldruk en niet op de daadwerkelijke tijd die nodig is. In de recente Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022 is afgesproken een kostprijsonderzoek uit te voeren, waarbij ook de gevolgen van eventuele tariefaanpassingen onderzocht worden.

Huisartsenzorg

Scope

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de huisartsenzorg en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage X staat een toelichting op de ontwikkelingen in de sector op het gebied van regeldruk en de onderzoekspopulatie.

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 509 professionals werkzaam in de huisartsenzorg deelgenomen. Bijlage X bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Zo is 25% van de respondenten in de huisartsenzorg werkzaam in een solopraktijk, 23% in een duopraktijk en 42% in een groepspraktijk.

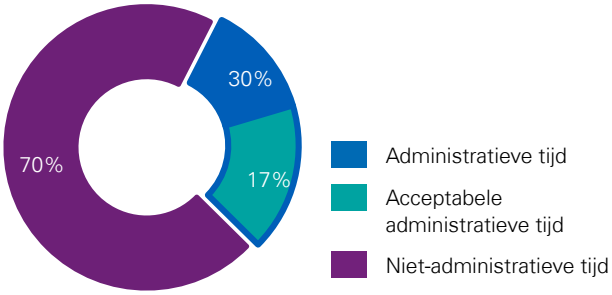
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 8 huisartsen (zie bijlage X).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de huisartsenzorg. Professionals besteden gemiddeld 30% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 17% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 13%-punt.

FIGUUR 13 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden huisartsenzorg**



De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 14 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

Top 3-actiepunten uitgelicht

1. **Schrappen van terugverwijzing van volwassenen vanuit de ggz.** In de enquête geven respondenten aan hier de grootste administratieve last van te ervaren. Het knelpunt leeft vooral onder huisartsen en aiossen. In de enquête gaf 60% van de huisartsen en 40% van de aiossendit als één van de maximaal drie knelpunten aan waarvan zij het meeste last hebben, ondanks dat dit een afgerond actiepunt betreft[10]. Vanaf 1 april 2018 is geen verwijzing door de huisarts meer nodig als de patiënt wordt overgedragen van de generalistische ggz naar de gespecialiseerde ggz (en vice versa). Een melding bij de huisarts volstaat. In de interviews geven huisartsen aan dat zij nog steeds terugverwijzingen krijgen vanuit de ggz. Geïnterviewden verklaren dit door de capaciteitstekorten en hoge wachttijden in de ggz. Dit zorgt voor extra regeldruk bij de huisarts, vanwege organiseren tussentijdse overbruggingszorg en extra zorgcoördinatie om de patiënt op de juiste plek te krijgen.

2. **Volledig implementeren van de afspraken die in 'Het Roer Gaat Om' gemaakt zijn, zoals geen formulieren bij medische noodzaak en niet meer jaarlijks aanvragen van hulpmiddelen bij chronische aandoeningen.** In 'Het Roer Gaat Om' zijn meerdere acties geformuleerd om regeldruk te verminderen. Het huidige onderzoek heeft voorafgaand aan de enquête aan professionals gevraagd welke van deze acties de belangrijkste waren. Op deze specifieke acties is een meting gedaan en een totaalscore op regeldruk berekend.
   Eén gemeten actie is onder andere het voorschrijven van en machtigen voor verstrekking van genees- en hulpmiddelen. Dit leeft vooral onder praktijkondersteuners, aiossen en huisartsen. In de enquête gaf 54% van de praktijkondersteuners, 47% van de aiossen en 38% van de huisartsen aan hier last van te hebben.
   Dit beeld wordt bevestigd in de interviews. Zo komen patiënten regelmatig op consult bij de huisarts met vergoedingsvragen rondom geneesmiddelen en het verzoek tot het voorschrijven van een niet-preferent geneesmiddel op basis van medische noodzaak. Terugkerende discussies met de patiënt over deze vergoedingsvragen, overleg met de apotheek en het schrijven van recepten voor medische noodzaak kosten consultplekken en tijd, waardoor professionals in de huisartsenzorg regeldruk ervaren.
   Afspraak binnen 'Het Roer Gaat Om' betreft ook het niet meer jaarlijks machtigen voor hulpmiddelen bij chronische aandoeningen. Een aantal geïnterviewde huisartsen benoemen daarbij het (jaarlijks) voorschrijven en aanvragen van dieetpreparaten als knelpunt. Sommige huisartsen ervaren regeldruk bij de aanvraag voor speciale voeding, aangezien dit sinds kort via de diëtiste moet gaan. Dit vraagt afstemming met de diëtiste, die wat hen betreft onpraktisch en niet kosteneffectief is.

[10] In de enquête is voor dit actiepunt daarom ook gemeten in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding zijn veranderd ten opzichte van vorig jaar. De resultaten staan beschreven in 2.2.4.

FIGUUR 14 **Meest ervaren regeldruk in de huisartsenzorg**

De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

3. **Verminderen frequentie van en vereenvoudigen en verbeteren van de NHG-praktijkaccreditering.** Het achterliggende knelpunt speelt vooral onder praktijkhoudende huisartsen. In de enquête gaf 66% van de praktijkhoudende huisartsen aan dit als belastend te ervaren. Uit de interviews blijkt dat de regeldruk voornamelijk voortkomt uit de grote hoeveelheid tijd en werk die (de voorbereiding van) een accreditering vergt. Voorbeelden die daarbij worden genoemd zijn het schrijven van een jaarverslag, het uitvoeren van patiënttevredenheidsonderzoeken en het nakijken van protocollen en voorraden. Onder geïnterviewden leven uiteenlopende meningen met betrekking tot de meerwaarde van de praktijkaccreditering. Daarnaast vragen enkele geïnterviewden zich af in hoeverre de aanwezigheid van een NHG-accreditatie iets zegt over de geleverde kwaliteit van zorg.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat het volledig implementeren van de afspraken die in 'Het Roer Gaat Om' zijn gemaakt, het schrappen van de terugverwijzing van volwassenen vanuit de ggz, en het verminderen van de frequentie en vereenvoudigen/verbeteren van de NHG-praktijkaccreditering zowel voorkomen in de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten als in de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 15 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (56%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **volledig implementeren van de afspraken die in Het Roer Gaat Om gemaakt zijn**. Eerder zijn in Het Roer Gaat Om afspraken gemaakt over het voorschrijven van en machtigen voor verstrekking van genees- en hulpmiddelen. Als onderdeel van deze afspraken hoeven huisartsen per 1 januari 2016 geen aanvullende formulieren meer in te vullen bij een recept op 'medische noodzaak'. In de interviews is aangegeven dat hierop geen knelpunten meer ervaren worden. Wel is in meerdere interviews aangegeven dat het

FIGUUR 15 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de huisartsenzorg**

belangrijk is om in het licht van de afspraken uit 'Het Roer Gaat Om' het voorkeursbeleid tegen het licht te houden. Zij vragen zich af of de huidige kostenbesparing die hier nog mee wordt gerealiseerd opweegt tegen de regeldruk die het met zich meebrengt. Bovendien geven geïnterviewden aan dat het de therapietrouw door patiënten en de vertrouwensrelatie tussen patiënten en huisartsen schaadt.

32% van de respondenten verwacht veel impact van het actiepunt **schrappen van de terugverwijzing van volwassenen patiënten vanuit de ggz naar de huisarts**. Tijdens de interviews zijn suggesties genoemd voor randvoorwaarden, zoals het vergroten van de capaciteit en het reduceren van de wachttijden in de ggz, het verbeteren van zorgbemiddeling en het optimaliseren van de doorstroom in de ggz.

Verminderen frequentie van en vereenvoudigen en verbeteren van de NHG-praktijkaccreditering wordt door 31% van de respondenten uit de enquête als impactvol gezien. Geïnterviewden zien de recente verlaging in de frequentie van de NHG-praktijkaccreditering als een goede ontwikkeling voor regeldrukvermindering. Daarnaast bevelen ze aan om nader te kijken naar de huidige invulling en hoeveelheid gestelde eisen van de accreditering.

Tot slot zien de respondenten van de enquête kansen in het **terugdringen van regeldruk als gevolg van het voorkeursbeleid** (72% van de respondenten) en **het bevorderen van de leverbaarheid van medicatie** (61% van de respondenten).

Er vinden regelmatig wijzigingen plaats in het voorkeursbeleid, waardoor patiënten moeten worden omgezet naar een ander geneesmiddel. Volgens geïnterviewden leidt dit tot extra consulten, bijvoorbeeld voor bloed prikken. Bovendien krijgen huisartsen ook vaak vragen van patiënten over de wijzigingen van het beleid.

Verder is in de interviews genoemd dat het bevorderen van de leverbaarheid van medicatie nauw samenhangt met het voorkeursbeleid, wat een oorzaak zou zijn voor de beperkte leverbaarheid vanwege de massale inkoop van hetzelfde middel door verschillende zorgverzekeraars bij eenzelfde fabrikant. De regeldruk door niet-leverbaarheid ligt volgens geïnterviewden bij het uitzoeken van een geschikt alternatief dat wel leverbaar is en wordt vergoed, extra patiëntconsulten en overleg met de apotheek.

Curatieve ggz

Scope

Dit onderzoek richt zich binnen de curatieve ggz op de generalistische basis-ggz (gb-ggz) en gespecialiseerde ggz (s-ggz), gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet.

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de curatieve ggz en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage XI staat een toelichting op de ontwikkelingen in de sector op het gebied van regeldruk en de onderzoekspopulatie.

Onderzoekspopulatie

Enquête

448 professionals werkzaam in de curatieve ggz hebben deelgenomen aan de enquête. Bijlage XI bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type professional (zoals psychiater, psycholoog (basis, GZ en klinisch) of verpleegkundige)) of type aanbieder (ggz-zorginstelling, ziekenhuis of vrijgevestigd).

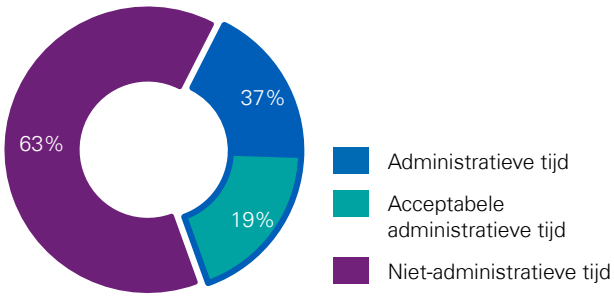
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 11 professionals, waaronder bijvoorbeeld psychiaters, psychologen (GZ, klinisch, basis) en verpleegkundigen (zie bijlage XI).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de curatieve ggz. Professionals besteden gemiddeld 37% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 19% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 18%-punt en daarmee de hoogste niet-acceptabele tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden van alle sectoren, samen met de farmacie.

FIGUUR 16 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden curatieve ggz**



De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 17 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

Top 3-actiepunten uitgelicht

1. **Uniformeren van non-concurrentiële elementen van de inkoopcontracten.** Het achterliggende knelpunt 'lezen, beoordelen en vergelijken van contracten van verschillende zorgverzekeraars' leeft volgens de enquête vooral onder vrijgevestigde professionals. Bij 64% van het aantal deelnemende vrijgevestigden staat het knelpunt in de top 3 van knelpunten waarvan zij de meeste regeldruk ervaren, terwijl dit bij ggz-instellingen om slechts 9% gaat. Ook de geïnterviewde vrijgevestigden geven aan ieder jaar veel tijd kwijt te zijn aan het lezen, beoordelen en vergelijken van contracten van zorgverzekeraars, vanwege de uiteenlopende contractvoorwaarden, onduidelijke voorwaarden en prijzen in contracten, de korte duur van contracten en de ervaren jaarlijkse wijzigingen in contracten. Naast het uitzoeken van de wijzigingen moeten deze ook elk jaar opnieuw worden ingevoerd in de systemen (denk aan nieuwe bedragen invoeren in het declaratiesysteem). Geïnterviewden werkzaam bij een grotere zorgaanbieder ervaren dit knelpunt niet, omdat dit door een andere afdeling of medewerker wordt opgepakt.

2. **Minimaliseren onnodige administratieve lasten bij doorontwikkeling indicatoren Benchmark-ROM.** De ervaren regeldruk geldt voor verschillende typen zorgprofessionals, zorgaanbieders, echelons (s-ggz, gb-ggz) en settings (klinisch, ambulant). Zij ervaren onvoldoende aansluiting bij de indicatoren Benchmark-ROM in de klinische praktijk. Geïnterviewden geven bijvoorbeeld aan geen tegenstander te zijn van het gebruik van de ROM-vragenlijst wanneer deze op maat is gemaakt en wordt gebruikt binnen het eigen zorgproces om de voortgang van een behandeling te monitoren. De meerderheid van de geïnterviewden ziet een beperkte meerwaarde in het gebruik van ROM als benchmark door zorgverzekeraars. Hierbij gaat het om het doel waarvoor ROM wordt gebruikt en de mate waarin de gehanteerde indicatoren passend zijn. ROM wordt volgens hen door zorgverzekeraars gebruikt als instrument om te sturen op het behalen van bepaalde succespercentages, door zorgaanbieders op gestandaardiseerde wijze met elkaar te vergelijken. Dit is het vergelijken van appels met peren volgens hen. Tot slot geven enkele geïnterviewden aan dat ook sommige patiëntgroepen een beperkte meerwaarde zien in de ROM-vragenlijsten, met een lage respons tot gevolg. Ook dit geeft regeldruk, omdat professionals de patiënten dan moeten herinneren aan het invullen van de vragenlijst.

3. **Schrappen van verplichting om bij urenregistratie het type behandelcontact te specificeren.** Het specificeren van het type behandelcontact bij de urenregistratie leeft vooral onder psychiaters. Zij moeten registreren welk type contact zij met een patiënt hebben

FIGUUR 17 **Meest ervaren regeldruk in de curatieve ggz**

De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

gehad (bijvoorbeeld: individueel behandelcontact of groepsbehandeling). Voor ongeveer 60% van de psychiaters uit de enquête is dit één van de maximaal drie knelpunten waarvan zij de meeste regeldruk ervaren. Uit de interviews blijkt dat ze regeldruk ervaren van deze gedetailleerde registratie, omdat het complex is en veel 'dure tijd' kost van een psychiater die beter ingezet kan worden voor zorgverlening aan de patiënt.

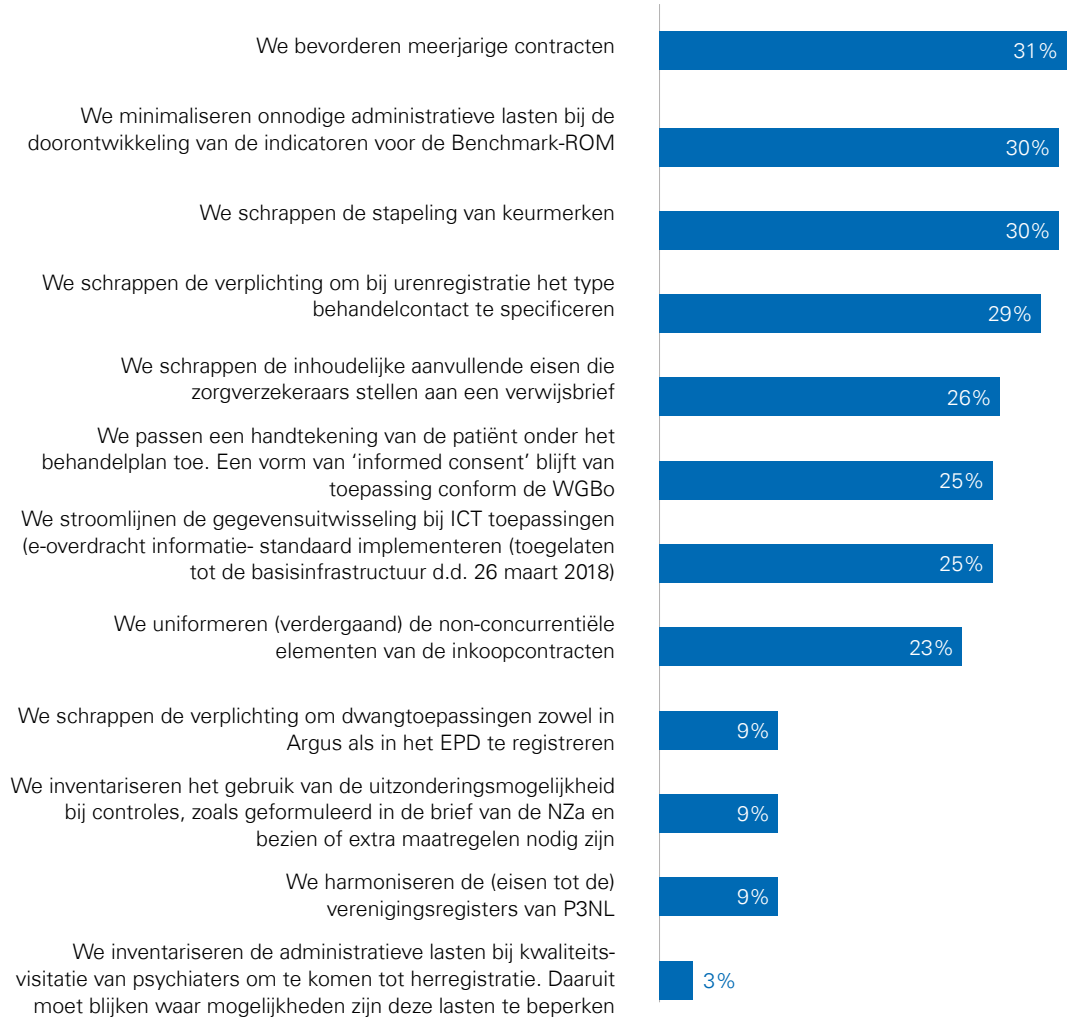
Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat binnen de curatieve ggz het actiepunt **minimaliseren van onnodige administratieve lasten bij de doorontwikkeling van indicatoren voor de Benchmark-ROM** zowel voorkomt in de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten als in de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 18 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (31%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **bevorderen meerjarige contracten**. Bij 55% van het aantal deelnemende vrijgevestigden staat het actiepunt in de top 3 van actiepunten waarvan zij de meeste impact verwachten, terwijl dit bij ggz-instellingen om slechts 13% gaat. In de interviews wordt dit ook als oplossing aangedragen om de ervaren regeldruk van het achterliggende knelpunt 'lezen, beoordelen en vergelijken van contracten van verschillende zorgverzekeraars' te verminderen, omdat de frequentie van deze taak door meerjarige contracten vermindert. Verder worden het jaarlijkse gepubliceerde contractenoverzicht en bijbehorende alerts door de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen (LVVP) als behulpzaam benoemd.

Het **minimaliseren van onnodige administratieve lasten bij de doorontwikkeling van indicatoren voor de Benchmark-ROM** staat op nummer twee in de lijst van actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (30%). Bij 37% van het aantal respondenten werkzaam in een ggz-instelling staat het actiepunt in de top-3 actiepunten waarvan zij de meeste impact verwachten en bij vrijgevestigden 21%. Professionals in

FIGUUR 18 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de curatieve ggz**



de interviews raden aan om de ROM alleen te gebruiken als geïntegreerd onderdeel van de behandeling. Daarbij is het belangrijk dat organisaties het instrument 'op maat' toepassen: gespecificeerd naar type zorgvraag en zorgzwaarte van een patiënt. Ook vinden enkele geïnterviewden het belangrijk de uitkomsten periodiek te bespreken met de patiënt en zijn naasten, en met andere betrokken zorgverleners, zodat de behandeling waar nodig aangepast kan worden.

In aanvulling wordt het **schrappen van de stapeling van keurmerken** door 30% van de respondenten in de enquête gezien als kans om de administratieve last te verminderen. Bij 48% van de vrijgevestigde respondenten staat het actiepunt in de top-3 actiepunten waarvan zij de meeste impact verwachten, terwijl dit bij ggz-instellingen om slechts 16% gaat. Zowel binnen de deelnemende groep klinisch psychologen (58%) als de deelnemende groep GZ-psychologen (33%) verwachten de meeste deelnemers de grootste impact van dit actiepunt. Geïnterviewde klinisch psychologen en GZ-psychologen bevestigen dit beeld. Zij vinden de keurmerken uitgebreid, tijdrovend en overlap hebben. Genoemde voorbeelden van keurmerken zijn het TOPG-Gz-keurmerk, het keurmerk basis GGZ en de HKZ. Enkele geïnterviewden zien graag versimpeling van de eisen van keurmerken en het stroomlijnen van verschillende keurmerken.

"Vaak komen situaties voor waarin ik een DBC gedurende het behandelproces moet wijzigen, omdat blijkt dat een onderliggende aandoening van toepassing is. Bijvoorbeeld bij een patiënt met depressie, waarbij sprake blijkt te zien van een angststoornis. Dan moet ik bijvoorbeeld aantonen dat ik als regiebehandelaar X aantal minuten heb besteed aan diagnosestelling, terwijl dit indirect al is gebeurd onder de vorige DBC." (psychiater)

Tot slot zien de respondenten van de enquête kansen in het **vereenvoudigen van de declaratiemethodiek bij zorgadministratie** (62% van de respondenten) en het **beperken van (wijzigingen in) eisen kwaliteitsstatuut rondom publieke informatievoorziening** (39% van de respondenten).

Het vereenvoudigen van de declaratiemethodiek moet verschillende oorzaken van ervaren regeldruk oplossen.

Genoemde voorbeelden in de interviews zijn:

a) Gedetailleerd bijhouden van een minutenregistratie. Door geïnterviewden is genoemd dat de minutenregistratie complex is en daarmee vatbaar voor fouten. Dit vraagt herstelwerk aan de achterkant, bijvoorbeeld voor administratief medewerkers.
b) Verplicht declareren van enkele uren inzet van een regiebehandelaar 'voor het vinkje', terwijl dit vanuit zorginhoudelijk perspectief niet nodig is.

