

Vergaderjaar 2019–2020

29 515

Aanpak regeldruk en administratieve lasten

Nr. 441

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR MEDISCHE ZORG EN DE STAATSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 oktober 2019

Op 23 mei 2018 lanceerden wij het programma (Ont)Regel de Zorg, met als doel het merkbaar verminderen van de regeldruk die zorgprofessionals en patiënten/cliënten ervaren. Een urgent en belangrijk vraagstuk, zeker in het licht van de krappe arbeidsmarkt in zorg en welzijn. Het afgelopen jaar hebben wij ons hier volop voor ingezet en in deze brief schetsen wij een eerste rapportage van de bereikte resultaten en de voortgang.¹ Alvorens daar nader op in te gaan, spreken wij graag onze dank uit aan alle zorgverleners en patiënten/cliënten die zich hiervoor inzetten. Zonder hen was dit programma er niet geweest en zonder hun inspanningen zou duurzame verandering buiten bereik blijven. Wij zijn zeer gemotiveerd om ook de komende jaren onze gezamenlijke strijd tegen dit veelkoppige monster voort te zetten en rekenen daarbij op het commitment van alle betrokken veldpartijen.

Kernboodschap: merkbaar minder regeldruk, het kan!

Het programma (Ont)Regel de Zorg loopt nu ruim een jaar en is volop in uitvoering. Het aanpakken van regeldruk is een taaie opgave, en hoewel in de afgelopen periode veel van de aangekondigde maatregelen uitgevoerd zijn, laat de merkbaarheid daarvan op de werkvloer nog te wensen over. Toch zijn we optimistisch, want in alle sectoren komen wij voorbeelden tegen die illustreren dat het wel kan: er zijn zorginstellingen die flink hebben gesnoeid in de eigen regels, er zijn zorgverleners die meer ruimte ervaren om het gesprek aan te gaan over waar zij dagelijks tegenaan lopen, en er zijn regels afgeschaft met een substantieel effect op de tijd die zorgverleners aan administratieve handelingen besteden. Het is nog niet voldoende en nog niet over de gehele linie zichtbaar, maar het begin is daar. Dat sterkt ons in de overtuiging dat we vol door moeten met de

¹ Aanvullende informatie vindt u op de website behorende bij het programma, www.ordz.nl

uitvoering van de gemaakte afspraken in het programma en er ook nog een tandje bovenop moeten doen.

«Wat we tegenkwamen in de top 5 van zaken die onnodig veel tijd kosten, wilden we zo snel mogelijk oplossen. En dat is ook gebeurd. Het bleek niet nodig om informatie over het gebruik van antistolling met de hand in te vullen. Of telefonisch aan de Trombosedienst door te geven dat mensen met ontslag gaan. Dat kon allemaal gedigitaliseerd worden. En waar ook op afdelingen naar gekeken is, zijn de vele besprekingen, die ook nog eens vaak uitlopen. Door een «vergadersanering» is ervoor gezorgd dat daar veel minder tijd aan verloren gaat. Verder hebben we dan nog het EPD: daar zitten altijd kleine irritaties in en die zijn voor een deel opgelost. We zijn nu bezig om afspraken te maken over verplichte velden: sommige daarvan willen we niet meer invullen. Niemand doet er iets mee en de patiënt wordt er niet beter van.»

Prof. Dr. Peter Siersema, hoogleraar Radboudumc

In deze eerste voortgangsbrief gaan wij in op de maatregelen die het afgelopen jaar zijn gerealiseerd, duiden we de monitoringsinformatie en geven we aan wat daarvan de betekenis is voor het continueren van de aanpak van regeldruk in de zorg. Ook informeren we u over hetgeen extra in gang is gezet om de komende jaren voortgang te blijven boeken. Tevens bevat deze brief de visie van het kabinet op vertrouwen in de zorg, onder andere aan de hand van het recent verschenen advies «Blijk van vertrouwen: anders verantwoord voor goede zorg» van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (zie bijlage 1)².

Wat is er gedaan?