77% van het aantal deelnemende klinisch psychologen en 60% van de psychotherapeuten in de enquête ziet **het beperken van (wijzigingen in) eisen kwaliteitsstatuut rondom publieke informatievoorziening** als een kans. Uit de interviews blijkt verder dat het kwaliteitsstatuut periodiek administratieve werkzaamheden met zich meebrengt bij wijzigingen vanuit de aanbieder. Naast aanpassing van de publieke informatie (bijvoorbeeld via website) vereist het soms ook aanpassing in interne systemen. Een voorbeeld is een wijziging van taken van de regiebehandelaar, waardoor dit ook in de dossiers moet worden doorgevoerd.

Het actiepunt rondom kwaliteitsvisitaties scoort een 7,0 op ervaren regeldruk, en enkel 3% van de respondenten geeft aan het actiepunt in de top 3-actiepunten met meest ervaren regeldruk en de top 3-actiepunten met meest verwachte impact te hebben. Een mogelijke verklaring hiervan is dat 10% van de onderzoekspopulatie psychiaters zijn en vooral psychiaters hierop regeldruk ervaren. Er is echter geen nader onderzoek gedaan op deze bevinding.

Wijkverpleging

Scope

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies rondom de regeldruk in de wijkverpleging en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. In bijlage XII is een nadere verdieping opgenomen van de resultaten.

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 343 professionals werkzaam in de wijkverpleging deelgenomen (dit kunnen zowel professionals in dienst als zzp'ers zijn). Bijlage XII bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type professional (zoals begeleider, verzorgende of verpleegkundige). 20% van de respondenten in de wijkverpleging is verpleegkundige (MBO-opgeleid), 20% wijkverpleegkundige (HBO-opgeleid), 48% verzorgende en 1% begeleider.

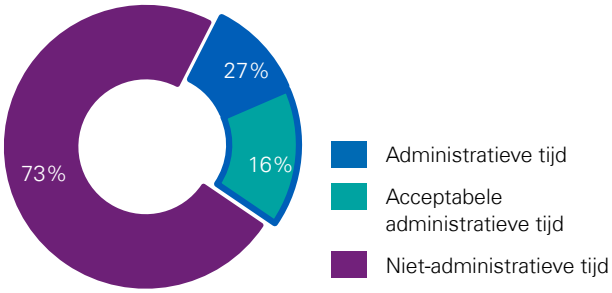
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 8 professionals, waaronder bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, een verpleegkundig specialist en een case manager dementie (zie bijlage XII).

Algemeen beeld regeldruk

De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de wijkverpleging. Professionals besteden gemiddeld 27% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 16% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 11%-punt.

FIGUUR 19 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden wijkverpleging**



De enquête laat zien dat de tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden hoger is voor de HBO-wijkverpleegkundige (43% van hun werktijd) dan voor de begeleiders en MBO-verpleegkundigen (21%) en verzorgenden (18% uur per week). De acceptabele tijdsbesteding ligt daarbij ook hoger voor de HBO-wijkverpleegkundige (23%) dan voor de begeleiders en MBO-verpleegkundigen (11%) en verzorgenden (13%).

De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het achterliggende knelpunt. Figuur 20 toont per actiepunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het achterliggende knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De actiepunten waar het meeste behoefte aan is staan bovenaan.

Top 3-actiepunten uitgelicht

1. **Schrappen van de minutenregistratie.** In de enquête geven professionals aan de grootste administratieve last te ervaren van de vijfminutenregistratie, ondanks dat het actiepunt afgerond is [11]. HBO-wijkverpleegkundigen (gemiddeld rapportcijfer van 7,0) lijken volgens de enquête hier meer last van te hebben dan begeleiders en MBO-verpleegkundigen (6,5) en verzorgenden (6,1). De verdiepende interviews laten zien dat de vijfminutenregistratie nog niet overal afgeschaft is door o.a. lopende afspraken met de zorgverzekeraar (om bijvoorbeeld inzicht te krijgen in het aantal minuten geleverde zorg) en/of eigen keuzes binnen de organisatie (voor bijvoorbeeld salarisuitbetaling, van vooral de verzorgenden, of sturen op productiviteit). Hierdoor wordt er nog steeds regeldruk ervaren. Ook wordt tijdens de interviews opgemerkt dat door de vijfminutenregistratie professionals onzeker worden over wat wel en niet mag binnen werktijd om te komen tot verantwoording.

"Ik moet me iedere vijf minuten verantwoorden voor wat geen cliëntenzorg is, wat enorm veel werk en belastend is. De organisatie wil daar vanaf, maar weet niet altijd hoe, want hun kasboek moet ook kloppen"… "Doordat je iedere vijf minuten moet registreren zit je soms in een spagaat omdat je het gevoel krijgt dat je alles moet verantwoorden. Je durft bijna niets meer te doen. Daardoor voelt het als een echte druk." (professional in team wijkverpleging)

2. **Schrappen van de verplichting om bij elke wijziging van het zorgplan opnieuw een handtekening van de cliënt nodig te hebben.** Het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt leeft onder alle functies in de wijkverpleging, ondanks dat het een afgerond actiepunt is. Niet zozeer de handeling zelf wordt als belastend ervaren door de geïnterviewden, maar meer de reden erachter, omdat wijzigingen met de cliënt tijdens zorgplanbesprekingen en -evaluaties worden besproken. Tijdens dit gesprek geeft de cliënt aan of hij/zij het wel of niet met deze wijziging eens is en kan samen gekeken worden naar een meer passend aanbod. Hoewel het zorgplan digitaal kan worden ondertekend en daarmee tijdsinvesteringen worden beperkt, wordt in de verdiepende

[11] In de enquête is voor deze actiepunten daarom ook gemeten in hoeverre de huidige ervaren regeldruk en tijdsbesteding zijn veranderd ten opzichte van vorig jaar. De resultaten staan beschreven in 2.2.6.

FIGUUR 20 **Ervaren regeldruk rondom knelpunt achter actiepunten in de wijkverpleging**

De rangorde is een weergave van waar de meeste regeldruk wordt ervaren binnen de totale onderzoekspopulatie. Uit de interviews is gebleken dat bepaalde actiepunten meer spelen voor specifieke functies en/of type aanbieders of settings. Hier is niet voor gecorrigeerd.

interviews door een paar professionals genoemd dat sommige zorgverzekeraars nog om een handtekening vragen bij een zorgplanwijziging en dat het binnen sommige organisaties nog gebruikelijk is om naast de start ook bij grote wijzigingen of elk half jaar bij de zorgevaluatie een handtekening te vragen.

3. **Schrappen van de verplichting om elk half jaar zorg te evalueren.** Het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt leeft onder alle functies in de wijkverpleging, ondanks dat het een afgerond actiepunt betreft. Een deel van de geïnterviewden ervaart het als belastend, omdat de halfjaarlijkse zorgevaluatie soms nog een eis is vanuit zorgverzekeraars om kwaliteit te waarborgen, of omdat het ECD een melding blijft geven als bepaalde onderdelen van deze evaluatie niet worden gedaan. Daarnaast vinden sommige geïnterviewden het moment waarop de zorgevaluatie, met de daarbij behorende vragenlijsten, ingevuld moet worden niet altijd passend of noodzakelijk voor een goede zorgevaluatie. Daarbij vinden ze de inhoud van de vragenlijsten te uitgebreid en niet altijd aansluiten op de situatie van de cliënt. Als de organisatie er zelf bewust voor kiest om de evaluaties uit te voeren, geeft een deel van de geïnterviewden aan dit als minder drukkend te ervaren omdat het geen verplichting is.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Naast de top 3-actiepunten waar respondenten de meeste behoefte aan hebben, konden zij ook maximaal drie actiepunten selecteren waar zij de meeste impact verwachten. De enquête laat zien dat het schrappen van de minutenregistratie, verplichting om bij elke wijziging van het zorgplan opnieuw een handtekening van de cliënt nodig te hebben, en de verplichting om elk half jaar zorg te evalueren zowel voorkomen in de top 3-actiepunten waar de respondenten de meeste impact van verwachten als in de top 3-actiepunten waar zij het meeste behoefte aan hebben. Figuur 21 toont per actiepunt hoeveel procent van de respondenten daar impact van verwacht. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen. De actiepunten waar respondenten de meeste impact van verwachten staan bovenaan.

De meeste respondenten (52%) geven aan de meeste impact te verwachten van het actiepunt **schrappen van de minutenregistratie**. Bij 67% van het aantal deelnemende HBO-wijkverpleegkundigen staat het actiepunt in de top 3 van actiepunten waarvan zij de meeste impact verwachten en bij MBO-verpleegkundigen is dit 42%. De minutenregistratie is in 2018 afgeschaft. Om administratieve lasten van wijkverpleegkundigen te verminderen kunnen zorgaanbieders die nog met minutenregistratie werken dit jaar overstappen naar de registratiestandaard 'zorgplan=plan-

FIGUUR 21 **Actiepunten met de meest verwachte impact in de wijkverpleging**

ning=realisatie, tenzij'.Rondom de zoektocht naar andere manieren van controleren en verantwoorden geeft een deel van de geïnterviewden additioneel aan dat het belangrijk is om professionals het vertrouwen en de ruimte te geven om zorg te verlenen.

Het **schrappen van de verplichting om bij elke wijziging van het zorgplan opnieuw een handtekening van de cliënt nodig te hebben** staat op nummer twee in de lijst met actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (37%). Het opnemen van een (digitale) handtekening bij iedere wijziging van het zorgplan is niet meer verplicht. Een deel van de geïnterviewden ervaart dat sommige zorgverzekeraars dit in de huidige situatie alsnog eisen en ervaren dit als onnodig. Partijen zijn op dit moment op zoek naar alternatieven voor de eerste handtekening onder het zorgplan, zodat de administratieve last nog verder vermindert.

Het **schrappen van de verplichting om elk half jaar zorg te evalueren** staat op een gedeelde derde plaats in de lijst met actiepunten waarvan de meeste impact wordt verwacht door de respondenten (29%), samen met het ontwikkelen van een programma van eisen voor het ECD. Het halfjaarlijks evalueren van de zorg is niet meer verplicht. Sommige zorgverzekeraars hebben nog wel eisen voor het moment van evalueren in hun contractvoorwaarden staan omdat deze eerder opgesteld waren dan deze afspraak. Dat sommige zorgverzekeraars dit in de huidige situatie alsnog eisen wordt door meerdere geïnterviewden als onnodig ervaren. Graag zien de betreffende geïnterviewden dat het schrappen van de halfjaarlijkse evaluatie niet alleen vanuit de inhoud, maar ook vanuit het proces wordt ondersteund.

Verder wordt door de respondenten van de enquête een kans gezien in het **verbeteren van de gebruiksvriendelijkheid van het medewerkersportaal** (62% van de respondenten). Reductie van het aantal communicatievormen en aparte systemen (bijvoorbeeld één voor uren, één voor kilometers en één voor vakbekwaamheid) binnen medewerkersportalen draagt volgens een geïnterviewde professional bij aan gebruiksvriendelijkheid en vermindert daarmee tijdsinvesteringen.

"Wat kan nog meer beter? Een betere samenwerking met bijvoorbeeld de organisatie die wondmaterialen moet regelen. Dat moet telefonisch en is een hoop gedoe. Waarom kunnen we dat niet gewoon via een app aanvragen? Als patiënten dat zelf kunnen, waarom wij dan niet?" (professional in team wijkverpleging)

Tot slot worden tijdens de interviews twee actiepunten uit de lijst (zie figuur 21) nader toegelicht: het uniformeren en vereenvoudigen van het bestellen/regelen van hulpmiddelen (zoals wond- en incontinentiemateriaal of een hoog-laag bed) en aanvragen van wondzorg bij zorgverzekeraars, en het vereenvoudigen van de uitvoeringsverzoeken.

De ervaring is dat elke zorgverzekeraar zijn eigen regels (bijvoorbeeld wel of geen recept/machtiging van huisarts nodig) en manier van bestellen (bijvoorbeeld telefonisch of digitaal, of leveranciers waar je mag bestellen) heeft. Het opvragen van de benodigde documenten en het uitzoeken van hoe moet worden besteld wordt als onnodige administratieve last gezien door de geïnterviewden. Verder wordt rondom wondzorgaanvragen de registratie, inclusief motivatie bij aanvraag verband bij groothandel, niet in alle gevallen als zinvol ervaren.

Ook het opvragen van uitvoeringsverzoeken kost veel tijd volgens een deel van de geïnterviewden: denk aan het nabellen voor een ontbrekende einddatum op het verzoek of het opnieuw opvragen van een verzoek na bijvoorbeeld beleidswijzigingen rondom het toedienen van insuline.

Verpleeghuizen

Scope

Binnen dit onderzoek wordt de scope voor deze sector beperkt tot de intramurale verpleeghuiszorg, waarmee we aansluiten bij de acties uit het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg'. In overleg met de begeleidingscommissie zijn voor de verpleeghuiszorg de actiepunten rondom **meerzorg** en **mondzorg** meegenomen in de enquête. Het actiepunt organiseren van schrapsessies wordt meegenomen in de meting van het voorjaar van 2020. De andere actiepunten zijn niet uitgevraagd omdat er daarop al verschillende andere onderzoeken lopen, zoals 'Administratieve belasting langdurige zorg' (Berenschot, 2019), 'Zorgcontractering Wlz 2019' (ActiZ, 2019) en het project OPAZ. Om te voorkomen dat dezelfde gegevens dubbel worden uitgevraagd wordt waar mogelijk aangesloten bij de uitkomsten van deze lopende onderzoeken.

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 641 professionals werkzaam in verpleeghuizen deelgenomen. Bijlage XIII bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Zo is 7% van de respondenten een begeleider, 9% een behandelaar, 13% een verpleegkundige en 51% een verzorgende. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type functie.

Interviews

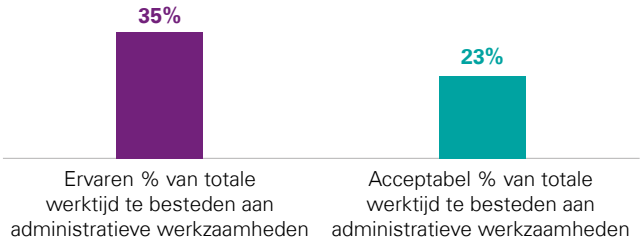
De enquêteresultaten en resultaten uit andere lopende onderzoeken zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 9 professionals, waaronder verzorgenden, behandelaars, een verpleegkundige, en een begeleider (zie bijlage XIII).

Algemeen beeld regeldruk

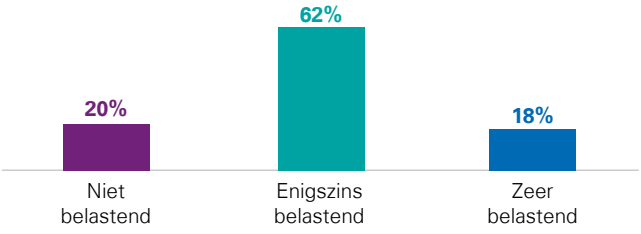
Professionals besteden gemiddeld 35% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 23% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 12%-punt.

Berenschot doet sinds 2016 onderzoek naar de ervaren regeldruk in de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg ('Administratieve belasting langdurige zorg' (2019). In 2019 hebben in de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT) circa 500 zorgprofessionals en circa 80 personen van het begeleidend en behandelend personeel deelgenomen. Het onderzoek kijkt naar de tijdsbesteding (figuur 22) aan administratieve werkzaamheden en de ervaren regeldruk (figuur 23). Zowel de ervaren als acceptabele tijdsbesteding is volgens het onderzoek van Berenschot de afgelopen jaren gestegen: een relatieve stijging van respectievelijk 40% en 35%. Professionals ervaren meer belasting en men lijkt deze hogere belasting deels te accepteren.

FIGUUR 22 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden VVT***



FIGUUR 23 **Ervaren regeldruk VVT***



*Bron: Berenschot (2019). Administratieve belasting langdurige zorg.

Professionals die zijn geïnterviewd in dit onderzoek van de merkbaarheidsscan bevestigen dat ongeveer een kwart tot een derde van de werkweek in de verpleeghuiszorg besteed wordt aan administratieve werkzaamheden.

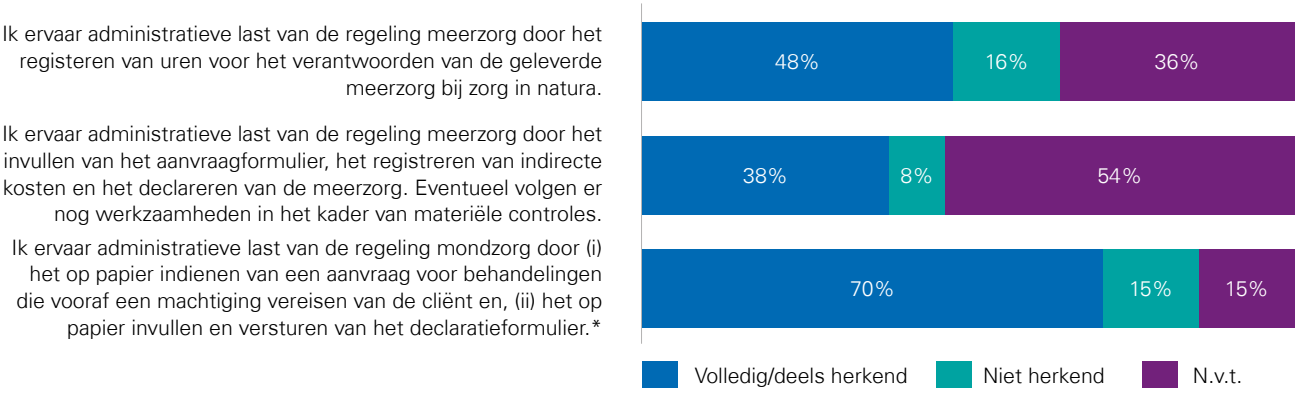
Acties met de meest ervaren regeldruk

Dit onderzoek heeft in de enquête aan professionals in de verpleeghuiszorg de ervaren regeldruk van drie achterliggende knelpunten voor de volgende twee actiepunten uitgevraagd: 1) Vereenvoudigen van regeling meerzorg, en 2) Vereenvoudigen en digitaliseren van het aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg. Figuur 24 geeft deze drie knelpunten weer en de mate waarin de respondent het knelpunt herkent. Bij de regeling meerzorg dient opgemerkt te worden dat niet alle zorgaanbieders meerzorg bieden, en dat de administratieve lasten dus alleen liggen bij de zorgaanbieders die een aanvraag doen.

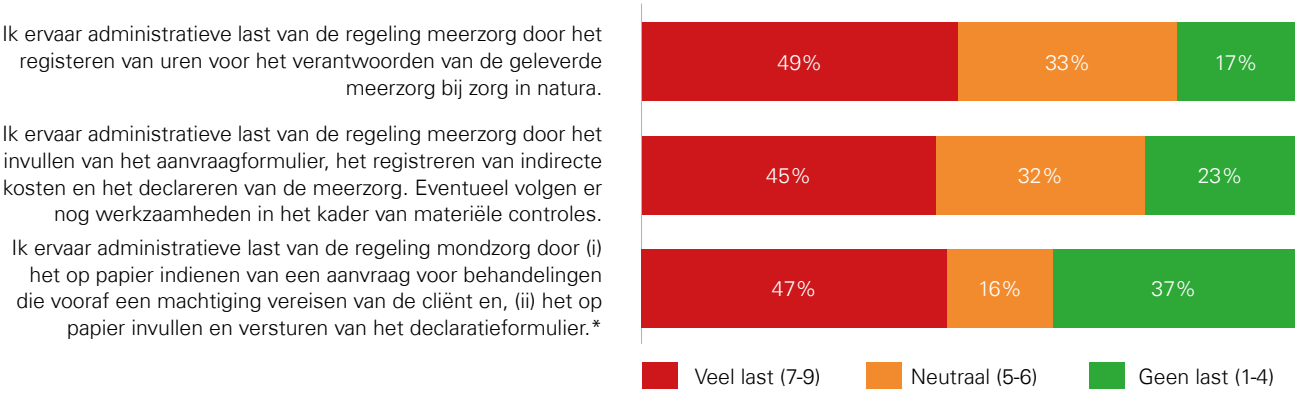
Aan de respondenten die de knelpunten herkennen is in de enquête in dit onderzoek gevraagd naar de ervaren regeldruk. Figuur 25 geeft hiervan een overzicht. Voor alle drie de knelpunten geldt dat als een respondent het herkent, bijna de helft er ook daadwerkelijk last van ervaart.

Het onderzoek van Berenschot ('Administratieve belasting langdurige zorg'; 2019) uitgevoerd binnen de gehele langdurige zorg laat zien dat 54% van de respondenten in de langdurige zorg het aanmaken en bijhouden van het elektronisch cliëntendossier (ECD) als een administratieve taak ziet waar men de meeste tijd aan besteedt. Dit kan als onderdeel worden gezien van het actiepunt 'Onderzoeken met ICT leveranciers in de gehandicaptenzorg of vereenvoudigingen in de registratiesystemen mogelijk zijn'.

FIGUUR 24 **Herkenning van knelpunten achter de regeldruk in verpleeghuizen**
Het tweede knelpunt is alleen voorgelegd aan de groepen 'administratief medewerkers' en 'anders, namelijk'.
Het derde knelpunt is alleen voorgelegd aan tandartsen, hiervan was de respons laag (n=27).



FIGUUR 25 **Ervaren regeldruk van knelpunten in verpleeghuizen**
Het tweede knelpunt is alleen voorgelegd aan de groepen 'administratief medewerkers' en 'anders, namelijk'.
Het derde knelpunt is alleen voorgelegd aan tandartsen die het knelpunt herkennen (n=19 van de 27) en de respons was laag.



Actiepunten uitgelicht

1. **Vereenvoudigen van regeling meerzorg.** Sinds 1 januari 2019 is het beleid rondom meerzorg aangepast, waardoor effecten van dit afgerond actiepunt mogelijk nog niet zichtbaar zijn tijdens deze meting. Het in detail aantoonbaar maken waarom meer geld nodig is wordt als tijdsintensief ervaren door de professionals geïnterviewd in dit onderzoek. Daarnaast geven de geïnterviewden aan dat de meerzorgaanvraag gepaard gaat met een doorlooptijd van een paar maanden en dat er o.a. een onderzoek/verslag van de psycholoog nodig is, volledig omschreven moet worden wat de cliënt wel en niet kan en veel speciale formulieren ingevuld moeten worden.

2. **Digitaliseren aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg.** Helaas hebben we geen tandartsen kunnen interviewen. Om die reden kan het afgeronde actiepunt rondom mondzorg niet verder worden geduid. Andere professionals in de verpleeghuiszorg hebben hier minder goed tot geen zicht op.

3. **Versimpelen van aanmaken en bijhouden ECD.** Deze actie werd genoemd tijdens de interviews en in het open veld over kansen in de enquête in dit onderzoek.

Aangedragen voorbeelden waarom het aanmaken en bijhouden van een ECD als administratief belastend wordt ervaren zijn:

a. Meerdere vragenlijsten moeten bij de aanmaak van een ECD worden ingevuld.
b. Gedurende het behandeltraject moeten metingen gerapporteerd worden, bijvoorbeeld gewicht of bloeddruk, waarvan de meerwaarde voor elke cliënt niet altijd gezien wordt.
c. Informatie moet soms op meerdere plekken en/of in meerdere systemen geregistreerd worden. Denk hierbij aan het registreren van de inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen op drie plekken in het ECD (in de rapportage, in het zorgplan en op een apart formulier), het dubbel aftekenen voor medicatie en het registreren van doelen en hoe deze te bereiken in zowel het zorgleefplan als het werkplan.
d. Veel tijd gaat verloren aan het vinden van de juiste informatie, omdat er geen overzicht is binnen het uitgebreide ECD en omdat professionals dezelfde informatie op andere plekken in het ECD rapporteren.

Huidige situatie rondom drie andere actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg

Voor drie andere actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg baseren we ons op bestaand onderzoek. Deze actiepunten hebben we niet gemeten in dit onderzoek.

Eén van de actiepunten uit het actieplan is: **We verminderen de administratieve lasten voor cliënten met een complexe zorgvraag die uit meer domeinen zorg krijgen**. Hier wordt onderzoek naar gedaan in het project OPAZ. De huidig beschikbare informatie richt zich op de cliënt en hoe daar passende zorg en ondersteuning voor kan worden georganiseerd. De komende periode worden de resultaten rondom het verminderen van administratieve lasten verwacht.

Het verminderen van de administratieve lasten bij de zorginkoop door het **stimuleren van meerjarige contracten en het voorkomen van dubbele uitvragen** is in ontwikkeling en in 2020 gereed. De uiteindelijke impact is dus nog lastig te meten. Veranderingen tussen 2019 en 2018 zijn wel al gemeten door ActiZ. Hun inkoopmonitor (Zorgcontractering Wlz 2019) toont aan dat 20% een verbetering ervaart van het inkoopbeleid rondom administratieve lasten in 2019 ten opzichte van 2018, terwijl 12% juist een verslechtering ervaart. Dit zijn vooral de zorgorganisaties met een grote jaaromzet (> honderd miljoen euro).

Rondom het actiepunt **onderzoek doen naar de herkomst van regelgeving** is het overzicht 'Wettelijke verplichte registraties voor zorgmedewerkers in de langdurige intramurale ouderenzorg' gepubliceerd op de website van Vilans. Dit overzicht laat bijvoorbeeld zien dat een dubbele controle op losse medicatie volgens de wet niet nodig is maar volgt uit de veldnorm 'Veilige principes in de medicatieketen'. Een zorgprofessional mag afwijken van de dubbele controle, mits de motivatie hiervoor vastgelegd wordt in het dossier. Een ander voorbeeld is dat volgens de wet het niet verplicht is om de methoden PRISMA en/of SIRE te gebruiken bij incidenten. Deze feiten geven zorgaanbieders duidelijkheid over welke administratieve werkzaamheden geschrapt of versimpeld kunnen worden binnen hun organisatie.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

De meeste professionals die zorg leveren (81%) in de enquête van dit onderzoek geven aan impact te verwachten van het actiepunt **vereenvoudigen verantwoording geleverde meerzorg**. Bij het maken van afspraken kan volgens een deel van de professionals geïnterviewd in dit onderzoek breder gekeken worden dan alleen naar meerzorg. Zij ervaren namelijk ook (onacceptabele) administratieve lasten rondom de ophoging van de ZZP. Het zoeken naar een oplossing voor deze knelpunten draagt mogelijk bij aan een grotere impact op de ervaren regeldruk.
Tot slot laten dit onderzoek en het onderzoek 'Administratieve belasting langdurige zorg' (2019) zien dat er in de langdurige zorg, voor zowel verpleeghuiszorg als gehandicaptenzorg, drie additionele kansen zijn:

1. **Overbodige evaluaties en/of frequenties daarvan aanpassen:** Het aantal en de grootte van MDO's en het evalueren van doelen kunnen op de cliënt afgestemd worden. Dit heeft impact op het aantal doelen, maar ook op het evalueren ervan. Het evalueren en aanpassen van doelen hoeft mogelijk in deze doelgroep minder vaak te gebeuren, of alleen wanneer er bijzonderheden zijn.

2. **Digitaliseren en automatiseren van administratieve werkzaamheden:** Bijvoorbeeld mobiele rapportages en het automatisch organiseren van bestellingen.

"Vanwege de digitalisatieslag van dossiers en het leggen van een verbinding tussen disciplines registreert iedereen in een systeem. Maar omdat niet iedereen de juiste hulpmiddelen heeft om bij het systeem te komen, moet het vaak toch eerst op papier om vervolgens over te schrijven." (verzorgende)

3. **Reduceren van aantal formulieren dat ingevuld moet worden:** Een voorbeeld dat door een aantal geïnterviewden in dit onderzoek wordt genoemd is dat het veel tijd kost om formulieren bij een incident in te vullen, bijvoorbeeld bij een valincident. De redenen hiervoor zijn de dubbelingen, de benodigde goedkeuringen/controles en de ervaring dat er niets tot nauwelijks iets mee gedaan wordt. Een ander voorbeeld is het bijhouden van hygiënelijsten, zoals de temperatuur van de koelkast en de datum van het laten doorlopen van de kranen tegen risico op legionella.

Gehandicaptenzorg

Scope

Binnen dit onderzoek wordt de scope voor deze sector beperkt tot de intramurale gehandicaptenzorg, waarmee we aansluiten bij de acties uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg. In overleg met de begeleidingscommissie zijn voor de gehandicaptenzorg de actiepunten rondom **meerzorg** en **mondzorg** meegenomen in de enquête. Het actiepunt **organiseren van schrapsessies** wordt meegenomen in de meting van het voorjaar van 2020. De andere actiepunten zijn niet uitgevraagd, omdat er daarop al verschillende andere onderzoeken lopen zoals 'Administratieve belasting langdurige zorg' (Berenschot, 2019), 'Inkoop zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking' (AEF, 2019) en het project OPAZ. Om te voorkomen dat dezelfde gegevens dubbel worden uitgevraagd wordt waar mogelijk aangesloten bij de uitkomsten van deze lopende onderzoeken.

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 533 professionals werkzaam in de gehandicaptenzorg deelgenomen. Bijlage XIV bevat achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie. Zo is 26% van de respondenten een begeleider, 6% een behandelaar, 15% een verpleegkundige en 20% een verzorgende. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type functie.

Interviews

De enquêteresultaten en resultaten uit andere lopende onderzoeken zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 7 professionals, waaronder verpleegkundigen, een verzorgende en agogisch medewerkers (zie bijlage XIV).

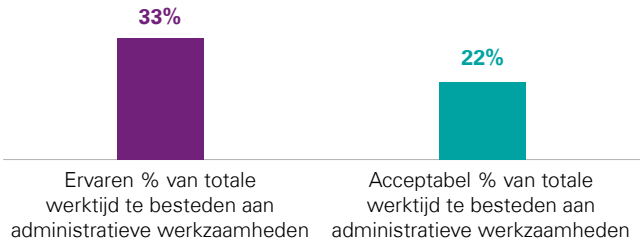
Algemeen beeld regeldruk

Professionals besteden gemiddeld 33% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 22% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 11%-punt.

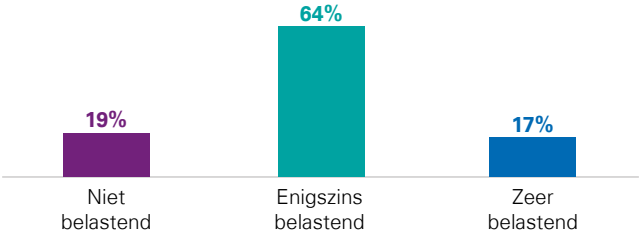
Berenschot doet sinds 2016 onderzoek naar de ervaren regeldruk in de verpleeghuis- en gehandicaptenzorg ('Administratieve belasting langdurige zorg' (2019). In 2019 hebben in de gehandicaptenzorg (GHZ) circa 350 zorgprofessionals en circa 650 personen van het begeleidend en behandelend personeel deelgenomen. Het onderzoek kijkt naar de tijdsbesteding (figuur 26) van administratieve werkzaamheden en de ervaren regeldruk (figuur 27). Zowel de ervaren als acceptabele tijdsbesteding is volgens het onderzoek van Berenschot de afgelopen jaren gestegen: een relatieve stijging van respectievelijk 40% en 35%. Professionals ervaren meer belasting en men lijkt deze hogere belasting deels te accepteren.

Professionals die zijn geïnterviewd in dit onderzoek van de merkbaarheidsscan bevestigen dat ongeveer een kwart tot een derde van de werkweek in de gehandicaptenzorg

FIGUUR 26 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden GHZ***



FIGUUR 27 **Ervaren regeldruk GHZ***



*Bron: Berenschot (2019). Administratieve belasting langdurige zorg.

besteed wordt aan administratieve werkzaamheden. Dit percentage wordt als hoger ervaren bij zorgorganisaties met complexere doelgroepen, omdat er vanwege incidenten en escalaties vaker geregistreerd moet worden.

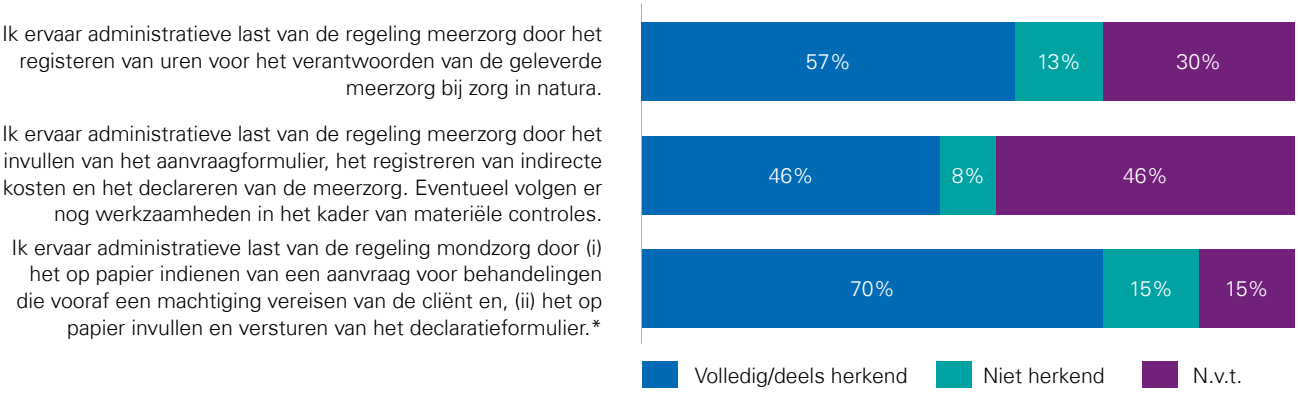
Acties met de meest ervaren regeldruk

Dit onderzoek heeft in de enquête aan professionals in de GHZ de ervaren regeldruk van drie achterliggende knelpunten voor de volgende twee actiepunten uitgevraagd: 1) Vereenvoudigen van regeling meerzorg, en 2) Vereenvoudigen en digitaliseren van het aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg. Figuur 28 geeft deze drie knelpunten weer en de mate waarin de respondent het knelpunt herkent. Bij de regeling meerzorg dient opgemerkt te worden dat niet alle zorgaanbieders meerzorg bieden, en dat de administratieve lasten dus alleen liggen bij de zorgaanbieders die een aanvraag doen.

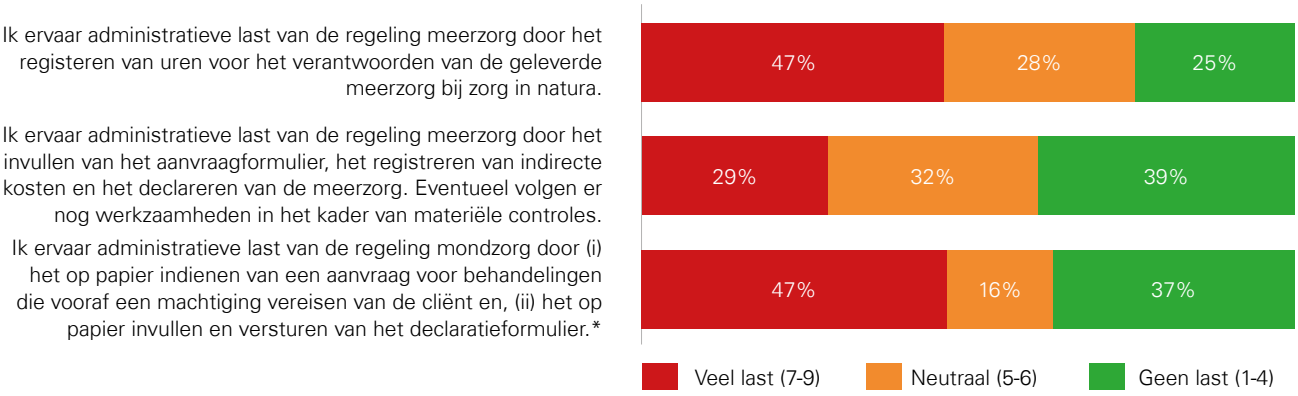
Aan de respondenten die de knelpunten herkennen is in de enquête in dit onderzoek gevraagd naar de ervaren regeldruk van het knelpunt. Figuur 29 op de volgende pagina geeft hiervan een overzicht. Voor twee van de drie knelpunten geldt dat als een respondent het herkent, bijna de helft er ook daadwerkelijk last van ervaart.

Uit eerder onderzoek komt een additioneel knelpunt naar boven dat gekoppeld kan worden aan één van de actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg. Het onderzoek van Berenschot ('Administratieve belasting langdurige zorg'; 2019) uitgevoerd binnen de gehele langdurige zorg laat zien dat 54% van de **respondenten in de langdurige zorg het aanmaken en bijhouden van het elektronisch cliëntendossier (ECD)** als een administratieve taak ziet waar men de meeste tijd aan besteedt. Dit kan als onderdeel worden gezien van het actiepunt 'Onderzoeken met ICT leveranciers in de GHZ of vereenvoudigingen in de registratiesystemen mogelijk zijn'.

FIGUUR 28 **Herkenning van knelpunten achter de regeldruk in de GHZ**
Het tweede knelpunt is alleen voorgelegd aan de groepen 'administratief medewerkers' en 'anders, namelijk'.
Het derde knelpunt is alleen voorgelegd aan tandartsen, de respons was laag (n=27).



FIGUUR 29 **Ervaren regeldruk van knelpunten in de GHZ**
Het tweede knelpunt is alleen voorgelegd aan de groepen 'administratief medewerkers' en 'anders, namelijk'.
Het derde knelpunt is alleen voorgelegd aan tandartsen die het knelpunt herkennen (n=19 van de 27) en de respons was laag.



Actiepunten uitgelicht

1. **Vereenvoudigen van regeling meerzorg.** Sinds 1 januari 2019 is het beleid rondom meerzorg aangepast, waardoor effecten van dit afgerond actiepunt mogelijk nog niet zichtbaar zijn tijdens deze meting. De aanvraag van een indicatie voor langdurige zorg moet elke vijf jaar opnieuw plaatsvinden. De professionals in de GHZ geïnterviewd in dit onderzoek zien dit als onnodig, omdat het een doelgroep betreft waar nauwelijks tot niets verandert en waar de zorgvraag echt levenslang en levensbreed is. Het levensbrede, integrale karakter brengt volgens een deel van de geïnterviewden daarnaast met zich mee dat cliënten tussen wal en schip kunnen vallen en de aanvraag voor meerzorg lastiger wordt omdat meerdere partijen betrokken zijn.

2. **Digitaliseren aanvraag-, machtiging en declaratieproces voor mondzorg.** Helaas hebben we geen tandartsen kunnen interviewen. Om die reden kan het afgeronde actiepunt rondom mondzorg niet verder worden geduid. Andere professionals in de gehandicaptenzorg hebben hier minder goed tot geen zicht op.

3. **Versimpelen van aanmaken en bijhouden ECD.** Deze actie werd genoemd tijdens de interviews en in het open veld over kansen in de enquête in dit onderzoek. Aangedragen voorbeelden waarom het aanmaken en bijhouden van een ECD als administratief belastend wordt ervaren zijn:
   a. Meerdere vragenlijsten moeten bij de aanmaak van een ECD worden ingevuld, met veelal dezelfde vragen. Zo moet bijvoorbeeld drie keer ingevuld worden wie de contactpersoon is bij noodgevallen.
   b. Gedurende het behandeltraject moeten metingen/informatie gerapporteerd worden, bijvoorbeeld wanneer de cliënt ontlasting heeft gehad, waarvan de meerwaarde voor elke cliënt niet altijd gezien wordt. Daarnaast volstaat het volgens de respon-

"Een meerzorgaanvraag gaat gepaard met een enorme uitvraag aan ons als professional. Het aantoonbaar maken van uren en doelen opstellen zijn voorbeelden van deze uitvraag. Je moet bijvoorbeeld elke zes weken bepalen hoe er aan de doelen wordt gewerkt en overal wordt een verslag van gemaakt. En na een jaar begint het circus weer opnieuw. Niet alleen veel werk voor ons, maar ook voor diensten erom heen zoals de manager." (verpleegkundige)

denten ook om niet standaard, maar alleen bij uitzonderingen te registreren.

c. Informatie moet soms op meerdere plekken en/of in meerdere systemen geregistreerd worden.
d. Veel tijd gaat verloren met het vinden van de juiste informatie, omdat er geen overzicht is binnen het uitgebreide ECD en omdat de ICT-ondersteuning het soms laat afweten. Zo moet er veel doorgeklikt worden – omdat je bijvoorbeeld eerst cliëntgegevens tegenkomt die je niet dagelijks hoeft in te zien – om bij de zorggerelateerde informatie te komen en is dan niet in één oogopslag te zien wat de bijzonderheden zijn. Daarnaast komt het volgens de respondenten weleens voor dat het ECD uit verschillende systemen bestaat die niet met elkaar gesynchroniseerd/gekoppeld worden of niet werken op afstand. Rondom ICT-ondersteuning wordt aangegeven dat het lastig kunnen invoeren van gegevens in het systeem, het maar met één persoon tegelijk kunnen inloggen en het niet kunnen communiceren van het ECD met andere ICT-systemen (van bijvoorbeeld de huisarts) allemaal bijdragen aan de ervaren regeldruk.

Huidige situatie rondom twee andere actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg

Voor twee andere actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg baseren we ons op bestaand onderzoek. Deze actiepunten hebben we niet gemeten in dit onderzoek.

Eén van de actiepunten uit het actieplan is: **We verminderen de administratieve lasten voor cliënten met een complexe zorgvraag die uit meer domeinen zorg krijgen.** Hier wordt onderzoek naar gedaan in het project OPAZ. De huidig beschikbare informatie richt zich op de cliënt en hoe daar passende zorg en ondersteuning voor kan worden georganiseerd. De komende periode worden de resultaten rondom het verminderen van administratieve lasten verwacht.

Het verminderen van de administratieve lasten bij de zorginkoop **door het stimuleren van meerjarige contracten en het voorkomen van dubbele uitvragen** is in ontwikkeling en in 2020 gereed. De uiteindelijke impact is dus nog lastig te meten. Veranderingen tussen 2019 en 2018 zijn wel al gemeten door AEF. Het onderzoek 'Inkoop zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking' (2019) toont aan dat 78% tevreden is over de gemaakte afspraken over administratieve lasten die komen kijken bij de inkoop van langdurige zorg bij zorgkantoren. Een ruime meerderheid ziet echter geen verandering tussen 2019 en 2018. Een meerderheid van de respondenten (55%) gaf in de enquête van 2019 aan meerjarige overeenkomsten voor drie jaar met het zorgkantoor te hebben afgesloten. In de werksessie van het AEF-onderzoek werd echter benoemd dat in de praktijk op bepaalde onderdelen, zoals rondom de tarieven, nog jaarlijks wordt onderhandeld. Dit verklaart mogelijk waarom men geen verandering ervaart in de administratieve lasten.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

De meeste professionals die zorg leveren (78%) in de enquête van dit onderzoek geven aan impact te verwachten van het actiepunt **vereenvoudigen verantwoording geleverde meerzorg**. Bij het maken van afspraken kan volgens een deel van de in dit onderzoek geïnterviewde professionals breder gekeken worden dan alleen naar meerzorg. Zij ervaren namelijk ook (onacceptabele) administratieve lasten rondom de aanvraag van een indicatie voor maatschappelijke ondersteuning of langdurige zorg. Indicaties voor maatschappelijke ondersteuning die door gemeenten worden afgegeven lopen vaak relatief snel af, waardoor het keukentafelgesprek opnieuw moet plaatsvinden. Het zoeken naar een oplossing voor deze knelpunten draagt mogelijk ook bij aan een grotere impact op de ervaren regeldruk.