Het programma (Ont)Regel de Zorg omvat 155 maatregelen en acties, verdeeld over tien sectorplannen. Deze lopen uiteen van hele specifieke en concrete acties – bijvoorbeeld het afschaffen van een formulier dat overbodig wordt geacht – tot bredere trajecten zoals Registratie aan de Bron, dat eenmalige en eenduidige vastlegging van zorginformatie voor meervoudig (her-)gebruik beoogt. Voor het grootste deel komen deze maatregelen en acties voort uit knelpunten die door zorgprofessionals en patiënten/cliënten zelf zijn aangedragen omdat zij juist van die zaken in hun dagelijkse praktijk het meeste last hadden. Aan die knelpunten liggen regels ten grondslag die bij verschillende partijen vandaan komen: niet alleen de (Rijks-)overheid, maar ook toezichthouders, verzekeraars, branche- en beroepsverenigingen en zorginstellingen zelf. De uitvoering van het programma (Ont)Regel de Zorg is dan ook een gezamenlijke inspanning. Samen met betrokken partijen is voor elk actiepunt bepaald bij welke organisatie het voortouw ligt om oplossingsrichtingen uit te werken.

«Bij de inschrijving van cliënten moesten we altijd een formulier van vier kantjes invullen met allerlei gegevens waar de zorgadministratie niets aan heeft. Nu doen we dat gewoon met één mailtje.»

Ymkje van der Meer, kwaliteitsadviseur ontregelteam Jellinek

Inmiddels zijn 60 maatregelen uitgevoerd, 66 maatregelen liggen op schema, en voor de resterende 29 maatregelen geldt dat voor de uitvoering meer tijd nodig is dan eerder voorzien. Wij zijn in gesprek met de trekkers van die maatregelen over de oorzaken van de vertraging en wat er nodig is om de maatregel alsnog te realiseren. Soms blijkt het oplossen van een knelpunt ingewikkelder te zijn dan ten tijde van de totstandkoming van het programma (Ont)Regel de Zorg was voorzien.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Dan heeft dat gesprek het karakter van het aanbieden van hulp en ondersteuning. Waar nodig spreken we partijen ook aan op hun verantwoordelijkheid voor het leveren van een aandeel in de oplossing van dit hardnekkige vraagstuk.

Het aantal van 60 uitgevoerde maatregelen zegt op zichzelf niet zo veel, het gaat om wat er concreet veranderd is op de werkvloer en de betekenis hiervan voor zorgverleners en patiënten/cliënten. Enkele van de meest aansprekende voorbeelden daarvan stippen wij hieronder kort aan. Op de website www.ordz.nl kunt u de volledige en actuele stand van zaken van alle acties per sector volgen.

Curatieve zorg

- In de **wijkverpleging** zijn afspraken gemaakt om de minutenregistratie definitief uit de praktijk te verbannen. Aanbieders die nog met de minutenregistratie werkten en geen gebruik maakten van een regelarme manier van registreren worden dit jaar geholpen om over te stappen op de alternatieve werkwijze «zorgplan=planning=realisatie, tenzij». Wijkverpleegkundigen hoeven de zorg die is geleverd conform het zorgplan dan niet meer apart te registreren. Het doel is dat per 1-1-2020 alle aanbieders hierop zijn overgestapt of een registratiewijze gebruiken die minimaal administratief belastend is voor wijkverpleegkundigen (bijvoorbeeld een geautomatiseerd systeem met een pasje). Uit recente gesprekken met organisaties die wijkverpleging bieden en een in september uitgevoerde enquête onder 139 aanbieders (van ZZP'ers tot de grootste aanbieders) blijkt dat de meeste organisaties inmiddels ofwel werkten met de alternatieve registratiestandaard óf bezig zijn met de overstap. De alternatieve registratiestandaard wordt nu gebruikt door 65% van de organisaties. Een deel van die organisaties is de methode nog wel aan het verfijnen: het gaat om een cultuur- en organisatieverandering die niet van de ene op de andere dag is ingevoerd. Verder blijkt dat 13% van de aanbieders nog dit jaar gaat overstappen van de minutenregistratie naar de alternatieve methode. 13% geeft aan met de minutenregistratie te blijven werken, maar het merendeel daarvan hanteert een geautomatiseerde tijdsregistratie. 9% van alle respondenten geeft aan niet over te stappen omdat ze een andere (minimaal administratief belastende) methode gebruiken om de geleverde zorg te verantwoorden. In de komende maanden gaat de Minister van VWS het gesprek aan met betrokken partijen om het goed gebruik van de alternatieve registratiestandaard verder te stimuleren. Met deze informatie doet de Minister van VWS de motie van de leden Geleijnse en Kerstens³, waarin zij verzoeken om de Tweede Kamer periodiek te informeren over het uitbannen van de minutenregistratie, gestand.