Tot slot laten dit onderzoek en het onderzoek 'Administratieve belasting langdurige zorg' (2019) zien dat er in de langdurige zorg, voor zowel verpleeghuiszorg als gehandicaptenzorg, drie additionele kansen zijn:

1. **Overbodige evaluaties en/of frequenties daarvan aanpassen:** Het aantal en de grootte van MDO's en het evalueren van doelen kunnen op de cliënt afgestemd worden. Het kan zijn dat één keer per jaar voldoende is. Vaak blijft een cliënt in de gehandicaptenzorg redelijk stabiel. Dit heeft impact op het aantal doelen, maar ook op het evalueren ervan. Het evalueren en aanpassen van doelen hoeft mogelijk in deze doelgroep minder vaak te gebeuren, of alleen wanneer er bijzonderheden zijn.

2. **Digitaliseren en automatiseren van administratieve werkzaamheden:** Bijvoorbeeld medicijnen aftekenen via een app.

3. **Reduceren van aantal formulieren dat ingevuld moet worden:** Een voorbeeld dat door een geïnterviewde in dit onderzoek is genoemd is dat het veel tijd kost om formulieren bij een incident in te vullen. Bij een cliënt met dwanggedachten die fysiek geweld heeft gebruikt en die naar zijn kamer begeleid wordt, moet bijvoorbeeld een MIM- en MIC-melding gedaan worden en een formulier worden ingevuld voor de inzet van een vrijheidsbeperkende maatregel. Andere voorbeelden die in dit onderzoek zijn genoemd zijn het bijhouden van hygiënelijsten, zoals de temperatuur van de koelkast en de datum van het laten doorlopen van de kranen tegen risico op legionella, aftekenlijsten voor medicatie, het formulier meldcode huiselijk geweld, Outcome Rating Scale (ORS)-lijst en het uitschrijven van een rechterlijke machtiging.

Sociaal domein

Inleiding

Het sociaal domein omvat de zorg en ondersteuning die gemeenten bieden aan hun inwoners op het gebied van zorg, participatie en zelfredzaamheid, werk en jeugdhulp. Deze taken zijn vastgelegd in deze wetten: Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), Participatiewet en Jeugdwet. Dit onderzoek betreft de zorg en ondersteuning die wordt geleverd vanuit de Wmo en de Jeugdwet.

Op verzoek van het ministerie van VWS is in de aanpak aangesloten op twee regio's waar een schrapsessie is georganiseerd. Daarmee is de aanpak voor het sociaal domein afwijkend ten opzichte van de andere sectoren die staan beschreven in deze rapportage. De onderzoeksresultaten bieden geen landelijk beeld, maar een foto van de regeldruk in de betreffende regio's. De meting laat zien wat er in de betreffende regio speelt en welke regionale knelpunten zij ervaren (voorliggende merkbaarheidsscan), hoe zij dit aanpakken en of deze lokale aanpakt werkt (meetmoment in 2020).

Onderdeel van het actieplan (Ont)regel de zorg zijn de schrapsessies. Op 12 juni 2019 heeft een schrapsessie plaatsgevonden in de regio Alkmaar, welke zich richtte op de ervaren regeldruk in de jeugdhulp en achterliggende knelpunten. Tijdens deze sessie hebben professionals een top 5 gemaakt van regionale knelpunten om de regeldruk te verminderen. Op 11 juli 2019 heeft een schrapsessie plaatsgevonden in de regio Twente. Tijdens deze sessie hebben professionals knelpunten achter de regeldruk in de Wmo geformuleerd en geprioriteerd. In beide regio's vindt een vervolgsessie plaats om de resultaten te bespreken en te concretiseren naar actiepunten. In september (regio Alkmaar) en oktober (regio Twente) vindt besluitvorming door wethouders en bestuurders van aanbieders plaats op de definitieve actiepunten.

In de enquêtes en interviews zijn in beide regio's zowel de landelijke actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg als regionale (achterliggende) knelpunten gemeten die uit de schrapsessies naar voren zijn gekomen. Echter door een lage response en beperkte variëteit in type professionals schetst het onderzoek geen representatief beeld van de ervaren regeldruk in de regio.

Dit hoofdstuk gaat in op de belangrijkste conclusies van de regeldruk in de twee regio's en beschrijft aansluitend de reflectie hierop vanuit de sector. Bijlage XIV bevat een nadere toelichting op de ontwikkelingen rondom regeldrukvermindering in de sector, de onderzoeksaanpak en de regio's.

Jeugdhulp in de regio Alkmaar

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 67 professionals werkzaam in de jeugdhulp deelgenomen. Zo is 31% van de respondenten een ambulant hulpverlener jeugdzorg, 13% een begeleider pleegzorg, 12% een gedragswetenschapper en 6% een jeugdbeschermer. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type functie (zoals ambulant hulpverlener jeugdzorg, begeleider pleegzorg, gedragswetenschapper of jeugdbeschermer).

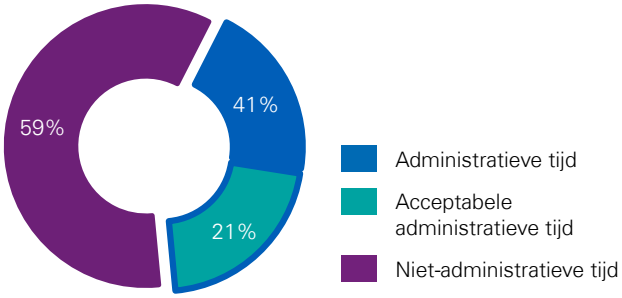
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 6 professionals, waaronder enkele ambulant hulpverleners jeugdzorg (met verblijf en zonder verblijf), enkele jeugdbeschermers en een administratief medewerker.

Algemeen beeld regeldruk regio Alkmaar

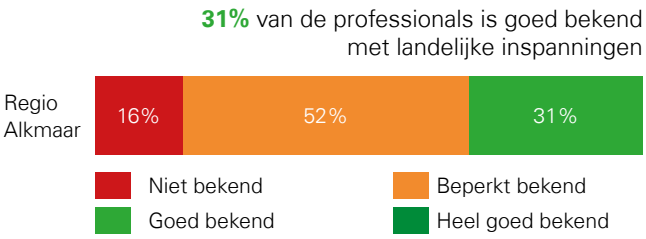
De ervaren regeldruk (rapportcijfer 1-9) in de regio Alkmaar is 7,4. Daarnaast besteden professionals gemiddeld 41% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 21% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 20%-punt. De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de Wmo in de regio Alkmaar.

FIGUUR 30 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden jeugdhulp in de regio Alkmaar**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons

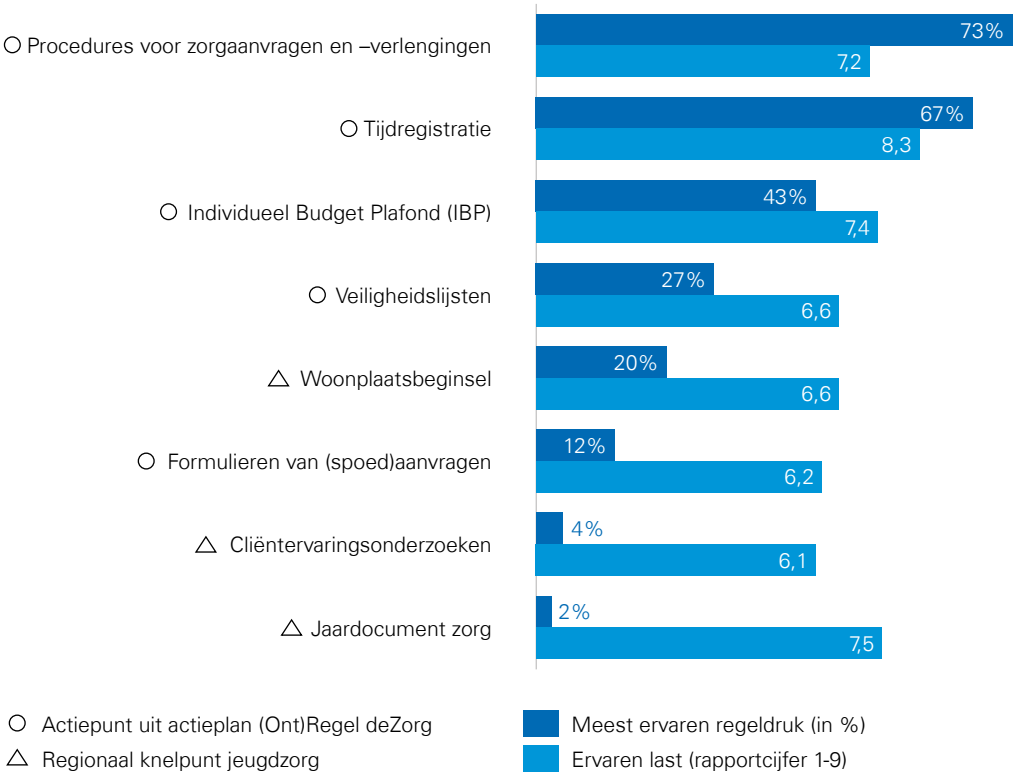


De enquête laat zien dat de tijdsbesteding hoger is voor een jeugdbeschermer (gemiddeld 49%) dan voor een ambulant hulpverlener jeugd (gemiddeld 39%). De acceptabele tijdsbesteding ligt daarbij ook hoger voor een jeugdbeschermer (gemiddeld 25%) dan voor een ambulant hulpverlener jeugd (gemiddeld 19%).

FIGUUR 31 **Bekendheid met landelijke inspanningen op regeldrukvermindering onder professionals in de jeugdhulp in regio Alkmaar**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons



FIGUUR 32 **Ervaren regeldruk in de jeugdhulp in de regio Alkmaar**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons.
De ervaren regeldruk is op het actiepunt 'Jaardocument zorg' door minder dan 10 respondenten ingevuld in de regio Alkmaar.



De top 3-acties met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de landelijke actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht, en de regeldruk op regionale knelpunten. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het (achterliggende) knelpunt. Figuur 32 toont per actiepunt/ regionaal knelpunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het (achterliggende) knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De top 3 bestaat uit regionale knelpunten die hieronder worden uitgelicht. De top 3-knelpunten waarvan de meeste regeldruk werd ervaren zijn dezelfde als de top 3 waarvan de respondenten de meeste impact verwachten wanneer deze worden opgepakt in de regio.

Top 3-knelpunten uitgelicht

1. **Procedures voor zorgaanvragen en -verlengingen.** Volgens enkele geïnterviewden bestaan deze procedures uit veel stappen en is vaak sprake van dubbele informatie-uitvraag. Daarnaast hanteren gemeenten verschillende werkwijzen, aanmeldformulieren en productcodes. Deze diversiteit zorgt ervoor dat professionals moeten opzoeken wat de specifieke werkwijzen en vereisten zijn. Ook zien ze als gevolg van de diversiteit dat zorgaanvragen en -verlengingen soms afgewezen worden, omdat een formulier niet volledig juist is ingevuld naar de eisen van een specifieke gemeente. Door wachtlijsten in de jeugdhulp ervaren professionals meer regeldruk in de coördinatie aan zorg om een kind op de juiste plek te kunnen plaatsen. Versimpeling van de procedures en uniformering tussen gemeenten is volgens geïnterviewden wenselijk.

2. **Tijdsregistratie.** Binnen de jeugdhulp geldt voor sommige typen hulpverlening de verplichte tijdsregistratie, zoals voor de ambulante jeugdhulpverlening. De ervaren regeldruk komt voort uit het registreren van directe en indirecte tijd, de mate van detail, en diversiteit. De geïnterviewden werkzaam in ambulante jeugdhulpverlening ervaren de tijdsregistratie als regeldruk en zien het graag afgeschaft worden. Daarbij kunnen ze niet precies duiden of deze verplichting voortkomt uit eisen van de gemeente of uit de organisatie zelf.

3. **Individueel Budget Plafond (IBP).** Dit punt hangt samen met punt 1 en betreft de verlenginsaanvraag die in Alkmaar wordt gevraagd wanneer een plafond van de indicatie is bereikt. Enkele geïnterviewden ervaren regeldruk bij het IBP, omdat ze ervaren dat toewijzingen vaak te laag worden afgegeven. Het aanvragen van een verlenging wordt volgens de professionals in die gevallen een standaardprocedure. De procedure vraagt om het invullen en aanleveren van verschillende formulieren (zoals een aanvraagformulier) en gedetailleerde informatie over de cliënt (over bijvoorbeeld doelen) bij de gemeente. Zij zien hiervan niet de meerwaarde. Ook geven zij regeldruk omdat de voortgang en mogelijke overschrijding van het afgegeven plafond moeten worden bijgehouden. Professionals zien kansen in andere vormen van bekostiging, bijvoorbeeld indicaties met een vast aantal uur aan zorgverlening voor bepaalde typen jeugdhulp waarbij wetenschappelijk onderzocht is hoelang levering nodig is om resultaat te behalen.

Aanvullend op bovenstaande top 3, wordt hieronder de ervaren regeldruk op de (lopende) landelijke actiepunten in de jeugdhulp beschreven.

1. **Onderzoek naar de landelijke verantwoording voor jeugdhulpaanbieders (jaardocument zorg).** Vijf van de 67 respondenten van de enquête herkennen het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt (deels) en geven het achterliggende knelpunt gemiddeld een 7,5 op een schaal van 1 tot 9 op ervaren regeldruk. Deze respondenten zijn alle vijf administratief medewerkers.

2. **Aanpassen verplicht cliëntervaringsonderzoek.** 57% van de respondenten in de enquête herkent het achterliggende knelpunt achter dit actiepunt (deels). Enkele geïnterviewden ervaren dat verplichte onderzoeken te frequent afgenomen moeten worden. Ze vinden het evalueren van zorg samen met de cliënt alleen nuttig wanneer het nodig blijkt.

3. **Aanpassen van het woonplaatsbeginsel.** 75% van de respondenten herkent het achterliggende knelpunt bij dit actiepunt in de enquête (deels).Voor sommige werkvelden binnen de jeugdhulp geeft het woonplaatsbeginsel regeldruk. Bijvoorbeeld bij casussen waar de voogdij verandert of tijdelijk wordt overgedragen wanneer een ouder niet ingeschreven staat bij een gemeente, of een ouder (met gezag) of kind verhuist. Een paar geïnterviewden geven aan dat het vinden van de verantwoordelijke gemeente en afstemming met de gemeente als regeldruk ervaren wordt. Deze afstemming gaat voornamelijk over de financiering van de hulpverlening. Wanneer de zorgaanbieder niet gecontracteerd is door de betreffnede gemeente, moet via hoofd- en onderaannemerschap gewerkt worden, wat volgens enkele geïnterviewden meer administratieve handelingen geeft.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Als additionele kans binnen de jeugdhulp om regeldruk te verminderen kwam uit de enquête het **verantwoorden van geleverde zorg door aanbieders en professionals op totaalniveau in plaats van op cliëntniveau**. 57% van de respondenten kenmerkte dit als kans. Dit beeld is bevestigd in de interviews. Geïnterviewde professionals die momenteel verantwoorden op cliëntniveau geven aan dat de tijdsregistratie daarmee ook overbodig wordt.

Maatschappelijke ondersteuning in de regio Twente

Onderzoekspopulatie

Enquête

Aan de enquête hebben 16 professionals werkzaam in de Wmo deelgenomen. Waar relevant maakt het onderzoek in de resultaten onderscheid naar type functie (zoals begeleider, administratief medewerker en sociaal werker). 44% van de respondenten is een begeleider, 19% een administratief medewerker en 13% een sociaal werker.

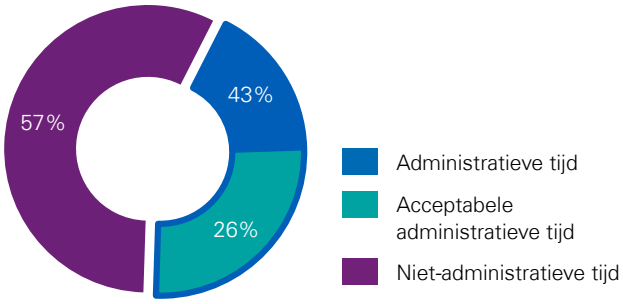
Interviews

De enquêteresultaten zijn vervolgens nader geduid via verdiepende interviews met 3 professionals werkzaam bij 2 zorgaanbieders in de regio, namelijk een zorgmanager, een zorgcoördinator en een thuisbegeleider.

Algemeen beeld regeldruk regio Twente

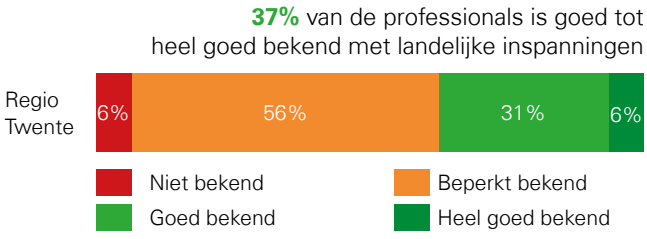
De ervaren regeldruk (rapportcijfer 1-9) in de regio Twente is 7,6. Daarnaast besteden professionals gemiddeld 43% van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden. De respondenten geven aan dat zij 26% acceptabel vinden. Dit is een verschil van 17%-punt. De figuur hieronder is gebaseerd op de enquête en geeft een algemeen beeld van de regeldruk in de Wmo in de regio Twente.

FIGUUR 33 **Tijdsbesteding administratieve werkzaamheden Wmo in de regio Twente**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons

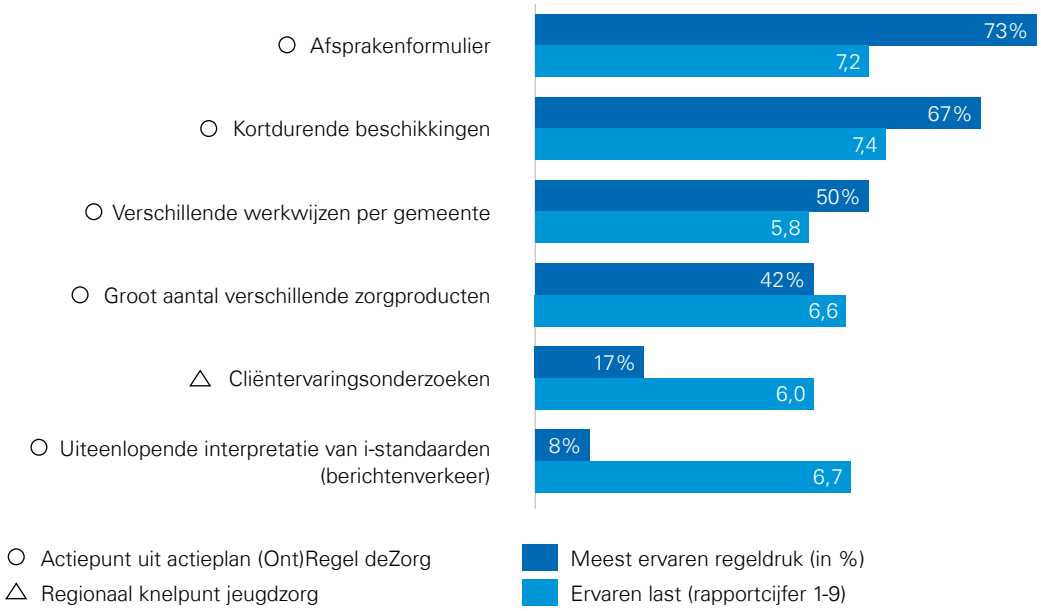


De enquête laat zien dat de tijdsbesteding hoger is voor een Wmo-consulent (57%, n=1) dan voor begeleiders (gemiddeld 23%, n=7). De acceptabele tijdsbesteding ligt daarbij ook hoger voor een Wmo-consulent (36%, n=1) dan voor begeleiders (gemiddeld 10%). Hierbij willen we nogmaals benadrukken dat de onderzoeksresultaten door de lage response en beperkte variëteit in type professionals geen representatief beeld van de ervaren regeldruk in de regio schetst.

FIGUUR 34 **Bekendheid met landelijke inspanningen op regeldrukvermindering onder professionals in de Wmo in de regio Twente.**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons



FIGUUR 35 **Ervaren regeldruk in de Wmo in de regio Twente**
De uitkomsten zijn indicatief vanwege de lage respons.
De ervaren regeldruk is op het knelpunt 'Uiteenlopende interpretatie van i-standaarden' door minder dan 10 respondenten ingevuld.



De top 3 met de meest ervaren regeldruk

In dit onderzoek is de ervaren regeldruk die is gekoppeld aan de landelijke actiepunten uit het actieplan (Ont)Regel de Zorg in kaart gebracht, en de regeldruk op regionale knelpunten. Hierbij is gekeken naar de ervaren regeldruk (op een schaal van 1 tot 9) van het (achterliggende) knelpunt.

Figuur 35 toont per actiepunt / regionaal knelpunt naast dit rapportcijfer ook hoeveel procent van de respondenten regeldruk ervaart van het (achterliggende) knelpunt. Respondenten konden er in de enquête maximaal drie kiezen, vandaar dat de percentages niet optellen tot 100. De top 3 bestaat uit regionale knelpunten die hieronder worden uitgelicht. De top 3-knelpunten waarvan de meeste regeldruk werd ervaren zijn dezelfde als de top 3 waarvan de respondenten de meeste impact verwachten wanneer deze worden opgepakt in de regio.