«De grootste winst tot nu toe is de afschaffing van de 5 minutenregistratie. Over elke 5 minuten verleende zorg moesten we registreren wat voor soort zorg we bij een cliënt verleend hadden. Veel administratie en voortdurend op de klok kijken, afronden en bijstellen. In het systeem «zorgplan = planning = realisatie, tenzij», worden alleen nog grote afwijkingen in de geplande tijd bijgesteld, en dat geeft meer rust tijdens het werk. Die 5 minutenregistratie was symbolisch geworden voor de regeldruk in de verpleegzorg.»

Pauline Arts-de Witt, wijkverpleegkundige

- Voor **huisartsen** is afgesproken de doktersverklaring voor het verantwoorden van vergoedingen uit het aanvullend pakket te schrappen. De huisarts hoeft niet meer te controleren of een verzekerde recht heeft op deze vergoedingen.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 950

- In de **farmacie** is voor een substantieel aantal geneesmiddelen het formulier geschrapt dat diende om te bevestigen dat aan de vergoedingsvoorwaarden voor dat geneesmiddel is voldaan. De arts die deze geneesmiddelen voorschrijft hoeft het formulier dus niet meer in te vullen en de apotheker die het middel verstrekt hoeft dat niet meer te controleren en bewaren.
- In de **medisch specialistische zorg** is het aantal proces- en structuurindicatoren dat jaarlijks moet worden aangeleverd bij het Zorginstituut in het kader van de Transparantiekalender met 25% verminderd. De informatie die samenhangt met geschrapte indicatoren hoeft niet meer te worden geregistreerd ten behoeve van aanlevering bij het Zorginstituut.
- In de **GGZ** is zorgaanbieder Arkin in samenwerking met Zilveren Kruis, de NZa en VWS per 1 januari 2019 gestart met een experiment op het gebied van waardegedreven zorg. Medewerkers richten zich nu op zinvolle inhoudelijke verslaglegging ten behoeve van de zorgverlening aan cliënten. Daarmee is de minutenregistratie komen te vervallen. De vertaling naar rechtmatige declaraties wordt administratief afgehandeld. De focus verschuift zo van registratie en verantwoording naar zinnige dossiervoering en behandeluitkomsten. Uit de eerste evaluatie blijkt het succes van dit experiment. Zo besparen zorgverleners hiermee naar eigen zeggen 51 minuten per dag, tijd die in plaats van aan administratie nu aan zorgverlening aan cliënten en afstemming met ketenpartners besteed wordt. Inzet op afstemming in de keten is in lijn met de adviezen van de Onderzoeksraad voor de veiligheid (Zorg voor veiligheid – Veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving, april 2019). Met dit experiment toont Arkin aan dat de nieuwe werkwijze leidt tot een substantieel lagere werkdruk, het ervaren van meer zinvol werk en fors lager verzuim. Daardoor blijven meer mensen in de ggz werken.

«We schrijven alleen nog maar over de behandeling zélf. Niet over alles wat er nog omheen gebeurt: zinnige en zuinige dossiervorming. Dat scheelt de behandelaren zo'n halfuur tot drie kwartier per dag.»

Ymkje van der Meer, kwaliteitsadviseur ontregelteam Jellinek

- Het aanvraagformulier voor sondevoeding is geschrapt, zodat (chronische) gebruikers van sondevoeding dit niet elk jaar opnieuw hoeven aan te vragen.

Langdurige zorg

- Door middel van **Schrapsessies in verpleeghuizen en gehandicaptenzorg** hebben zorginstellingen laten zien dat zij administratieve lasten kunnen terugdringen. Bijvoorbeeld op het terrein van managementrapportages, interne controles, HACCP (risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen) en niet meer verplichte handtekeningen bij wijzigingen in het zorgleefplan. Er zijn tot nu toe 14 schrapsessies voor de langdurige zorg geweest, waar 519 professionals van 58 verschillende zorgorganisaties aan hebben deelgenomen. In 2019 staan nog 12 sessies gepland en ook in 2020 loopt dit door. De kennisinfrastructuur van Vilans, met kennisproducten, hulpmiddelen, goede voorbeelden, ervaringsverhalen en tips, stimuleert organisaties bovendien om verder met regeldruk aan de slag te gaan. Vilans volgt de deelnemende organisaties ook na een schrapsessie.
- In de beweging **Radicale Vernieuwing** en het programma **Waardigheid en Trots** op locatie wordt gewerkt met het terugdringen van regelgeving. Ook dit heeft veel aansprekende voorbeelden opgeleverd.