Top 3-knelpunten uitgelicht

1. **Het afsprakenformulier.** Wanneer een cliënt ondersteuning nodig heeft, gaat de gemeente langs voor een keukentafelgesprek. Hierna maakt de gemeente een ondersteuningsplan voor de cliënt, waarna de aanbieder het afsprakenformulier moet invullen. Hierin licht de aanbieder toe wat hij gaat leveren bij de cliënt en op welke wijze. Twee van de drie geïnterviewden ervaren regeldruk door het afsprakenformulier, omdat het volgens hen vertragend werkt in de zorgaanvraagprocedure en weinig toegevoegde waarde heeft. Het ondersteuningsplan is namelijk op de inhoud bijna hetzelfde als het afsprakenformulier. Geïnterviewden en deelnemers uit de schrapsessie zien het afsprakenformulier graag afgeschaft.
2. **Kortdurende beschikkingen.** Enkele geïnterviewden geven aan dat heraanvragen van beschikkingen bijna altijd nodig zijn in de Wmo, omdat ze ervaren dat voorafgaand bekend is dat het een langer durende zorgbehoefte betreft. Herindicaties zorgen voor regeldruk, omdat de hele zorgaanvraagprocedure opnieuw uitgevoerd moet worden. Dit zien de geïnterviewde professionals als overbodige stappen. In de interviews wordt benoemd dat het in de praktijk voorkomt dat de doorlooptijd voor een heraanvraag te lang is en de beschikking niet tijdig afgerond kan worden bij de gemeente. Hierdoor komt het voor dat aanbieder zorg levert zonder beschikking of dat cliënten zonder zorg komen te zitten. Het doorleveren van zorg zonder beschikking geeft niet alleen een financieel risico voor de aanbieder, maar ook administratie aan de achterkant. Zo benoemt één professional dat doorgeleverde zorg nadat de nieuwe beschikking binnen is in de systemen gecorrigeerd moet worden voor declaratie. De geïnterviewde professionals geven aan de herbeschikking te willen schrappen. In plaats daarvan zien ze mogelijkheden in het gebruiken van de cliëntevaluatie als herindicatie, waarbij de professional samen met gemeente en cliënt kijkt wat nodig is.
3. **Verschillende werkwijzen van gemeenten.** Ondanks het samenwerkingsverband tussen gemeenten in de regio (Samen14) ervaren alle geïnterviewde professionals regeldruk door uiteenlopende werkwijzen en eisen, bijvoorbeeld wat betreft het afsprakenformulier, typen producten, productcodes, tarieven en de verplichting van een handtekening onder het zorgplan. Als gevolg ervaren de geïnterviewden regeldruk door het achterhalen van de werkwijzen van verschillende gemeenten, uiteenlopende wijzen van registreren en het corrigeren van fouten. Een voorbeeld zijn de uiteenlopende tarieven van gemeenten. Bij de ene gemeente zit reistijd in het afgegeven tarief en bij een andere gemeente erbuiten. Als gevolg daarvan moet de professional per cliënt bijhouden wat voor soort tarief is afgegeven. Ze moeten namelijk weten of ze binnen de uren van de

cliënt moeten reizen of daarbuiten. Daarnaast benoemt een geïnterviewde dat het extra administratie oplevert bij tijdsregistratie. Professionals zien graag meer uniformiteit tussen gemeenten en zien kansen in sturing op uniformiteit op landelijk niveau.

Aanvullend op bovenstaande herkent 93% van de respondenten het achterliggende knelpunt van het (lopende) landelijk actiepunt **'Aanpassen verplicht cliëntervaringsonderzoek'** en geeft het achterliggende knelpunt gemiddeld een 6,0 op een schaal van 1 tot 9. Ook in de Wmo geven enkele geïnterviewde professionals aan dat ze de verplichte onderzoeken te frequent en te uitgebreid vinden. Door enkele geïnterviewden wordt de meerwaarde van het meten van de cliëntervaring genoemd omdat het input geeft voor het gesprek met de cliënt en in sommige gevallen ook tot aanpassing van het zorgplan. Voorwaarde is dan wel dat de uitkomsten beschikbaar worden gesteld op een relevant niveau (zoals teamniveau). Ze wensen het afschaffen van de verplichting, zodat professionals zelf kunnen beslissen wanneer evaluaties nodig zijn.

Reflectie vanuit deelnemende respondenten

Als additionele kans binnen de Wmo om regeldruk te verminderen kwam uit de enquête het verantwoorden op totaalniveau van geleverde zorg door aanbieders en professionals in plaats van op cliëntniveau. 83% van de respondenten merkte dit als kans aan. Dit beeld is bevestigd in de interviews. In de regio Twente streven de gemeenten naar resultaatgericht werken, maar gebeurt afrekening vaak op basis van p*q bekostiging. Twee van de drie geïnterviewden geven aan mogelijkheden te zien om in de regio over te gaan naar resultaatgerichte verantwoording (uitvoeringsvariant output gericht) of populatiebekostiging (uitvoeringsvariant taakgericht).

Sector-overstijgende kansen

In de merkbaarheidsscan zijn door respondenten uit de negen sectoren een aantal zelfde kansen genoemd om de regeldruk te verminderen. Een aantal van deze kansen relateren aan acties die reeds lopen: er is dus al aandacht voor. In totaal zien we vijf zelfde kansen genoemd die hieronder worden toegelicht.

4.1 Optimaliseren digitale informatie-uitwisseling tussen organisaties

Professionals die hebben deelgenomen aan dit onderzoek ervaren dat zorgorganisaties binnen elke sector weer andere ICT-systemen gebruiken. Professionals geven aan dat deze ICT-systemen vaak niet (goed) met elkaar communiceren, waardoor zij hinder ervaren in de communicatie met andere partijen.

Doordat systemen niet gekoppeld zijn, is informatie over de patiënt – die professionals nodig hebben om goede zorg te leveren – versnipperd beschikbaar. Het verkrijgen en overnemen van deze informatie is tijdrovend voor professionals. Het verkrijgen van informatie varieert per samenwerkingspartner en verloopt digitaal (denk aan: Zorgmail, Zorgdomein, Zivver en e-mail), telefonisch, per post of per fax. Vervolgens moeten zorgprofessionals de benodigde informatie handmatig overnemen in hun eigen systemen (bijvoorbeeld EPD/ECD).

Een betere koppeling van systemen tussen organisaties, of het gebruik van één gebruiksvriendelijk systeem waar alle betrokken partijen gebruik van kunnen maken, wordt als kans gezien om regeldruk te verminderen. Een kans voor op de korte termijn is het stimuleren (en uniformeren) van gebruik van digitale hulpmiddelen voor communicatie en informatie-uitwisseling.

4.2 Heldere beschrijving van de landelijke regels en/of procedures zodat deze goed toegepast kunnen worden

Een heldere beschrijving van regels en/of procedures beoogt minder variëteit in de interpretatie daarvan door de sector. Onduidelijkheid kan namelijk leiden tot meer administratie en regeldruk, omdat organisaties niet afgerekend willen worden bij controles of negatief in de media willen komen, en daarom besluiten zelf (hogere) eisen te stellen aan de administratie door professionals. Een andere verklaring die professionals geven voor de neiging van zorgaanbieders om vast te houden aan regels is dat de oorsprong niet meer bekend is en al jaren op deze wijze wordt gewerkt.

Een in dit onderzoek – zowel in interviews als open veld voor kansen in enquête – veelgenoemd voorbeeld van een landelijke regel die verduidelijkt moet worden om regeldruk te verminderen is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG): wat mag wel en wat mag niet. Vanwege onduidelijkheid rondom de AVG worden professionals soms voorzichtig in het delen van informatie, omdat ze niet zeker weten of daarmee de privacy wordt geschonden. Ze kiezen nu de meest veilige kant om boetes te voorkomen, wat meer regeldruk oplevert. Daarnaast geven meerdere professionals aan niet altijd op de hoogte te zijn van een behandeltraject bij een andere zorgaanbieder. Deze voorzichtigheid zorgt voor vertraging in het zorgproces, waardoor de kwaliteit van zorg onder druk kan komen te staan.

"Veel schrap- en verbeterpunten moet je in de organisatie zelf oppakken. Vroeger dacht ik 'het moet van de inspectie, het moet van het ministerie'. Maar er kan ook veel verbeterd worden door de organisatie, omdat we het zelf ooit zo bedacht hebben."
(verpleegkundige)

De onduidelijkheid rondom de AVG gaat gepaard met meer tijd kwijt zijn aan het laten tekenen van privacy formulieren door patiënten, het nabellen van organisaties om de benodigde informatie te verkrijgen en het uitzoeken hoe met elke partij in de keten gecommuniceerd moet worden. Wanneer informatie niet wordt gedeeld, worden taken bovendien soms dubbel uitgevoerd, bijvoorbeeld diagnosestelling en bloedafname.

4.3 Slimmer organiseren van IT-systemen en de inzet van digitalisering

Niet alleen tussen organisaties, maar ook binnen organisaties wordt met verschillende IT-systemen gewerkt. Deze systemen communiceren niet altijd (goed) met elkaar. Het gebrek aan een sterke digitale infrastructuur zorgt ervoor dat professionals ervaren dat zij informatie vaak op verschillende plekken en dubbel moeten registreren. Omdat professionals dezelfde informatie op andere plekken in het systeem rapporteren, is men ook veel tijd kwijt aan het zoeken van informatie. Het overzicht ontbreekt.

Daarnaast geven professionals in verschillende sectoren aan dat systemen vaak niet optimaal werken. Zo werken sommige systemen traag, moeten professionals veel doorklikken, zien ze ingevoerde informatie na updates van het systeem verdwijnen en hebben ze niet overal toegang tot het systeem. Vanwege het laatstgenoemde punt moeten ze zowel op papier als digitaal registreren, bijvoorbeeld thuis bij een cliënt voor de wijkverpleging. Ook geven professionals in sommige sectoren aan dat EPD/ECD-systemen erg uitgebreid zijn en vragen om niet-relevante informatie van de cliënt. Dit betreft informatie die wel verplicht ingevuld moet worden om verder te kunnen in het dossier. Het registreren van bijvoorbeeld een relatief licht incident kost daardoor onevenredig veel tijd.

Een andere kans voor regeldrukvermindering die in meerdere sectoren wordt gezien is het digitaliseren en automatiseren van administratieve werkzaamheden. Genoemde voorbeelden in dit onderzoek zijn standaardteksten in het EPD voor verwijsbrieven en rapportages, het aftekenen van medicijnen via een app en het kopieren van activiteiten uit een werkagenda in het tijdsre-

gistratiesysteem. Tot slot worden kansen gezien in het slimmer organiseren en de inzet van (nieuwe) technologieën zoals spraaktechnologie en artificial intelligence om zorgpersoneel te faciliteren bij registraties.

4.4 Uniformeren van beleid bij zorgverzekeraars en gemeenten

Verminderen regeldruk door uniformeren van beleid

Professionals ervaren in de verschillende sectoren regeldruk door de diversiteit in het beleid van zorgverzekeraars en / of gemeenten. Zorgverzekeraars en gemeenten hanteren uiteenlopende eisen en contracten, wat door zorgaanbieders en professionals als een grote last wordt ervaren. Het afsluiten van contracten met zorgverzekeraars geeft voornamelijk last bij praktijkhoudende professionals, omdat zij veel werk hebben aan het lezen en beoordelen van de contracten met uiteenlopende eisen van zorgverzekeraars en niet altijd een ondersteunende afdeling hiervoor hebben. Daarbij veranderen zorgverzekeraars hun contracteisen vaak jaarlijks.

Het gebrek aan uniformiteit van zorgverzekeraars en gemeenten heeft niet alleen effect op ervaren regeldruk tijdens het contracteerproces, maar leidt in verschillende sectoren ook tot aanvullende dagelijkse administratieve lasten voor de zorgprofessional op de werkvloer. In de praktijk ervaren professionals dat de uiteenlopende eisen vragen om de toepassing van verschillende werkwijzen. Een voorbeeld is dat verschillende zorgverzekeraars voor elk type hulpmiddel weer een andere leverancier aandragen: alleen bij die leverancier kan het betreffende hulpmiddel worden ingekocht. Deze leveranciers hanteren weer verschillende inkoopformulieren en verschillende systemen. Een ander voorbeeld zijn de verschillende type producten en productcodes die gemeenten hanteren voor zorg en ondersteuning.

Verbeteren informatievoorziening aan patiënten

Professionals merken dat patiënten vaak niet goed op de hoogte zijn van de inhoud van hun zorgverzekering. Zorgverzekeraars veranderen hun beleid en polissen jaarlijks, waardoor bijvoorbeeld een bepaalde behandeling of medicijn het ene jaar wel vergoed wordt, en het jaar erna niet meer. Patiënten begrijpen niet altijd hoe dat komt en vragen de professional om uitleg. Professionals in de verschillende sectoren geven aan veel tijd te besteden aan het beantwoorden van vergoedingsvragen. In sommige gevallen gaan patiënten 'shoppen' om informatie te verkrijgen en proberen ze duidelijkheid te krijgen bij de zorgverzekeraar. Professionals ervaren echter regelmatig dat de patiënt niet volledig of duidelijk wordt geïnformeerd bij de helpdesk van de zorgverzekeraar en daardoor terugkomt bij hen. Professionals zien daarom nog kansen voor het verminderen van regeldruk door betere informatievoorziening van de zorgverzekeraars over hun beleid naar patiënten.

4.5 Secretariële ondersteuning

Taakdifferentiatie kan helpen om meer ondersteuning te organiseren van het primair proces. In dit onderzoek komt naar voren dat professionals nu veel van de administratieve taken zelf oppakken. Met name rondom agendabeheer en het versturen van brieven wensen zij meer secretariële ondersteuning. Soms is dat ook een herstel van een vroegere praktijk, bijvoorbeeld voor de GGZ. Een aantal jaar geleden is er een verschuiving van taken geweest door het schrappen van (secretariële) ondersteuning en het verschuiven van taken naar hulpverleners. In enkele gevallen had dit ook te maken met de verplichtingen in de DBC-bekostiging en wijze waarop inzet en registratie van de indirecte tijd van hulpverleners effect had op de declaratiewaarde.

Bijlagen

Bijlage I

Onderzoeksaanpak in meer detail

Onderzoeksmethodiek

De onderzoeksmethodiek is gebaseerd op de generieke en uniforme evaluatiemethodiek, ontwikkeld door Dröge & Van Drimmelen. De aanpak bestaat uit een viertal fases. Fase 1 en 2 zijn afgerond. Fase 3 en 4 vinden plaats in het voorjaar van 2020.

Fase 1

Voorbereiding

Deze fase had als doel om de sector in kaart te brengen, de onderzoekspopulatie te bepalen en inzicht te verkrijgen in de knelpunten die de regeldruk veroorzaken.

In deze fase is informatie uit diverse openbare bronnen verzameld, bestudeerd en geanalyseerd. Zo is een eerste beeld geschetst van de gebieden waar regeldruk wordt ervaren, de ervaren knelpunten, de opgestelde actiepunten (inclusief status), het aantal en type professionals werkzaam in de sector en de belangrijkste stakeholders.

Deze informatie is vastgelegd in een plan van aanpak per sector. Dit plan van aanpak is afgestemd met het ministerie van VWS en de begeleidingscommissies (zie paragraaf 1.4).

Fase 2

Eerste meting op merkbaarheid vermindering regeldruk

De tweede fase van het onderzoek had tot doel het in kaart brengen van de ervaren regeldruk. Er zijn een drietal onderzoeksmethodieken toegepast:

— Groepsgesprek: in een groepsgesprek met professionals is vastgesteld of de knelpunten herkend worden en wat de status per knelpunt is.
  - Per sector was het doel om circa 10-12 professionals deel te laten nemen aan het groepsgesprek. Ondanks verschillende wervingsinspanningen is dit niet in alle sectoren gelukt, en hebben interviews plaatsgevonden. Deze gesprekken vonden plaats in mei
  - In de sectoren verpleeghuizen en gehandicaptenzorg hebben geen groepsgesprekken plaatsgevonden. In beide sectoren is aangesloten op lopende onderzoeken, en heeft een aanvullende bijeenkomst plaatsgevonden met de beroeps- en belangenverenigingen
  - In het sociaal domein hebben geen groepsgesprekken plaatsgevonden, omdat er is aangesloten op bestaande schrapsessies. Deze vonden plaats in juni (regio Alkmaar) en juli (regio Twente).

— Enquête: in de enquête is professionals gevraagd naar de ervaren regeldruk en de perceptie van tijdsbesteding. De vragenlijst is opgenomen in bijlage IV. De enquête is afgenomen in de maand juni. Voor het sociaal domein is de enquête afgenomen in de periode van medio juli tot begin augustus.

— Semigestructureerde diepte-interviews: in interviews met professionals zijn de uitkomsten uit de enquête nader geduid en verdiept. Er vonden per sector circa acht gesprekken plaats met professionals. De interview zijn afgenomen in de maand juli. Voor het sociaal domein vonden de interviews medio augustus plaats.

De belangrijkste bevindingen van deze fase zijn vastgelegd in het voorliggende statusrapport.

Fase 3

Tweede meting op merkbaarheid vermindering regeldruk

In fase 3 vindt de tweede meting plaats. Deze wordt in het voorjaar van 2020 uitgevoerd.

De tweede meting heeft tot doel de effecten van de afgeronde actiepunten voor de professional in kaart te brengen. De tweede meting is qua uitvoering gelijk aan

de eerste meting, waarbij nu de 'nieuwe' situatie wordt gemeten ten opzichte van de 'oude' situatie:

— Groepsgesprek: in een groepsgesprek met professionals wordt vastgesteld of de knelpunten merkbaar zijn opgelost. Per sector nemen 10-12 professionals deel aan het groepsgesprek.
— Enquête: in de enquête wordt professionals gevraagd naar de ervaren regeldrukvermindering en de perceptie van de verminderde tijdsbesteding.
— Semigestructureerde diepte-interviews: in interviews met professionals worden de uitkomsten uit de enquête nader geduid en verdiept. Er vinden per sector circa acht gesprekken plaats met professionals.

Fase 4

Merkbaarheidsanalyse

Met de resultaten uit de groepsgesprekken, enquêtes en diepte-interviews uit beide metingen wordt een analyse uitgevoerd naar de mogelijke verschillen tussen de ervaren regeldruk in de 'nieuwe' situatie ten opzichte van de 'oude' situatie.

De uitkomsten worden beschreven in een eindrapport. Het eindrapport geeft antwoord op de onderzoeksvraag: heeft het actieplan (Ont)Regel de Zorg geleid tot merkbaar minder regeldruk voor de professional?

Werving en selectie van de doelgroep

Goed onderzoek valt of staat met de juiste deelnemers. In de voorbereiding van de metingen is het daarom belangrijk om te komen tot een juiste doelgroep. Dit vraagt om een goede werving en om de juiste doelgroepselectie. Het steekproefkader vraagt om een omvangrijk netwerk van zorgprofessionals.

Dankzij de bundeling van krachten van de begeleidingscommissies, het ministerie van VWS, KPMG en Kantar Public (voorheen TNS Nipo) zijn we bij de eerste meting in staat geweest om in korte tijd een representatief deelnemersveld te betrekken. In totaal hebben bijna 4.500 respondenten deelgenomen aan de enquête.

De begeleidingscommissies hebben zich actief ingezet bij de werving van deelnemers aan het onderzoek door het onderzoek onder de aandacht te brengen bij hun achterban. Bovendien heeft de samenwerking tussen KPMG en Kantar Public het bereik en de werving van respondenten versterkt, onder andere door gebruik te maken van het consumentenpanel (NIPObase), de specialistenpanels en de huisartsenpanels van Kantar Public.

Data-analyse: toelichting correctie-analyse meetmoment 1

Tijdens de analyse van de enquêteresultaten van meetmoment 1 bleek dat er voor drie knelpunten in twee sectoren onverwachte waarden naar voren kwamen bij de vraag naar de tijdsbesteding in het voorgaande jaar. Het ging hier om de volgende knelpunten:

— Sector paramedische zorg:
  1) Administratieve last bij de uitvoering van de 'Richtlijn Fysiotherapeutische dossiervoering' door de informatie die conform deze richtlijn moet worden ingevuld in het patiëntendossier en de niet altijd duidelijke invulvelden.
— Sector verpleeghuizen:
  2) Administratieve last van de regeling meerzorg door het registeren van uren voor het verantwoorden van de geleverde meerzorg bij zorg in natura.
  3) Administratieve last van de regeling meerzorg door het invullen van het aanvraagformulier, het registreren van indirecte kosten en het declareren van de meerzorg. Eventueel volgen er nog werkzaamheden in het kader van materiële controles.

Voor deze knelpunten is in de enquête naar zowel de huidige tijdsbesteding als de tijdsbesteding in het voorgaande jaar gevraagd. Die kon worden uitgedrukt in minuten per week. Bij de vraag naar het voorgaande jaar was het maximaal aantal minuten dat ingevuld kon worden 333. Echter, dit had de waarde 999 moeten zijn (999 was ook het maximum bij de vraag naar de huidige tijdsbesteding). Een relatief groot aantal respondenten heeft bij de vraag naar het voorgaande jaar 333 ingevuld, wat naar alle waarschijnlijkheid een hogere waarde had moeten zijn, maar die door de maximering niet ingevuld kon worden. Hierdoor kwam het gemiddeld aantal minuten dat de ondervraagde groep in het voorgaande jaar had besteed aan het knelpunt lager uit dan het in werkelijkheid had moeten zijn.

Ter correctie is het volgende uitgevoerd:
De gemiddelde (procentuele) verandering in tijdsbesteding tussen het voorgaande en huidige jaar is berekend voor de personen die wel de gewenste waarde konden invullen. Deze gemiddelde verandering is toegepast voor de personen die de waarde 333 hebben ingevuld, door hun antwoord op de huidige tijdsbesteding hiermee te vermenigvuldigen. Vervolgens is opnieuw de gemiddelde tijdsbesteding in minuten berekend voor de totale groep.

Hier is voor gekozen om twee redenen:

— Doordat er geen personen zijn uitgesloten, blijft de gemiddelde tijdsbesteding van het huidige jaar onveranderd en hierdoor het meest realistisch.
— Het verschil tussen de tijdsbesteding van het huidige jaar en het voorgaande jaar kan nog steeds berekend worden met dezelfde groep respondenten.