- Het Zorginstituut en veldpartijen werken onder de naam **Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg** (KIK-V) aan betere registratie van kwaliteitsinformatie met tot doel vermindering van administratieve lasten doordat informatie beschikbaar en toegankelijk is.
- Via de regeling **InZicht** zijn proeftuinen gestart voor digitale gegevensuitwisseling in de langdurige zorg. De proeftuinen zijn bedoeld om gegevensuitwisseling te vereenvoudigen, te digitaliseren en te standaardiseren. Op deze manier kunnen we de registratielast verder terugbrengen. Op 3 september jl. is ook de subsidieregeling gepubliceerd.
- In het experiment **Anders Verantwoorden** werkt een aantal aanbieders aan het vereenvoudigen van de externe verantwoording. Daarbij wordt alleen interne sturingsinformatie gebruikt, in plaats van dat daar extra informatie voor nodig is.
- Het Zorginstituut heeft het aantal **kwaliteitsindicatoren** waar de verpleeghuiszorg over moet rapporteren teruggebracht van tien naar vijf. Ook krijgen zorgaanbieders meer vrijheid om de relevantie voor de eigen organisatie te bepalen.

Sociaal domein

In het sociaal domein (jeugdwet en Wmo 2015) worden op drie niveaus maatregelen genomen om de administratieve lasten en regeldruk te verminderen, namelijk: wijziging van wet- en regelgeving, standaardiseren en verbeteren van de informatie-uitwisseling tussen gemeenten en aanbieders en vermindering regeldruk van professionals.

- In de Wmo 2015 is een **abonnementstarief** ingevoerd. Door het hanteren van een vast tarief voor de maximale eigen bijdrage dalen de vermijdbare uitvoeringslasten bij gemeenten, aanbieders en het CAK.
- Er zijn drie uitvoeringsvarianten ontwikkeld voor de verantwoording van maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp. Bij twee van deze uitvoeringsvarianten (inspanningsgericht en outputgericht) worden gemeenten en aanbieders bij de inwerkingtreding van de Ministeriële Regeling over de vermindering uitvoeringslasten in de Wmo en de Jeugdwet **verplicht om gebruik te maken van de ontwikkelde i-standaarden (i-Wmo en i-Jw)**. Deze standaarden zijn recent verder aangescherpt; zo is een keuze gemaakt voor een verplichte termijn voor facturering per maand in plaats van 4 weken. Dit lijkt een klein verschil, maar het betekent een grote vermindering van de administratieve lasten in de backoffice van aanbieders en gemeenten.
- De derde uitvoeringsvariant (de **taakgerichte uitvoeringsvariant**), die in potentie de minste administratieve lasten oplevert maar nog beperkt wordt toegepast (vooral bij de financiering van de toegang), wordt in de komende periode verder doorontwikkeld en gepromoot bij gemeenten en instellingen.

Patiënten en cliënten

- Een grote frustratie voor mensen met een chronische aandoening is dat zij keer op keer terug moeten naar de arts om aan te tonen dat zij deze aandoening hebben. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij, in samenwerking met betrokken partijen, een lijst zullen opstellen van chronische aandoeningen waarvoor het afdoende is om **eenmalig de diagnose vast te leggen**. Voor deze groep verzekerden én voor de betrokken zorgverlener(s) willen zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2020 de vervelende extra gang naar de arts wegnemen en het zo makkelijker maken om de zorg aan te vragen die zij nodig hebben. De diagnose die nodig is om de zorg aan te vragen, dient vastgesteld te zijn door de behandelend arts. Alle zorgverzekeraars

zullen dezelfde lijst en voorwaarden hanteren voor deze chronische aandoeningen.

- Binnen het sociaal domein werken wij met de VNG aan alternatieven voor **kortdurende beschikkingen voor mensen met een chronische beperking**. In mijn brief «merkbaar beter thuis» van 20 juni jl. heeft de Minister van VWS u hier over geïnformeerd.⁴ Diverse gemeenten waaronder Maastricht voeren voor cliënten met een chronische beperking al geen herindicaties meer uit.
- We zijn tevens gestart met het volgen van individuele patiënten/ cliënten en hun mantelzorgers, om in kaart te brengen tegen welke procedures zij aanlopen en welke **machtigingen** ze nodig hebben bij het **aanvragen van hulpmiddelen**. We hebben een aantal mensen direct kunnen helpen, door in gesprek te gaan met betrokken partijen over een minder bureaucratische oplossing. Met diezelfde partijen zijn we in gesprek over structurele maatregelen om te voorkomen dat deze casuïstiek zich voor blijft doen.