Bijlage II

Bronnenlijst

1. ActiZ (2019). Verantwoordingsrapportage Zorgcontractering Wlz 2019.
2. Andersson Elffers Felix (2019). Onderzoek inkoop zorg en ondersteuning aan mensen met een beperking.
3. De Argumentenfabriek (2017). Administratiedruk medisch specialisten.
4. Berenschot (2018). Enquête administratieve belasting langdurige zorg – uitkomsten 2018.
5. Berenschot (2019). Administratieve belasting langdurige zorg – uitkomsten 2019.
6. GGZ Nederland (2017). Het Roer Moet Om.
7. KPMG (2018). Vernieuwing in het sociaal domein: samen aan de slag met verantwoording.
8. Landelijke Huisartsen Vereniging (2015). Het Roer Gaat Om.
9. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). Actieplan (Ont)Regel de Zorg.
10. Q-Consult (2016). De puzzel afmaken - Oplossingen om de administratieve lasten voortvloeiend uit de contractering in de langdurige zorg en jeugdzorg te beperken door middel van standaardisatie.
11. Q-Consult (2017). Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn (0-meting).
12. Q-Consult (2018). Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn (1-meting).
13. Raad Volksgezondheid en Samenleving (2019). Blijk van vertrouwen.
14. Werkgroep Administratieve Lasten (2016). Resultaten vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg.

Bijlage III

Samenstelling begeleidingscommissies

Cure – eerste lijn	
1.	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH)
2.	Nederlands Huisartsengenootschap (NHG)
3.	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
4.	Associatie van Keten Apotheken (ASKA)
5.	Nederlandse Apothekers Coöperatie (NAPCO)
6.	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
7.	Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
8.	Stichting Keurmerk Fysiotherapie
9.	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
10.	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
11.	Zorginstituut Nederland (ZiN)
12.	Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ)
13.	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Cure – tweede lijn	
1.	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
2.	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
3.	Federatie Medisch Specialisten (FMS)
4.	Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
5.	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
6.	Geestelijke gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)
7.	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen (LVVP)
8.	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
9.	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP)
10.	Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL)
11.	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
12.	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
13.	Zorginstituut Nederland (ZiN)
14.	Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ)
15.	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Care / Sociaal domein	
1.	Netwerk Directeuren Sociaal Domein (NDSD)
2.	Ketenbureau i-Sociaal Domein
3.	ActiZ
4.	Zorgthuisnl
5.	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
6.	Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
7.	Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
8.	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
9.	Jeugdzorg Nederland
10.	Geestelijke gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)
11.	Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
12.	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
13.	Zorginstituut Nederland (ZiN)
14.	Inspectie Gezondheidzorg en Jeugd (IGJ)
15.	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
16.	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
17.	Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Bijlage IV

Vragenlijst enquête

Blok 0. Algemene informatie			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
1.	Wat is uw leeftijd?	Meerkeuzevraag	— jonger dan 25 jaar — 25 – 35 jaar — 36 – 45 jaar — 46 – 55 jaar — 56 – 65 jaar — ouder dan 65 jaar
2.	Hoeveel jaar werkervaring heeft u in de zorg?	Meerkeuzevraag	— Minder dan één jaar — 1-5 jaar — 6-10 jaar — 11-15 jaar — 16-20 jaar — meer dan 20 jaar
3.	In welke regio bent u werkzaam?	Open vraag	Viercijferige postcode regio

Blok 1. Introductie			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
4.	In welke sector bent u nu werkzaam?	Meerkeuzevraag	— Farmacie — Huisartsen — Tandartsen — Fysiotherapie — Medisch specialistische zorg (werkzaam in ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum) — Curatieve ggz — Wijkverpleging — Gehandicaptenzorg — Verpleeghuizen (werkzaam in intramurale verpleeghuiszorg) — Sociaal domein
5.	Wat is uw huidige functie binnen de sector waar u werkzaam bent?	Meerkeuzevraag	[Diverse antwoordcategorieën per sector]
6.	Voor welk type organisatie bent u werkzaam?	Meerkeuzevraag	[Diverse antwoordcategorieën per sector]
7.	Welke zorgvorm(en) levert uw organisatie?	Meerkeuzevraag	[Diverse antwoordcategorieën per sector]
8.	Welke setting is voor u van toepassing?	Meerkeuzevraag	[Diverse antwoordcategorieën per sector]
9.	Hoeveel uren per week werkt u gemiddeld binnen deze sector?	Open vraag	
10.	Wordt u binnen uw organisatie ondersteund bij de uitvoer van administratieve werkzaamheden, bijvoorbeeld door een ondersteunende medewerker of afdeling?	Meerkeuzevraag	— Ja — Nee [ruimte voor toelichting]

Blok 2. Bekendheid met beleid / ervaring met het onderwerp regeldruk			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
11.	In hoeverre bent u bekend met de inspanningen die branche- en beroepsverenigingen, verzekeraars, toezichthouders, VWS en andere betrokkenen op landelijk niveau plegen om de ervaren regeldruk in de zorg terug te dringen, zoals het actieplan (Ont) Regel de Zorg?	Meerkeuzevraag	— Niet bekend — Beperkt bekend — Goed bekend — Heel goed bekend
12.	Bent u zelf actief aan de slag met het terugdringen van administratieve lasten?	Meerkeuzevraag	— Ja — Nee [ruimte voor toelichting]

Blok 3. Algemeen beeld regeldruk			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
13.	In hoeverre ervaart u tegenwoordig regeldruk?	Meerkeuzevraag	Rapportcijfer van een tot negen
14.	Hoeveel tijd besteedt u tegenwoordig gemiddeld per week aan het uitvoeren van administratieve werkzaamheden?	Open vraag	Aan het uitvoeren van administratieve werkzaamheden besteed ik tijdens mijn huidige werkzaamheden gemiddeld...
15.	Betreft dit vooral administratieve werkzaamheden tijdens cliëntgebonden of niet-cliëntgebonden tijd?	Meerkeuzevraag	— Cliëntgebonden tijd — Niet-cliëntgebonden tijd — Weet ik niet
16.	Wat vindt u een acceptabele tijdsbesteding voor het uitvoeren van administratieve werkzaamheden?	Open vraag	

Blok 4. Inzoomen op specifieke knelpunten			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
17.	Hieronder staan verschillende knelpunten beschreven. Wilt u per knelpunt aangeven in hoeverre u deze herkent binnen uw eigen werkzaamheden?	Meerkeuzevraag	— Ik herken het knelpunt volledig — Ik herken het knelpunt deels — Ik herken het knelpunt niet — Niet van toepassing voor mijn functie
	Type meting per actiepunt	**Vraag**	**Antwoordcategorieën**
18.	Enkele meting (0- óf 1-meting)	In hoeverre heeft u in de huidige situatie last van dit knelpunt?	Rapportcijfer van 1 tot 9
		Hoeveel tijd bent u in de huidige situatie gemiddeld kwijt aan de administratieve werkzaamheden?	Aan het uitvoeren van deze administratieve werkzaamheden besteed ik op dit moment gemiddeld...
	Gecombineerde meting (0- én 1-meting)	In hoeverre heeft u in de huidige situatie last van dit knelpunt?	Rapportcijfer van een tot negen
		In hoeverre had u vorig jaar last van dit knelpunt?	Rapportcijfer van 1 tot 9
		Hoeveel tijd bent u in de huidige situatie gemiddeld kwijt aan de administratieve werkzaamheden?	Aan het uitvoeren van deze administratieve werkzaamheden besteed ik op dit moment gemiddeld...
		Hoeveel tijd was u vorig jaar gemiddeld kwijt aan de administratieve werkzaamheden?	Aan het uitvoeren van deze administratieve werkzaamheden besteedde ik vorig jaar gemiddeld...
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
19.	Van welk(e) knelpunt(en) heeft u het meest last?	Meerkeuzevraag [maximaal 3 antwoorden]	Overzicht van knelpunten per sector, behorend bij de actiepunten
20.	Door welk(e) actiepunt(en) verwacht u dat de administratieve lasten het meest verminderd worden?	Meerkeuzevraag [maximaal 3 antwoorden]	— Overzicht van actiepunten per sector — Geen van bovenstaande actiepunten
21.	Waar ziet u verder kansen om regeldruk te verminderen?	Meerkeuzevraag [maximaal 3 antwoorden]	— Overzicht van oplossingsrichtingen, die zijn genoemd tijdens het groepsgesprek — Anders, namelijk…
22.	Waar ziet u verder kansen om regeldruk te verminderen?	Open vraag	

Blok 5. Afsluitende vragen			
	Vraag	**Type vraag**	**Antwoordcategorieën**
23.	Voor welk onderdeel mogen we u (opnieuw) benaderen per e-mail?	Meerkeuzevraag	— Een enquête — Een groepsgesprek — Een (telefonisch) interview — Ik geef geen toestemming om mij opnieuw te benaderen
24.	Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten van deze enquête?	Meerkeuzevraag	— Ja, ik wil op de hoogte worden gehouden — Nee, ik wil niet op de hoogte worden gehouden via e-mail
25.	Ik kan via het volgende e mail-adres bereikt worden:	Open vraag	

Bijlage V

Afkortingen- en begrippenlijst

ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
AGB-code	Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners code, een unieke identificerende sleutel van individuele zorgverleners en zorgorganisaties
AIOS	Arts in opleiding tot specialist
Arbocheck	Een beoordeling van de fysieke arbeidsomstandigheden waaronder medewerkers zorg moeten verlenen bij een individuele cliënt
Argus	Gegevensset voor vrijheidsbeperkende interventies
ASKA	Associatie van Ketenapotheken
AVG	Algemene Verordening gegevensbescherming
Benchmark-ROM	Benchmark Routine Outcome Monitoring, een landelijke benchmark in de ggz voor kwaliteitsverbetering.
GB-GGZ	Generalistische basis geestelijke gezondheidszorg
BPSW	Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal
CAK	Centraal Administratie Kantoor
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DOAC	Direct werkende Orale Anticoagulantia
ECD	Elektronisch cliëntendossier
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
ERAI	Experiment Regelarme Instellingen
FMS	Federatie Medisch Specialisten
FTE	Fulltime-equivalent
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GGZ Nederland	Brancheorganisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd i.o.
IFMS	Individueel Functioneren Medisch Specialisten
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
i-Sociaal Domein	Een overeenkomst tussen brancheorganisaties van zorggaanbieders, de VNG en ministerie van VWS
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNGF	Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVVP	Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen
MDO	Multidisciplinair overleg
MIC	Meldingen Incidenten Cliëntenzorg
MIM	Melding Incidenten
Ministerie van VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
MSZ	Medisch specialistische zorg
NAPCO	Nederlandse Apothekers Coöperatie
NDSD	Netwerk Directeuren Sociaal Domein
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsengenootschap
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVVP	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NVZA	Nederlandse Vereniging van ZiekenhuisApothekers
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
P3NL	Federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen
OPAZ	Ondersteuning Passend Zorgaanbod, een programma van het ministerie van VWS.
ORS	Outcome Rating Scale
S-ggz	Specialistische geestelijke gezondheidszorg
UMC	Universitair Medisch Centrum
VECOZO	Een internetportaal voor administratieve berichtenverkeer tussen alle zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en meer dan 44.000 zorgaanbieders.
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VPH	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
VVT	Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZBC	Zelfstandig Behandelcentrum
ZiN	Zorginstituut Nederland
ZKN	Zelfstandige Klinieken Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZZP	Zorgzwaartepakket

Bijlage VI

Actiepunten die in overleg met begeleidingscommissie en ministerie van VWS niet zijn meegenomen in dit onderzoek

Medisch specialistische zorg

Actiepunten	Toelichting
Terugdringen stapeling van kwaliteitskeurmerken	Deze actiepunten zijn niet gemeten omdat eind 2017 reeds een 0-meting is gedaan. De 1-meting op deze actiepunten vindt plaats tijdens meetmoment 2.
Frequentie, omvang en overlap van informatie-, controle- en accreditatiecycli terugbrengen	
Verminderen omvang rapportages voor opleidings- en kwaliteitsvisitatie	
Reduceren werklast uit lokale invulling van de IFMS	
Inventariseren van tegenstrijdige eisen door middel van patiëntenreizen	Deze actiepunten zijn niet gemeten omdat eind 2017 reeds een 0-meting is gedaan. De 1-meting op deze actiepunten vindt plaats tijdens meetmoment 2.
Aan de hand van twee casussen mogelijkheden voor vereenvoudiging of schrappen van NZa-regelgeving in kaart brengen	Het actiepunt is in het huidige onderzoek gecombineerd met het gemeten actiepunt "Inventariseren van knelpunten voortvloeiend uit wet- en regelgeving in sessies met betrokken partijen en professionals".

Paramedische zorg

Actiepunten	Toelichting
Uniformering aanvraagprocedure hulpmiddelen	Voor het actiepunt is in 2017 reeds een 0-meting uitgevoerd door Q-Consult. De 1-meting op deze actiepunten vindt plaats tijdens meetmoment 2.
Verbeteren van de toepassing van het patiënttevredenheidsonderzoek	
Verminderen van hoeveelheid informatie die moet worden aangeleverd bij terug- en doorverwijzingen	Bij meting is aangesloten op actiepunt "Uniformeren items verwijzing in paramedische zorg".

Curatieve ggz

Actiepunten	Toelichting
We decimeren het aantal effectiviteits- en patiëntervaringsindicatoren	Het actiepunt wordt onderzocht door een werkgroep van psychiaters via de tafel "Gepast gebruik en transparantie". Deze werkgroep gaat inventariseren of en welke knelpunten gepaard gaan met effectiviteits en patiëntervaringsindicatoren en welke vervolgens geschrapt kunnen worden. Tijdens meetmoment 2 wordt mogelijk een meting gedaan.

Wijkverpleging

Actiepunten	Toelichting
Onderzoeken van registratielasten wijkverpleegkundigen veroorzaakt door zorginkoopcontracten, incl. ruimte voor onderscheid in kwaliteit bij zorginkoop (product: plan van aanpak verbeterpunten inkoop 2020)	Het actiepunt betreft een onderzoek waardoor een meting op regeldruk niet mogelijk is.

Verpleeghuizen

Actiepunten	Toelichting
We verminderen externe verantwoordingslast door gebruik te maken van een vastgesteld uniform kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Bij de uitvoering van dit kader kijken we de komende jaren naar een verdere reductie van administratieve lasten	Het actiepunt is te breed van omvang om concrete onderliggende knelpunten en maatregelen te meten.
We verminderen de administratieve lasten voor cliënten met een complexe zorgvraag die uit meer domeinen zorg krijgen. Hiernaar doen wij onderzoek in het project OPAZ (ondersteuning passend zorgaanbod)	Het actiepunt wordt meegenomen in het onderzoek van OPAZ. Voorliggend onderzoek baseert zich op de resultaten van het OPAZ onderzoek met betrekking tot dit actiepunt.
We verminderen de administratieve lasten bij de zorginkoop door het stimuleren van meerjarige contracten en het voorkomen van dubbele uitvragen	Het actiepunt wordt meegenomen in het onderzoek van de inkoopmonitor. Voorliggend onderzoek baseert zich op de resultaten van de inkoopmonitor met betrekking tot dit actiepunt.
We schrappen interne regelgeving. Door het programma Waardigheid en Trots op locatie worden tweemaal per jaar alle verpleeghuiszorglocaties die dat willen bezocht. Met hen wordt gekeken naar het verbeteren van het werkproces en het verminderen van interne regels. Veel goede voorbeelden zijn reeds beschikbaar, waaronder ook vereenvoudigingen in het zorgleefplan	Het actiepunt is niet meetbaar op landelijk niveau.
Naast de aanpak Waardigheid en Trots ondersteunen wij zorgaanbieders die dat willen intensief bij het zelf aanpakken van regeldruk. Dit doen we door aanvullend onderzoek te doen bij deze aanbieders naar de onderliggende herkomst van regelgeving en door ondersteuning bij het reduceren van de regeldruk	Het actiepunt wordt meegenomen in het aanvullende onderzoek naar de herkomst van regelgeving en het reduceren van regeldruk. Voorliggend onderzoek baseert zich op de resultaten van dit onderzoek met betrekking tot dit actiepunt.
Wij investeren samen met veldpartijen in het permanent schrappen van overbodige regelgeving door het organiseren van schrapsessies in het land	De schrapsessies lopen gedurende deze meting. Een gecombineerde meting op de top 3 die voortkomt uit de schrapsessies vindt plaats tijdens meetmoment 2.

Gehandicaptenzorg

Actiepunten	Toelichting
We verminderen externe verantwoordingslast door gebruik te maken van een vastgesteld uniform kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. Bij de uitvoering van dit kader kijken we de komende jaren naar een verdere reductie van administratieve lasten	Het actiepunt is te breed van omvang om onderliggende knelpunten en maatregelen te meten.
We verminderen de administratieve lasten voor PGB-houders door te investeren in een nieuw budgethouders portaal (PGB 2.0-systeem)	Het actiepunt betreft administratieve lasten voor budgethouders en niet voor (zorg)professionals.
We verminderen de administratieve lasten voor cliënten met een complexe zorgvraag die uit meer domeinen zorg krijgen. Hiernaar doen wij onderzoek in het project OPAZ (ondersteuning passend zorgaanbod)	Het actiepunt wordt meegenomen in het onderzoek van OPAZ. Het huidige onderzoek baseert zich op de resultaten van het OPAZ onderzoek met betrekking tot dit actiepunt.
We verminderen de administratieve lasten bij de zorginkoop door het stimuleren van meerjarige contracten en het voorkomen van dubbele uitvragen	Het actiepunt wordt meegenomen in het onderzoek van de inkoopmonitor. Het huidige onderzoek baseert zich op de resultaten van de inkoopmonitor met betrekking tot dit actiepunt.
We schrappen regelgeving op het terrein van interne en externe verantwoording in de gehandicaptenzorg. Samen met de VGN, veldpartijen, zorgaanbieder JP van den Bent en aanbieders in de sector willen we een beweging tot stand brengen in de sector waardoor er meer ruimte en verantwoordelijkheid ontstaat op de werkvloer. Ook stimuleren we dat zorgaanbieders van elkaar kunnen leren. Dit wordt ook onderdeel van het programma gehandicaptenzorg	Het betreft een lopend experiment met een doorlooptijd van 5-jaar. Het actiepunt wordt meegenomen in een meerjarig wetenschappelijk onderzoek.
Wij investeren samen met veldpartijen in het permanent schrappen van overbodige regelgeving door het organiseren van schrapsessies in het land	De schrapsessies lopen gedurende deze meting. Een gecombineerde meting op de top 3 die voortkomt uit de schrapsessies vindt plaats tijdens meetmoment 2.

Bijlage VII

Medisch specialistische zorg: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken Medisch Specialistische Zorg (n=1.228)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	1%	13
25-35 jaar	18%	223
36-45 jaar	23%	278
46-55 jaar	30%	368
56-65 jaar	26%	321
Ouder dan 65 jaar	2%	25
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	3
1-5 jaar	6%	79
6-10 jaar	13%	162
11-15 jaar	15%	180
16-20 jaar	16%	196
Meer dan 20 jaar	50%	608
Functie	**%**	**n**
Verpleegkundige	34%	419
Medisch specialist	27%	327
Administratief medewerker	12%	148
Paramedicus in ziekenhuis	9%	106
Aio	7%	89
Kwaliteitsmedewerker	4%	48
Andere functie binnen medisch specialistische zorg	3%	35
Physician assistant	2%	21
Manager primair proces	2%	19
Zorgassistent	1%	12
Basisarts	0%	4
Type organisatie	**%**	**n**
Algemeen ziekenhuis	37%	457
Topklinisch ziekenhuis	31%	382
Universitair medisch centrum	20%	246
Zelfstandig behandelcentrum	6%	77
Overig	5%	66

Aantal uren werkzaam per week	%	n
1-16 uur	5%	61
17-24 uur	21%	263
25-32 uur	28%	341
33-40 uur	27%	329
41 uur of meer	19%	234
Gemiddeld aantal uren per week	**34**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Medisch specialisten	1	3
Verpleegkundig specialist	-	3
Ziekenhuisverpleegkundigen	1	3
Overige functies werkzaam in de medisch specialistische zorg	3	0
Totaal	**5**	**9**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

Professionals in de medisch specialistische zorg besteden een aanzienlijk deel van hun tijd aan administratieve werkzaamheden. Op dit moment is de sector druk bezig met verschillende initiatieven, gericht op het verminderen van de regeldruk. Het huidige actieplan (Ont)Regel de Zorg bouwt voort op deze eerdere initiatieven. Zo heeft de werkgroep 'Regeldruk Medisch specialistische zorg', bestaande uit brancheverenigingen, verzekeraars, VWS en andere betrokken partijen, in 2017 een actieplan opgesteld met gezamenlijke acties en afspraken om de ervaren regeldruk aan te pakken. Daarnaast is de ambitie om regeldruk en registratielast aantoonbaar te verminderen opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord MSZ 2019-2022.