«Om hulpmiddelen zoals een hoog-laagbed of een toiletstoel aan te vragen, hebben we sinds kort geen machtiging van de huisarts meer nodig. Hierdoor kunnen wij, als wijkverpleegkundigen, makkelijker hulpmiddelen aanvragen. Fijn dat dit actiepunt van (Ont)regel de zorg nu is weggestreept.»

Pauline Arts-de Witt, wijkverpleegkundige

Wat merken zorgverleners ervan?

In dit programma staan de zorgverlener en de patiënt/cliënt centraal en daarom zijn hun ervaringen het belangrijkste waar we het succes van de inspanningen in het kader van het programma aan afmeten. Zij moeten het verschil merken en zo lang dat onvoldoende het geval is, zijn we nog niet klaar. Dat verschil brengen we op een aantal manieren in kaart:

- Door bij te houden hoeveel van de afgesproken maatregelen zijn afgerond;
- Door te vertellen welke verhalen die maatregelen opleveren en welke goede voorbeelden en best practices we in het zonnetje kunnen zetten;
- Door te meten wat het daadwerkelijke effect van de individuele maatregelen op de werkvloer is
- Door te meten hoe zorgverleners in het algemeen vinden dat het gaat met de regeldruk.

De afgelopen zomer is de eerste monitoringsinformatie beschikbaar gekomen. Het gaat dan om:

- De merkbaarheidsscans die KPMG in de verschillende sectoren uitvoert (zie bijlage 2)⁵;
- De Benchmark Care van Berenschot;
- De Nationale Ontregelmonitor die de Vereniging voor Arts en Auto heeft uitgezet⁶.

Merkbaarheidsscans

KPMG brengt voor de verschillende sectoren waar het programma (Ont)Regel de Zorg betrekking op heeft de ervaren effecten van de maatregelen in kaart. Op verschillende momenten worden metingen gedaan om zo een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de tijdsbesteding van zorgverleners aan de administratieve taken waar de maatregelen betrekking op hebben, en hun duiding daarvan in de vorm van een

⁴ Kamerstuk 34 104, nr. 231

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁶ Resultaten beschikbaar op www.vvaa.nl/ontregelmonitor

rapportcijfer. De eerste meting, waar zo'n 4.500 zorgverleners aan hebben deelgenomen, is afgerond. Dit is voor het merendeel van de maatregelen een eerste meting (0-meting); de 1-meting vindt in het voorjaar van 2020 plaats. Voor maatregelen die ten tijde van deze eerste meting al waren afgerond is een gecombineerde 0- en 1-meting gedaan om nu al inzicht te krijgen in de effecten.

De uitkomsten van deze eerste meting laten zien dat de ervaren regeldruk varieert van 6,6 (wijkverpleging) tot 7,5 (curatieve GGZ) en dat de ingeschatte tijdsbesteding aan administratieve werkzaamheden uiteen loopt van 27% (wijkverpleging) tot 42% (medisch specialistische zorg). In algemene zin geven zorgverleners aan dat administratieve taken bij het dagelijks werk horen, zolang duidelijke is wat de logica erachter is en welke waarde ze toevoegen aan het primaire proces. Er is dan ook een relatief hoge mate van acceptatie zichtbaar van tijd die aan administratieve werkzaamheden wordt besteed (variërend per sector van 15 tot 27%).

De meting laat nog geen drastische afname van de ervaren regeldruk over de gehele linie zien. De beste resultaten zien we daar waar de geformuleerde acties concreet zijn en direct voortkomen uit knelpunten die door zorgprofessionals zelf zijn aangekaart, bijvoorbeeld in de wijkverpleging bij het schrappen van de verplichte handtekening van de cliënt bij elke wijziging van het zorgplan en van de verplichte halfjaarlijkse evaluatie van zorg.

Benchmark Care

Berenschot heeft net als eerdere jaren in hun «Benchmark Care» onderzoek gedaan naar de administratieve belasting in de langdurige zorg.⁷ Positief is dat de ervaren administratieve last is gedaald. 82% ervaart de administratieve taken als belastend. In 2018 was dit 90%. Ook de acceptabele administratieve lasten zijn gestegen, deze zijn nu 23% ten opzichte van 17% vorig jaar. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de administratieve handelingen die respondenten moeten verrichten meer als ondersteunend aan hun werk worden ervaren. Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat zorgverleners in 2019 gemiddeld 35% van hun werkbare tijd aan administratieve taken besteden. Dit is een stijging ten opzichte van 2016 en 2017 (beide jaren 25%) en 2018 (31%). Dit percentage moet echt omlaag.

De oorzaken die respondenten noemen voor (de stijging van) administratieve tijdsbesteding herkennen we. Het gaat dan bijvoorbeeld over gebruiksvriendelijkheid van elektronische cliëntdossiers, urenregistratie en verplichte evaluaties. Ook een ontwikkeling als het in toenemende mate werken met zelfsturende teams speelt hierin mee; daardoor zijn taken zoals roostering verplaatst van teamleiders naar medewerkers zelf. Bij deze laatste ontwikkeling zien we de keuzes van organisaties zelf in de manier van organiseren terug in de cijfers. Hierbij hoeft een stijging van de administratieve taken dus niet altijd slecht te zijn. We zien namelijk ook organisaties waar de werktevredenheid juist door het werken in zelfsturende teams is gestegen, ook al betekent dit een toename (of verschuiving) van administratieve taken op de werkvloer.

Het onderzoek van Berenschot laat ook zien dat er een behoorlijk verschil zit tussen aanbieders. Bij de best scorende aanbieders zit de tijd die medewerkers aangeven kwijt te zijn aan administratie rond de 27%. De uitdaging zit hem er in om alle aanbieders op het niveau te krijgen van de best scorende instellingen en om voor de best scorende instellingen nieuw perspectief te bieden op het extra terugdringen van de administra-

⁷ <https://www.berenschot.nl/actueel/2019/september/administratieve-belasting/>

tieve verplichtingen. Gelukkig zien we bij individuele zorgaanbieders al veel goede voorbeelden.

«Binnen mijn eigen organisatie hebben we in ieder geval geprobeerd het werk zo in te richten dat dit tot minder administratie leidt. Op basis van gesprekken met de zorgprofessionals hebben we bijvoorbeeld gekozen voor een gebruiksvriendelijk ECD, dat veel cliëntgericht is opgezet en administratieve last beperkt. Dat is ook mijn advies aan andere organisaties: ga in gesprek met je medewerkers en bouw van onderaf een nieuw systeem op. Natuurlijk zijn er noodzakelijke regels en moeten verschillende zaken vastgelegd worden. Maar het kan heus een stuk minder dan wat we ons zelf nu aandoen.»

Trudy Prins, bestuurder Rijnhoven

Ook bij de schrapessies, radicale vernieuwing en waardigheid en trots op locatie zien we dat het aanbieders lukt om zelf veel te doen aan het terugdringen van de administratieve lasten. Deze resultaten zien we helaas nog niet goed terug in de metingen, maar de komende jaren zullen deze wel zichtbaar worden. Het onderzoek van Berenschot laat zien dat 22% van de respondenten aangeeft dat hun werkgever het afgelopen jaar actief bezig is geweest met het verlagen van de administratieve werklast. De uitdaging is om met de sector er voor te zorgen dat dit 100% wordt.

Nationale Ontregelmonitor

De VVAA heeft deze zomer voor de tweede keer een meting gedaan onder zorgverleners in curatieve beroepsgroepen. Op basis van de antwoorden van zo'n 10.000 respondenten van deze Nationale Ontregelmonitor concludeert de VVAA dat de toename van regeldruk in de zorg afvlakt, maar er nog geen substantiële vermindering is. Het percentage respondenten dat aangeeft dat de regeldruk het afgelopen half jaar is afgenomen, is bij deze meting 4%. Een half jaar geleden was dat 3%. 82% van de ondervraagden geeft aan last te hebben van regeldruk op het werk, ten opzichte van 87% een half jaar geleden. Het vertrouwen in daadwerkelijke verandering en de mate waarin zorgverleners tevreden zijn over de voortgang zijn beiden laag. Bovendien wijst het onderzoek uit dat hoe meer tijd men kwijt zegt te zijn aan onnodige regels, hoe vaker men last heeft van burnout-klachten. Per beroepsgroep verschilt het beeld enigszins, zo hebben fysiotherapeuten het afgelopen half jaar een lichte afname van de regeldruk gemerkt en apothekers juist een toename. Over het geheel genomen sluit het beeld aan bij de andere onderzoeken: men merkt nog te weinig van de inspanningen om de regeldruk terug te dringen. Positief is dat de bekendheid met de beweging (Ont)Regel de Zorg onder de respondenten ruim 80% is, en 47% aangeeft dat het onderwerp in hun organisatie of beroepsgroep op de agenda staat.