Bijlage VIII

Farmacie: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken farmacie (n=195)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	1%	1
25-35 jaar	17%	33
36-45 jaar	35%	69
46-55 jaar	22%	42
56-65 jaar	23%	45
Ouder dan 65 jaar	3%	5
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	3%	5
1-5 jaar	5%	9
6-10 jaar	10%	19
11-15 jaar	18%	35
16-20 jaar	19%	37
Meer dan 20 jaar	46%	90
Functie	**%**	**n**
Apotheker	48%	94
Apothekersassistent	43%	84
Apotheekhoudende huisarts	3%	5
Apotheekmanager	3%	5
Andere functie binnen farmacie	2%	4
Administratief medewerker binnen farmacie	2%	3
Type organisatie	**%**	**n**
Zelfstandige apotheek	60%	117
Ketenapotheek	31%	61
Overig	6%	11
Apotheekhoudende huisarts	3%	6
Setting	**%**	**n**
Ik ben geen praktijkhouder binnen farmacie	58%	113
Ik ben praktijkhouder binnen farmacie	33%	65
Overig	9%	17

Aantal uren werkzaam per week	%	n
1-16 uur	3%	6
17-24 uur	24%	47
25-32 uur	30%	58
33-40 uur	28%	55
41 uur of meer	15%	29
Gemiddeld aantal uren per week	**32,7**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Apotheker	1	7
Administratief werker	-	1
Totaal	**1**	**8**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

In de farmacie hebben verschillende ontwikkelingen plaatsgevonden om regeldruk in de sector te meten en te verbeteren. In 2015 zijn de KNMP, LHV Apotheekhoudende afdeling, ASKA en de NVZA[12] gestart met een onderzoek naar regeldruk binnen de farmacie ('Minder regels, meer zorg'). Daarin hebben zij een knelpuntenanalyse uitgevoerd om de oorzaken van de ervaren regeldruk in kaart te brengen. Kort daarna is Zorgverzekeraars Nederland in samenwerking met zorgaanbieders de werkgroep 'Administratieve lasten farmacie' gestart om de administratieve lasten in de farmacie te verminderen, waarin de resultaten van het onderzoek 'Minder regels, meer zorg' zijn meegenomen voor het formuleren van maatregelen. Om de effecten van deze maatregelen op de ervaren regeldruk inzichtelijk te maken is in 2017 (eerste meting) en in maart 2018 (tweede meting) een merkbaarheidsscan uitgevoerd op 32 knelpunten. Uit de eerste meting in 2017 kwam naar voren dat de volgende knelpunten zorgen voor de hoogst ervaren regeldruk onder zorgprofessionals:

1 Extra werkzaamheden bij tekorten en niet leverbare geneesmiddelen
2 Beoordeling medische noodzaak
3 Procedure aanspraak patiënten bijlage 2-middelen
4 Onduidelijkheid over vergoeding en aanspraak hulpmiddelen
5 Meerdere uitvragen van gelijke kwaliteitsinformatie door verschillende partijen

Op basis van de tweede meting in 2018 werd nog geen substantiële afname van de ervaren regeldruk geconstateerd op bovenstaande knelpunten, met uitzondering van de kwaliteitsuitvragen door verschillende partijen. Hierop merkten professionals zowel een verlaging van de regeldruk als een verlaging in tijd die de zorgprofessional kwijt is aan bijbehorende administratieve werkzaamheden. Om die reden is besloten om een nadere actieagenda te formuleren. Het actieplan (Ont)Regel de Zorg bouwt daarmee voort op eerdere initiatieven om de regeldruk aan te pakken. Begin 2018 zijn apothekers bijeengekomen om de belangrijkste schrappunten vast te leggen en deze te koppelen aan een actieagenda. Deze vormden mede de basis van het actieplan.

[12] Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Associatie van Ketenapotheken (ASKA) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)

Bijlage IX

Paramedische zorg: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken paramedische zorg (n=219)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	1%	3
25-35 jaar	28%	62
36-45 jaar	23%	50
46-55 jaar	26%	57
56-65 jaar	20%	44
Ouder dan 65 jaar	1%	3
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	0
1-5 jaar	11%	23
6-10 jaar	17%	38
11-15 jaar	21%	46
16-20 jaar	10%	22
Meer dan 20 jaar	41%	90
Functie	**%**	**n**
Fysiotherapeut	84%	184
Administratief medewerker binnen paramedische zorg	16%	35
Setting	**%**	**n**
Ik ben geen praktijkhouder binnen paramedische zorg	56%	123
Ik ben praktijkhouder binnen paramedische zorg	39%	86
Overig	5%	10
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	8%	18
17-24 uur	18%	39
25-32 uur	26%	58
33-40 uur	26%	58
41 uur of meer	21%	46
Gemiddeld aantal uren per week	**33,9**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Fysiotherapeut	5	8
Totaal	**5**	**8**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

In de sector paramedische zorg zijn er al verschillende ontwikkelingen geweest met betrekking tot het meten en verminderen van de ervaren regeldruk. In het kader van het traject Vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg heeft de werkgroep 'Administratieve Lasten Paramedie' in 2016 17 knelpunten rondom regeldruk gedefinieerd. Van deze 17 zijn er 11 gericht op alle beroepsgroepen: van de 6 beroepsgroepspecifieke knelpunten zijn er 3 gericht op fysiotherapie.

Voor de in totaal 14 knelpunten gericht op fysiotherapie is in 2017 en in maart 2018 een effectmeting uitgevoerd door Q-consult om te onderzoeken in hoeverre de (deels) ingezette maatregelen hebben geleid tot een merkbare vermindering van de ervaren regeldruk. Op basis van de resultaten van de eerste meting werd destijds geconstateerd dat de volgende knelpunten zorgen voor een bovengemiddeld hoog ervaren regeldruk en tijdsbesteding:

1. **Gebrek inzicht polisvoorwaarden bij cliënt:** gebrek aan inzicht in dekking en geldende polisvoorwaarden (inclusief aanvullende pakketten).
2. **Informatieverstrekking zorgverzekeraar aan zorgaanbieder:** onduidelijkheid over polisvoorwaarden en aanspraken bij aanbieders.
3. **Klantervaringsonderzoeken:** verschillende toepassing van klantervaringsonderzoeken door zorgverzekeraars, waarbij sommige verzekeraars bijvoorbeeld minimale response rates vereisen met veel administratietijd voor de professional als gevolg.
4. **Centrale afspraken rondom ICT-ondersteuning:** gebrekkige gegevensuitwisseling tussen paramedici onderling en met de verwijzer (huisartsenzorg of medisch specialist).

Uit de vervolgmeting bleek destijds nog geen substantiële afname van de ervaren regeldruk voor bovenstaande knelpunten: respectievelijk 0,0, +0,2, -0,1 en -0,3. In dit onderzoek voor 2019 is de ervaren regeldruk voor deels vergelijkbare punten (niet een-op-een dezelfde) uitgevraagd. Omdat de bewoording van de te meten punten afwijkt, kunnen we de scores niet naast de metingen van 2016 en 2017 door Q-consult leggen.

Begin 2018 zijn fysiotherapeuten bijeengekomen om de belangrijkste schrappunten vast te leggen en deze te koppelen aan een actieagenda. Deze vormden mede de basis van het actieplan (Ont)Regel de Zorg. Ook noemenswaardig is hier dat in de Bestuurlijke afspraken paramedische zorg 2019-2022, die recent zijn gemaakt door VWS, de beroepsverenigingen in de paramedische zorg, Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie, nogmaals is onderstreept dat het belangrijk is om de regeldruk aan te pakken middels het actieplan (Ont) Regel de Zorg.

Bijlage X

Huisartsenzorg: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken huisartsenzorg (n=509)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	0%	1
25-35 jaar	10%	51
36-45 jaar	32%	161
46-55 jaar	28%	140
56-65 jaar	26%	131
Ouder dan 65 jaar	5%	25
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	0
1-5 jaar	3%	14
6-10 jaar	8%	43
11-15 jaar	21%	108
16-20 jaar	17%	85
Meer dan 20 jaar	51%	259
Functie	**%**	**n**
Huisarts	64%	325
Praktijkondersteuner Huisarts (POH)	14%	72
Doktersassistent	14%	69
AIOS binnen huisartsenpraktijk	3%	17
Verpleegkundige / verpleegkundig specialist binnen huisartsenzorg	2%	10
Praktijkmanager	2%	9
Administratief medewerker binnen huisartsenzorg	1%	6
Kwaliteit- en/of beleidsmedewerker binnen huisartsenzorg	0%	1
Type organisatie	**%**	**n**
Groepspraktijk (met drie of meer huisartsen)	42%	212
Solopraktijk (met één huisarts)	25%	127
Overig	10%	53
Duopraktijk (met twee huisartsen)	23%	17

Setting	%	n
Ik werk als zelfstandig gevestigde huisarts	51%	260
Overig	34%	175
Ik werk als huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA) of als vaste waarnemer	10%	49
Ik werk als wisselende waarnemer	5%	25
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	5%	24
17-24 uur	15%	74
25-32 uur	23%	116
33-40 uur	21%	105
41 uur of meer	37%	190
Gemiddeld aantal uren per week	**38,4**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Huisarts	4	8
Totaal	**4**	**8**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

Professionals in de huisartsenzorg zien tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden als belastend, omdat het ten koste gaat van de directe zorg voor patiënten. Als gevolg zijn er de afgelopen jaren verschillende initiatieven ontwikkeld om regeldruk tegen te gaan. In 2015 zijn huisartsen gestart met het initiatief Het Roer Gaat Om om knelpunten op het gebied van bureaucratie en administratieve lasten weg te nemen. Er zijn concrete afspraken gemaakt om de regeldruk te verminderen, waarvan een groot deel is gerealiseerd, zoals bijvoorbeeld het schrappen van formulieren bij recepten voor speciale voeding en dieetpreparaten en het voorschrijven van verbandmiddelen bij langdurige wondzorg.

Naast het initiatief Het Roer Gaat Om vormt het aanpakken van de regeldruk ook een belangrijk onderdeel van het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022. Daarin zijn afspraken gemaakt tot het terugdringen van overbodige regeldruk, bijvoorbeeld om de reeds ingezette weg voort te zetten en uitvoering te geven aan het geaccordeerde programmaplan (Ont)Regel de Zorg. Het akkoord is ondertekend door de LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, ZN en het ministerie van VWS.

Partijen hebben afgesproken dat daar waar de registratie als niet zinvol en zelfs als last wordt ervaren, deze moet verdwijnen. Begin 2018 zijn huisartsen bijeengekomen om de belangrijkste schrappunten vast te leggen en deze te koppelen aan een actieagenda. Deze vormden mede de basis van het actieplan (Ont)Regel de Zorg.

Bijlage XI

Curatieve ggz: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken curatieve ggz (n=448)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	0%	2
25-35 jaar	12%	52
36-45 jaar	22%	99
46-55 jaar	28%	124
56-65 jaar	34%	153
Ouder dan 65 jaar	4%	18
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	0
1-5 jaar	3%	14
6-10 jaar	8%	37
11-15 jaar	18%	79
16-20 jaar	15%	68
Meer dan 20 jaar	56%	250
Functie	**%**	**n**
GZ-psycholoog	21%	94
Psychotherapeut	14%	62
Verpleegkundige binnen curatieve ggz	13%	60
Klinisch psycholoog	12%	52
Psychiater	10%	44
Andere functie binnen curatieve ggz	6%	29
Administratief medewerker binnen curatieve ggz	6%	28
Verpleegkundig specialist binnen curatieve ggz	4%	18
Basispsycholoog	4%	16
Sociaal pedagogisch, agogisch en/of maatschappelijk werker	4%	16
Begeleider binnen curatieve ggz	3%	12
Kwaliteitsmedewerker binnen curatieve ggz	2%	11
Manager primair proces binnen curatieve ggz	1%	3
Verzorgende binnen curatieve ggz	1%	3
Type zorgaanbieder	**%**	**n**
Ggz-zorginstelling	57%	256
Vrijgevestigd	40%	181
Overig	2%	9
Ziekenhuis	0%	2

Echelon	%	n
Beide	46%	205
Specialistische ggz	38%	169
Basis ggz	17%	74
Setting	**%**	**n**
Ik werk ambulant of poliklinisch	65%	293
Ik werk in een kliniek	15%	67
Overig	11%	50
Beide	8%	38
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	3%	15
17-24 uur	16%	71
25-32 uur	43%	193
33-40 uur	33%	149
41 uur of meer	4%	20
Gemiddeld aantal uren per week	**31,6**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Psychiater	1	2
GZ-psycholoog	1	2
Klinisch psycholoog	-	2
Psychotherapeut	1	1
Basispsycholoog	-	1
Verpleegkundige werkzaam in de curatieve ggz	-	2
Overige functies werkzaam in de curatieve ggz	2	1
Totaal	**5**	**11**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

De afgelopen jaren zijn verscheidene initiatieven ontstaan, waarin zorgprofessionals en zorgaanbieders zelf actie ondernemen om de regeldruk in de curatieve ggz aan te pakken. Zo is in juli 2016 de gecombineerde werkgroep 'Correct declareren en vermindering administratieve lasten in de curatieve ggz' gestart. Zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS werken hierin samen om te komen tot een verlichting van regeldruk. Daarnaast zijn er verschillende campagnes en actiedagen georganiseerd, zoals de 'Minder regelgekte, meer zorg'-campagne in 2017 van ggz Nederland. Uit een eerdere merkbaarheidsscan in 2017 bleek dat professionals in instellingen het meeste last hadden van de volgende knelpunten:

1 Materiële controle
2 (Extra) kwaliteitsuitvragen door zorgverzekeraars
3 Monitoren van budgetplafonds

Vrijgevestigde professionals ondervonden de volgende knelpunten als meest belastend:

1 Contracten lezen en beoordelen
2 Contracten afsluiten
3 Monitoren van budgetplafonds

De verschillende initiatieven hebben geleid tot meerdere actiepunten, die een basis hebben gevormd voor het actieplan (Ont)Regel de Zorg voor de curatieve ggz. In het Bestuurlijk Akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022 committeren partijen zich aan de uitvoering van de in het actieplan afgesproken acties.

Bijlage XII

Wijkverpleging: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken wijkverpleging (n=343)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	3%	12
25-35 jaar	16%	54
36-45 jaar	21%	71
46-55 jaar	29%	101
56-65 jaar	29%	98
Ouder dan 65 jaar	2%	7
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	1%	2
1-5 jaar	9%	31
6-10 jaar	12%	41
11-15 jaar	16%	56
16-20 jaar	15%	53
Meer dan 20 jaar	47%	160
Functie	**%**	**n**
Verzorgende binnen wijkverpleging	48%	165
Wijkverpleegkundige (HBO-opgeleid)	20%	69
Verpleegkundige (MBO-opgeleid) binnen wijkverpleging	20%	67
Verpleegkundig specialist binnen wijkverpleging	3%	11
Administratief medewerker binnen wijkverpleging	3%	10
Andere functie binnen wijkverpleging	3%	10
Manager primair proces binnen wijkverpleging	2%	6
Begeleider binnen wijkverpleging	1%	2
Kwaliteit en/of beleidsmedewerker binnen wijkverpleging	1%	2
Helpende binnen wijkverpleging	0%	1
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	18%	63
17-24 uur	37%	126
25-32 uur	34%	118
33-40 uur	9%	32
41 uur of meer	1%	4
Gemiddeld aantal uren per week	**24,5**	

Aantal groepsgesprekken en interviews	Groepsgesprek	Interviews
Wijkverpleegkundige	6	6
Verpleegkundig specialist werkzaam in de wijkverpleging	-	1
Verzorgende werkzaam in de wijkverpleging	1	-
Case manager dementie	-	1
Totaal	**7**	**8**

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

In de sector wijkverpleging zijn er al verschillende ontwikkelingen geweest met betrekking tot verminderen van de ervaren regeldruk. Zo heeft in 2016 de Werkgroep Administratieve Lasten Wijkverpleging, bestaande uit een vertegenwoordiging van de sector, een viertal knelpunten gesignaleerd en hiervoor mogelijke oplossingsrichtingen geformuleerd. De knelpunten hebben betrekking op:

1. **Inkoopproces:** Bij het inkoopproces kunnen per zorgverzekeraar het portaal, de opgevraagde (kwaliteits) informatie en de bijbehorende deadlines verschillen. Zo kan een zorgaanbieder gegevens en informatie aanleveren via VECOZO, het eigen portaal van de zorgverzekeraar of via de post.
2. **Kwaliteitscriteria zorgverzekeraars:** Zorgverzekeraars gebruiken verschillende kwaliteitscriteria en/of verantwoordingseisen (zoals klanttevredenheidsonderzoeken).
3. **Zorgplan is realisatie:** Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit en accountants geven op verschillende manieren invulling aan 'Zorgplan is realisatie'.
4. **Registratielast:** Teams wijkverpleging moeten bij elke cliënt standaardzaken registreren, die niet voor elke cliënt relevant zijn.

Daarnaast vond op 20 november 2017 de actiedag 'Meer zorg minder papier' plaats binnen de wijkverpleging. Teams binnen de wijkverpleging meldden op die dag wat zij overbodige en nutteloze administratie vinden.

Sinds 1 mei 2018 is het Kwaliteitskader Wijkverpleging van kracht. Hierin wordt eveneens aandacht besteed aan de administratieve lasten voor de professional. Het kwaliteitskader geeft duidelijkheid over hoe goede wijkverpleging eruit moet zien en bevat duidelijke afspraken over verdieping, doelmatigheid, kwaliteit en regeldruk. Door partijen in de wijkverpleging wordt gewerkt aan de doorontwikkeling van de wijze van uitvraag van het cliëntmeetinstrument en kwaliteitsinformatie uit het kwaliteitskader. Dit gaat leiden tot een eenduidige set van kwaliteitsindicatoren voor de sector waardoor de huidige verschillende kwaliteitsindicatoren van zorgaanbieders en zorgverzekeraars verdwijnen c.q. daarin op gaan. Ook heeft het als doel de administratieve lasten te verlagen.

Ook zijn en worden er diverse schrapsessies wijkverpleging georganiseerd vanuit het programma '(Ont)regel de langdurige zorg'. Het programma waaraan Vilans in opdracht van het ministerie van VWS en sociale partners werkt aan minder regeldruk en meer tijd voor zorg. In de sessies wordt verkend waar regels vandaan komen, hoe nieuwe (onnodige) regels voorkomen kunnen worden en hoe processen verbeterd kunnen worden. Tot slot hebben het ministerie van VWS en partijen in de wijkverpleging in juni 2018 voor de jaren 2019-2022 in een Hoofdlijnenakkoord afspraken vastgelegd over de toekomst van de wijkverpleging. In het akkoord zijn afspraken gemaakt over het terugdringen van regeldruk, waaronder het afschaffen van de vijfminutenregistratie, en het aanpakken van meer systematische, onderliggende oorzaken van het vraagstuk 'Regeldruk'.

Bijlage XIII

Verpleeghuizen: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken verpleeghuizen (n=641)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	2%	16
25-35 jaar	19%	121
36-45 jaar	17%	108
46-55 jaar	31%	201
56-65 jaar	28%	179
Ouder dan 65 jaar	2%	16
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	1%	4
1-5 jaar	9%	60
6-10 jaar	16%	100
11-15 jaar	16%	101
16-20 jaar	15%	93
Meer dan 20 jaar	44%	283
Functie	**%**	**n**
Verzorgende binnen verpleeghuis	51%	328
Verpleegkundige binnen verpleeghuis	13%	82
Behandelaar binnen verpleeghuis	9%	60
Administratief medewerker binnen verpleeghuis	9%	56
Begeleider binnen verpleeghuis	7%	42
Helpende binnen verpleeghuis	5%	34
Manager primair proces binnen verpleeghuis	2%	16
Andere functie binnen verpleeghuis	1%	9
Kwaliteits- en/of beleidsmedewerker binnen verpleeghuis	1%	7
Huishoudelijke hulp binnen verpleeghuis	1%	7
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	13%	83
17-24 uur	38%	241
25-32 uur	39%	250
33-40 uur	10%	66
41 uur of meer	0%	1
Gemiddeld aantal uren per week	**25,5**	

Aantal interviews	Interviews
Verpleegkundige werkzaam in verpleeghuis	1
Verzorgende werkzaam in verpleeghuis	4
Behandelaar werkzaam in verpleeghuis	3
Begeleider werkzaam in verpleeghuis	1
Totaal	**9**

Binnen de verpleeghuiszorg heeft geen groepsgesprek plaatsgevonden. Er is aangesloten op lopende onderzoeken, en er heeft een aanvullende bijeenkomst plaatsgevonden met de beroeps- en belangenverenigingen.

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

In de sector verpleeghuiszorg zijn er al verschillende ontwikkelingen geweest met betrekking tot het verminderen van de ervaren regeldruk. Zo is in de periode van juni 2011 tot december 2015 met het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) gewerkt aan het verminderen van de administratieve lasten en het verhogen van de kwaliteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van organisaties. Meerdere zorgaanbieders hebben dit experiment aangegrepen om de interne regeldruk zelfstandig terug te dringen.

Daarnaast heeft de kwaliteitsraad van het Zorginstituut in 2017 het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg beschrijft op welke zorg bewoners in een verpleeghuis mogen rekenen. Het bevat afspraken tussen zorgverzekeraars, cliënten en zorgverzekeraars over kwaliteitsverbetering en versterking van het lerend vermogen. Dit kwaliteitskader vormt tegelijkertijd een basis voor toezicht en verantwoording op kwaliteit.

Een andere ontwikkeling is het in 2018 door het ministerie van VWS gepresenteerde programma Thuis in het Verpleeghuis: Waardigheid en trots op elke locatie. Ook dit programma richt zich de komende jaren op een merkbare vermindering van de regeldruk; het sluit daarmee aan bij het actieplan (Ont)Regel de Zorg. Daarnaast draagt het programma specifiek bij aan een inperking van aparte uitvragen van gegevens aan zorgorganisaties door het ontwikkelen van een gemeenschappelijke dataset en opruiming van de interne administratieve lasten door op locatie te helpen bij het terugdringen van onnodige overhead zoals interne protocollen en handboeken.

Bijlage XIV

Gehandicaptenzorg: onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken gehandicaptenzorg (n=533)		
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	3%	15
25-35 jaar	21%	112
36-45 jaar	20%	109
46-55 jaar	28%	149
56-65 jaar	26%	140
Ouder dan 65 jaar	2%	8
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	1
1-5 jaar	6%	34
6-10 jaar	16%	85
11-15 jaar	17%	90
16-20 jaar	18%	94
Meer dan 20 jaar	43%	229
Functie	**%**	**n**
Begeleider binnen gehandicaptenzorg	26%	137
Verzorgende binnen gehandicaptenzorg	20%	109
Agogisch medewerker	17%	91
Verpleegkundige binnen gehandicaptenzorg	15%	80
Administratief medewerker binnen gehandicaptenzorg	7%	39
Behandelaar binnen gehandicaptenzorg	6%	30
Andere functie binnen gehandicaptenzorg	3%	14
Manager primair proces binnen gehandicaptenzorg	2%	13
Kwaliteit- en/of beleidsmedewerker binnen gehandicapten-zorg	1%	7
Huishoudelijke hulp binnen gehandicaptenzorg	1%	7
Helpende binnen gehandicaptenzorg	1%	6
Zorgvorm	**%**	**n**
Lichamelijke en verstandelijk gehandicaptenzorg	58%	310
Verstandelijke gehandicaptenzorg	36%	192
Lichamelijke gehandicaptenzorg	3%	17
Zintuigelijke gehandicaptenzorg	3%	14

Aantal uren werkzaam per week	%	n
1-16 uur	9%	47
17-24 uur	31%	165
25-32 uur	45%	241
33-40 uur	15%	79
41 uur of meer	0%	1
Gemiddeld aantal uren per week	**26,7**	

Aantal interviews	Interviews
Verpleegkundige werkzaam in de gehandicaptenzorg	2
Verzorgende werkzaam in de gehandicaptenzorg	1
Agogisch medewerker	3
Overige functies werkzaam in de gehandicaptenzorg	1
Totaal	**7**

Binnen de gehandicaptenzorg heeft geen groepsgesprek plaatsgevonden. Voor de gehandicaptenzorg is aangesloten op lopende onderzoeken, en heeft een aanvullende bijeenkomst plaatsgevonden met de beroeps- en belangenverenigingen.

ii. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

In de sector gehandicaptenzorg zijn er al verschillende ontwikkelingen geweest met betrekking tot verminderen van de ervaren regeldruk. Zo is in 2011 het Experiment Regelarme Instellingen (ERAI) gestart. Meerdere zorgaanbieders hebben dit experiment aangegrepen om de interne regeldruk zelfstandig terug te dringen. Ook zijn resultaten van ERAI opgevolgd in landelijk beleid.

Daarnaast hebben relevante partijen uit de gehandicaptenzorg, verenigd in een landelijke stuurgroep, gewerkt aan een vernieuwing van het landelijk kwaliteitskader. In de kwaliteitsagenda 2017-2022 is opgenomen dat partijen streven naar beperking van de administratieve lastendruk. Dit komt tot uitdrukking in de overeengekomen beperking van de informatie-uitvraag bij gehandicaptenzorgaanbieders tot wat is vastgelegd in de jaarverantwoording Gehandicaptenzorg en in de samenwerkingsafspraken.

Een andere ontwikkeling is het in 2018 opgestelde beleidsprogramma Volwaardig leven. Het doel van dit programma is het toekomstbestendig maken van de gehandicaptenzorg en complexe zorg. Het programma heeft drie actielijnen, met daarbinnen tien projecten. Eén van die projecten richt zich op 'Meer tijd voor cliënten door minder administratieve lasten'. Hierin staan de actiepunten voor de gehandicaptenzorg uit het actieplan (Ont) Regel de Zorg.

Tot slot loopt op dit moment een experiment 'Anders verantwoorden' in de gehandicaptenzorg. Hierin gaan aanbieders aan de slag met een andere manier van integraal verantwoorden voor alle stakeholders.

Bijlage XV

Sociaal domein -onderzoekspopulatie en ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk

i. Onderzoeksaanpak sociaal domein

In dit onderzoek is de aanpak voor het sociaal domein afwijkend van de andere sectoren. Deze aanpak komt voort uit afspraken die met het ministerie van VWS zijn gemaakt, bijvoorbeeld over planning en onderzoekspopulatie.

De merkbaarheidsscan (Ont)Regel de Zorg onderzoekt in hoeverre de acties uit de maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg leiden tot merkbaar minder regeldruk onder professionals. Voor het sociaal domein is het een uitdaging om dit effect te meten gedurende de looptijd van het onderzoek, omdat de actiepunten voor deze sector gaan over wijzigingen in landelijke wetgeving. De verwachting is dat deze actiepunten pas na de looptijd van het onderzoek worden afgerond, waardoor effecten pas op de langere termijn gemeten kunnen worden. Daarom is samen met het ministerie van VWS besloten om alleen een meting uit te voeren in 2019 voor deze actiepunten en geen meting in 2020.

Naast de landelijke actiepunten, spelen er op regionaal/lokaal niveau specifieke uitdagingen rondom de regeldruk in het sociaal domein. Om beter inzicht te krijgen in de knelpunten achter deze regeldruk is met het ministerie van VWS afgesproken om in twee regio's de administratieve uitdagingen te identificeren. Gegeven de reeds geplande regionale 'Snappen, Schrappen en Kappen'-sessies, is besloten om bij twee regio's aan te sluiten. Met vertaling van de uitdagingen in deze regio's naar concrete actiepunten kan in 2020 vervolgens worden gemeten in hoeverre dit heeft geleid tot minder regeldruk onder professionals in de betreffende regio. De gedachte hierachter is om de regionaal geleerde lessen waar mogelijk op te schalen naar landelijk niveau.

Onderdeel van het actieplan (Ont)regel de zorg zijn de schrapsessie. Op 12 juni 2019 is aangeschoven bij een schrapsessie in de regio Alkmaar, die zich richtte op regeldruk in de jeugdhulp om op te halen welke regionale knelpunten worden ervaren. Op 11 juli 2019 is er aangesloten bij een schrapsessie in de regio Twente, met als focus de Wmo. Door aan beide tafels aan te schuiven is geprobeerd om een beeld te schetsen van de regeldruk in de omvangrijke sector zoals het sociaal domein zich kenmerkt. In beide schrapsessies zijn voor elke regio vijf knelpunten achter de regeldruk gedefinieerd, in Alkmaar op jeugdhulp en in Twente op Wmo. Vlak na de laatste schrapsessie is een enquête uitgezet onder professionals (n=83) die werkzaam zijn in deze regio's in het bijbehorende domein (jeugdhulp of Wmo). De enquête heeft zowel de actiepunten uit de maatwerkaanpak van het actieplan (Ont)Regel de Zorg gemeten, als de vijf regionale knelpunten. Om de resultaten van de enquête nader te duiden vonden in augustus enkele telefonische interviews (n=8 totaal) plaats in beide regio's.

Aandachtspunten van het onderzoek binnen het sociaal domein

Dit onderzoek schetst een beperkt representatief beeld van de regeldruk in het sociaal domein, omdat de enquêtes een lage respons hadden. Dit komt voort uit de suboptimale planning waarin het onderzoek plaatsvond, namelijk met korte tijdslijnen en in de zomerperiode. Daarnaast ontbreekt een representatieve onderzoekspopulatie, omdat niet alle typen functies hebben deelgenomen aan de enquêtes en interviews.

Daarnaast geven de twee regio's geen representatieve schets van het landelijke beeld rondom de regeldruk in deze domeinen. De mogelijkheid bestaat dat knelpunten die in deze regio's gedefinieerd zijn niet representatief zijn voor het bredere/landelijke veld en onvoldoende de kern van de uitdaging rondom regeldruk in het sociaal domein reflecteren. Ook ziet het onderzoek beperkte variatie in hoe verschillende gemeenten het sociaal domein inrichten. Vertaling van de onderzoeksresultaten naar regio's met gemeenten die andere inrichtingsvarianten hanteren is daardoor niet mogelijk.

ii. Regio Alkmaar
Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken sociaal domein (n=67)		Regio Alkmaar
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	0%	0
25-35 jaar	36%	24
36-45 jaar	27%	18
46-55 jaar	18%	12
56-65 jaar	19%	13
Ouder dan 65 jaar	0%	0
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	0
1-5 jaar	16%	11
6-10 jaar	10%	7
11-15 jaar	24%	16
16-20 jaar	10%	7
Meer dan 20 jaar	39%	26
Domein	**%**	**n**
Jeugd	100%	67
Wmo	0%	0
Beide	0%	0
Zorgvorm	**%**	**n**
Ambulante jeugdhulp	54%	36
Jeugdhulp met verblijf	25%	17
Jeugdbescherming	9%	6
Jeugd ggz	12%	8
Functie	**%**	**n**
Administratief medewerker	7%	5
Ambulant hulpverlener jeugdzorg	31%	21
Begeleider	3%	2
Begeleider pleegzorg	13%	9
Gezinsvoogd	3%	2
Gedragswetenschapper	12%	8
Jeugdbeschermer	6%	4
Pedagogisch medewerker jeugdzorg	4%	3
Psychiater	1%	1
Psycholoog	4%	3
Therapeut	6%	4
Andere functie binnen het sociaal domein	7%	5

Aantal uren werkzaam per week	%	n
1-16 uur	0%	0
17-24 uur	13%	9
25-32 uur	54%	36
33-40 uur	31%	21
41 uur of meer	1%	1
Gemiddeld aantal uren per week	**31,3**	
Ondersteuning of hulp bij administratieve werkzaamheden		
Ja	63%	42
Nee	37%	25
Zelf actief aan de slag met het terugdringen van administratieve lasten		
Ja	46%	31
Nee	54%	36

Aantal interviews	Interviews
Jeugdbeschermer	3
Ambulant jeugdhulpverlener	2
Administratief medewerker	1
Totaal	**6**

De regio Alkmaar kent verschillende gemeenten, waarvan enkelen binnen de jeugd op bepaalde gebieden een samenwerking met elkaar zijn aangegaan. De gemeenten Bergen, Uitgeest, Castricum en Heiloo werken ambtelijk samen in de BUCH. De gemeenten Heerhugowaard, Alkmaar en Langedijk, ook wel aangeduid als HAL, werken ook veel samen. De gemeenten hanteren een inspanningsgerichte uitvoeringsvariant.

iii. Regio Twente Onderzoekspopulatie

Enquête - Achtergrondkenmerken sociaal domein (n=16)		Regio Twente
Leeftijd	**%**	**n**
Jonger dan 25 jaar	0%	0
25-35 jaar	19%	3
36-45 jaar	19%	3
46-55 jaar	44%	7
56-65 jaar	19%	3
Ouder dan 65 jaar	0%	0
Aantal jaar werkervaring	**%**	**n**
Minder dan één jaar	0%	0
1-5 jaar	25%	4
6-10 jaar	13%	2
11-15 jaar	0%	0
16-20 jaar	6%	1
Meer dan 20 jaar	56%	9
Domein	**%**	**n**
Jeugd	0%	0
Wmo	63%	10
Beide	38%	6
Functie	**%**	**n**
Administratief medewerker	19%	3
Begeleider	44%	7
Maatschappelijk werker	6%	1
Sociaal werker	13%	2
Andere functie binnen het sociaal domein	19%	3
Aantal uren werkzaam per week	**%**	**n**
1-16 uur	6%	1
17-24 uur	44%	7
25-32 uur	31%	5
33-40 uur	19%	3
41 uur of meer	0%	0
Gemiddeld aantal uren per week	**26,2**	

Ondersteuning of hulp bij administratieve werkzaamheden		
Ja	38%	6
Nee	63%	10
Zelf actief aan de slag met het terugdringen van administratieve lasten		
Ja	75%	12
Nee	25%	4

Aantal interviews	Interviews
Zorgmanager	1
Zorgcoördinator	1
Begeleider	1
Totaal	**3**

In dit onderzoek omvat de regio Twente 14 gemeenten: Almelo, Borne, Dinkelland, Enschede, Haaksbergen, Hellendoorn, Hengelo, Hof van Twente, Losser, Oldenzaal, Rijssen-Holten, Tubbergen, Twenterand, Wierden. Deze gemeenten werken samen in 'Samen14' voor inkoop en contractering van jeugdhulp- en Wmo-voorzieningen.

Sinds 1 januari 2019 hanteren de Twentse gemeenten een nieuwe werkwijze voor de inkoop en contractering van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning. Het zogenaamde 'Twents model' streeft naar de outputgerichte uitvoeringsvariant, maar hanteert vooralsnog een inspanningsvariant. Twee gemeenten, namelijk Almelo en Hof van Twente, wijken op bepaalde onderdelen af binnen dit model.

Uit de interviews is gebleken dat de gemeenten onder 'Samen14' ongeveer 310 zorgaanbieders in de regio een aanbesteding hebben gegeven.

iv. Ontwikkelingen rondom het verminderen van regeldruk in de sector

In het sociaal domein zijn er verschillende ontwikkelingen geweest met betrekking tot het verminderen van de ervaren regeldruk.

Begin 2019 is in de Eerste Kamer het wetsvoorstel van minister De Jonge aangenomen om administratieve lasten voor de Wmo 2015 en de Jeugdwet te verminderen. Een aantal maatregelen is reeds genomen, zoals een vast abonnementstarief per maand per 1 januari 2020 voor de eigen bijdrage. Een andere ontwikkeling is het gebruik van gestandaardiseerde protocollen en de informatiestandaarden die zijn ontwikkeld in het programma i-Sociaal Domein. Dit is een programma waarin gemeenten en zorgaanbieders samenwerken om vermijdbare administratieve lasten in het sociaal domein structureel terug te dringen. i Sociaal Domein heeft een werkagenda opgesteld voor de korte termijn om vermijdbare administratieve lasten in het sociaal domein te verminderen. Deze werkagenda is als volgt:

1 Optimalisatie van de informatievoorziening tussen gemeenten en zorgaanbieders door middel van ondersteuning bij het expliciet maken van de afspraken die hiervoor nodig zijn.
2 Onderzoek naar en doorvoeren van aanpassingen op de standaarden zodanig dat het beoogde effect van de toepassing van de standaarden wordt vergroot.
3 Versnelling op standaardisering door afspraken die aanbieders en gemeenten maken structureel in kaart te brengen en daar waar er consensus bestaat, deze afspraken te standaardiseren.
4 Voorzien in kennis en handreikingen voor gemeenten en aanbieders.
5 Analyse van complexe problemen zodat inzage ontstaat in achtergronden, deelvragen, oplossingen en de positie van het Ketenbureau.

Het programma i-Sociaal Domein sluit daarmee ook aan bij het actieplan (Ont)Regel de Zorg.

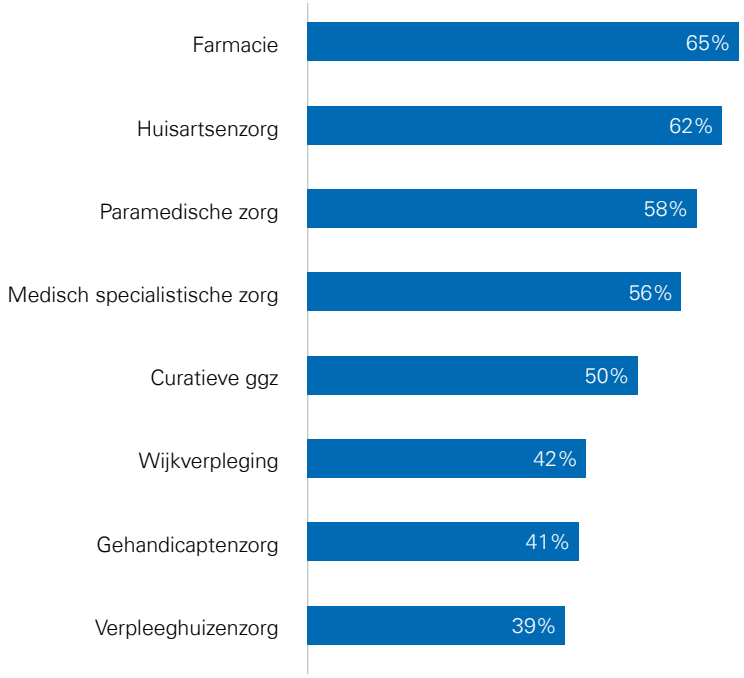
Bijlage XVI

Algemeen beeld in sectoren op administratieve ondersteuning, ervaren regeldruk met en zonder administratieve ondersteuning en inspanningen van professionals om regeldruk te verminderen

In deze bijlage ontbreekt het sociaal domein. Het sociaal domein biedt geen landelijk beeld, maar een regionaal beeld. De cijfers van 'administratieve ondersteuning' en 'inspanningen van professionals om regeldruk te verminderen' zijn terug te lezen in bijlage XIV.

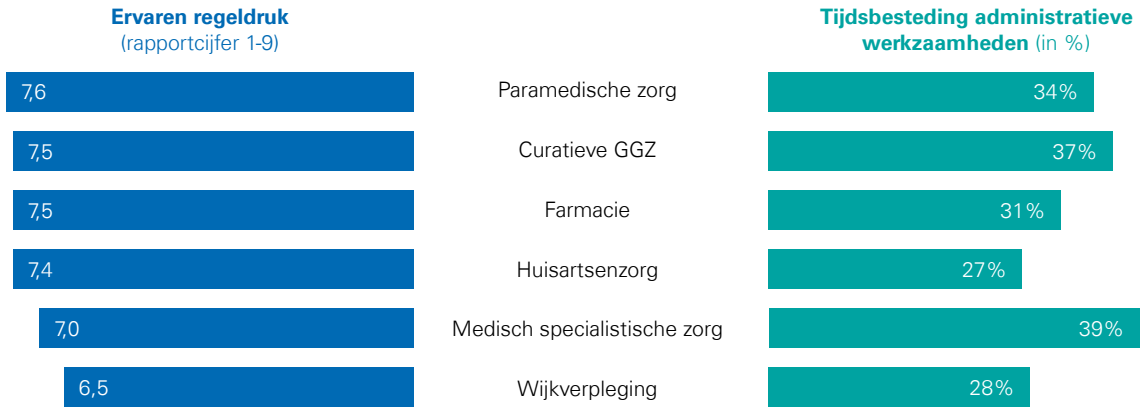
i. Administratieve ondersteuning

Ondersteuning bij de uitvoer van administratieve werkzaamheden

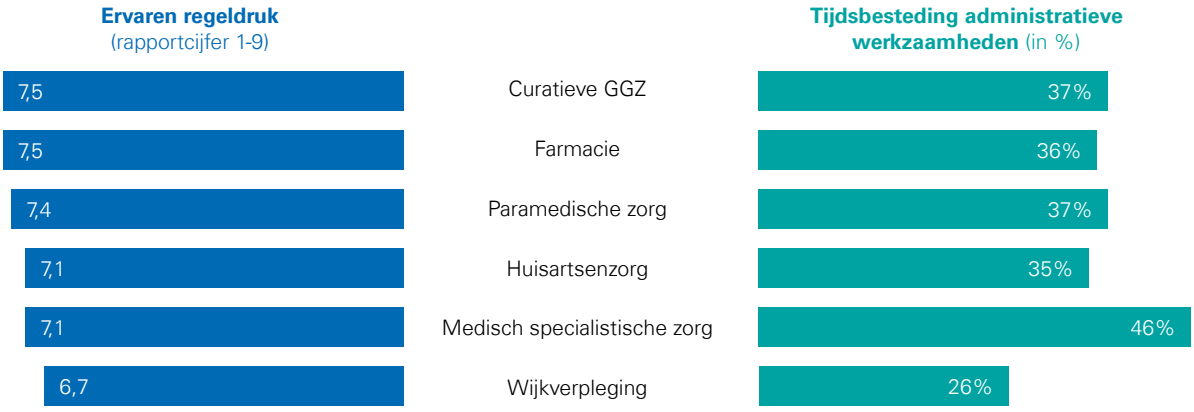


ii. Ervaren regeldruk versus tijdsbesteding per week - met en zonder administratieve ondersteuning

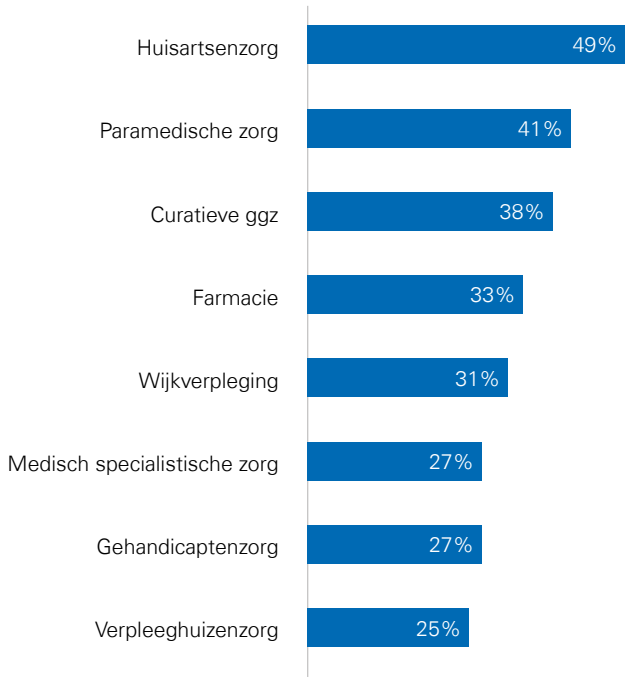
Ervaren regeldruk versus tijdsbesteding per week (%) – indien wel administratieve ondersteuning



Ervaren regeldruk versus tijdsbesteding per week (%) – indien wel administratieve ondersteuning



iii. Inspanningen van professionals om regeldruk te verminderen



Contactpersonen

Arjan Ogink
T +31 6 48 26 35 03
E Ogink.Arjan@kpmg.nl

Marijke Ploegman
T +31 6 46 74 86 97
E Ploegman.Marijke@kpmg.nl

Onderzoeksteam

KPMG
Marijke Ploegman
Marijke Bos
Violette van Dijk
Hylke Stelpstra
Arjan Ogink

Kantar Public
Sabine Hooijmans
Petra Kramer

kpmg.nl

Deze rapportage is uitsluitend bestemd voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De rapportage is niet bedoeld voor andere partijen en het gebruik van dit rapport door andere partijen is dan ook voor eigen risico. Eventuele verspreiding van de rapportage binnen de organisatie gebeurt onder regie en verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS als opdrachtgever namens de organisatie. KPMG aanvaardt geen aansprakelijkheid voor het gebruik van dit rapport anders dan waarvoor het is opgesteld en aanvaardt geen aansprakelijk-heid jegens andere partijen.

Kenmerk: 19.A1800015797

© 2019 KPMG Advisory N.V., ingeschreven bij het handelsregister in Nederland onder nummer 33263682, is lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Cooperative ('KPMG International'), een Zwitserse entiteit. Alle rechten voor-behouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken van KPMG International.