Duiding uitkomst onderzoeken

Samenvattend laat de monitoring een dubbel beeld zien. Enerzijds is de tijdsbesteding aan administratieve taken nog niet substantieel afgenomen, zo blijkt uit alle onderzoeken, en in sommige sectoren en voor sommige handelingen zelfs toegenomen. Anderzijds is een daling zichtbaar in het aantal medewerkers dat dit als belastend ervaart (voor de care) of een relatief hoge mate van acceptatie van administratieve werkzaamheden (bijvoorbeeld 27% voor de medisch specialistische zorg). De bekendheid met de aanpak wisselt ook: onder de respondenten van de Nationale Ontregelmonitor is deze hoog, maar onder de respondenten van de merkbaarheidsscans beduidend lager. In de spreiding van de resultaten wordt zichtbaar dat er grote lokale verschillen zijn: er zijn instellingen waar de regeldruk het afgelopen jaar flink is teruggelopen, er zijn goede voorbeelden van lokale initiatieven, er zijn verschillen tussen

beroepsgroepen in de mate waarin men effect merkt, en er zijn voorbeelden van succesvolle maatregelen. Het kan dus wel, maar er is nog volop werk aan de winkel; het is voor de komende periode zaak om het effect te verbreden en te verdiepen, door vol door te gaan met de aanpak en er waar nodig zelfs een schepje bovenop te doen. Dat merkbare effect voor alle zorgverleners en patiënten/cliënten blijft immers de doelstelling. Daarvoor is nodig dat de bekendheid met het programma (Ont)Regel de Zorg en de getroffen maatregelen verder wordt vergroot, dat de inzet zich nog meer dan al het geval was gaat richten op datgene waar zorgverleners en patiënten/cliënten concreet tegenaan lopen, dat we gericht extra inzetten in sectoren waar dat nodig is en dat zorginstellingen zelf ook actiever aan de slag gaan met de aanpak van hun eigen regels. De afgelopen periode zijn reeds acties opgestart om deze verbreding en verdieping te realiseren. KPMG spreekt de verwachting uit dat bij de volgende meting meer verbetering zichtbaar is. Die verwachting delen wij op basis van de ingezette acties, maar dat gaat niet vanzelf en zal van alle betrokken partijen inzet vragen.

Wat is er extra in gang gezet?

Het programma (Ont)Regel de Zorg zoals we dat vorig jaar lanceerden was primair gericht op het oplossen van knelpunten op landelijk niveau. Dat is noodzakelijk, maar niet voldoende: zorgverleners ervaren immers ook regeldruk als gevolg van interne procedures en verplichtingen in de instelling waar zij werken en rapportages aan hun bestuurders of leidinggevenden. De komende tijd blijven we vol doorgaan met de uitvoering van de afgesproken maatregelen op landelijk niveau. Daarbij beperken we ons niet tot de punten die er al liggen en de sectoren en thema's die al in beeld waren: ook **nieuwe knelpunten** die opkomen adresseren we en nemen we mee in de aanpak, en we breiden die uit naar sectoren die eerder niet in beeld waren voor dit programma. Zo hebben er inmiddels schrapessies plaatsgevonden die betrekking hebben op het PGB (om de administratieve lasten voor budgethouders bij het aanvragen en beheren van hun PGB te verminderen), heeft de Denktank Mantelzorg een schrapagenda voor de mantelzorg aan de Minister van VWS aangeboden, is er op initiatief van de KNMT een schrapagenda voor de mondzorg tot stand gekomen en is er een sessie geweest specifiek gericht op de rol van accountants in de zorg. Ook zijn in de paramedie schrapessies gestart met diëtisten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, logopedisten en oefentherapeuten, in aanvulling op de sessies die eerder met fysiotherapeuten hebben plaatsgevonden. In dit kader gaan wij ook graag in op de motie van de leden Ellemeet en Dijkstra⁸, die de regering verzoekt om in gesprek te gaan met de ggz en de medisch specialisten over verbetermogelijkheden van de aanpak regeldruk. Wij bespreken continu de voortgang van het programma met alle belanghebbende partijen, zo ook voor de (curatieve) ggz en de medisch specialistische zorg. Waar nieuwe knelpunten opkomen die nog geen onderdeel van de aanpak waren, pakken we die ook in dit verband op. Een voorbeeld hiervan is de «vermindering van administratieve lasten bij formele rechtmatigheidscontroles» uit het Bestuurlijk Akkoord ggz 2019 t/m 2022. GGZ Nederland heeft aangegeven dat uit een enquête onder hun leden (zowel onder zorgprofessionals als onder controllers) blijkt dat vermindering van regeldruk noodzakelijk is op dit punt. Dit wordt nu opgepakt. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie. Voor reeds afgeronde punten waar de monitoring geen merkbare verbetering laat zien, zoals de maatregelen rondom de regeling meerzorg, gaan we met de sector in gesprek om te kijken wat de oorzaken hiervan zijn en of er aanvullende maatregelen nodig zijn: is het simpelweg een

⁸ Kamerstuk 29 515, nr. 428

kwestie van tijd, is er meer aandacht voor communicatie of implementatie nodig, of sluit de geformuleerde actie bij nader inzien onvoldoende aan bij de praktijk van de zorgverlener.

«Iedereen kan meedenken. Als je nu ergens ontevreden over bent, ga naar de website van ordz.nl en kaart het aan. Daar is het programma voor.»

Pieter Flaton, praktijkhouder in de fysiotherapie

Naast deze verbreding van de scope van het programma zal op iedere zorgwerkvloer in het land het goede gesprek gevoerd moeten worden over welke regels daar gelden en of die echt nuttig en nodig zijn. En zorgprofessionals moeten de ruimte ervaren om dat gesprek aan te gaan en daarbij gebruik kunnen maken van hulpmiddelen en ondersteuning. Het stemt ons positief dat deze **lokale beweging** al bottom-up tot stand komt: zo hebben diverse ziekenhuizen waaronder het Spaarne Gasthuis en het UMC Utrecht interne projectleiders aangesteld om het ziekenhuis te ontregelen en zijn er in het kader van de beweging Radicale Vernieuwing verschillende verpleeghuizen die onder de noemer «van regels naar relaties» op een andere manier zijn gaan werken. Die lokale beweging komt echter niet overal vanzelf op gang. Dat is ook niet verwonderlijk: zorgverleners hebben veel aan hun hoofd en hebben niet altijd de gelegenheid om naast hun dagelijks werk met de interne regeldruk aan de slag te gaan. Vaak is ook niet helder waar regels precies vandaan komen of wie ze aan zou kunnen passen.

«Om te weten wat bij alle betrokken partijen – artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, apothekers – de grootste irritaties zijn, ben ik het net op gaan halen. Wat ik terugkreeg was bijvoorbeeld de verlenging van uitvoeringsverzoeken en het tekenen van machtigingen voor poliklinische zorg in de thuissituatie. Elke drie maanden weer tekenen voor vervanging van katheters. Zonde van onze tijd, die van de verpleegkundigen en van onze patiënten. Wat bleek? Je hoeft volgens de Wet BIG maar één keer per jaar of eenmalig te tekenen. En voor bijvoorbeeld wondverzorging, die aan de «buitenkant» gebeurt, helemaal niet. We kunnen dus schrappen en dat ga ik namens de Commissie (Ont)regel de zorg ook adviseren aan mijn collega-urologen in de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Urologie.»

Eelco Collette, uroloog in opleiding

Wij maken graag van deze gelegenheid gebruik om alle zorgverleners die hun tanden in dit taaie vraagstuk zetten een hart onder de riem te steken en onze volle medewerking toe te zeggen om hen te helpen lokale regels te schrappen of versimpelen. Om de lokale beweging te ondersteunen en verder te brengen hebben we de volgende aanvullende activiteiten in gang gezet:

- Rita Verdonk is als speciaal adviseur aan de slag gegaan om de regeldruk bij professionals in de Wmo en jeugdhulp aan te pakken. Zij organiseert sessies met werkgevers, professionals, gemeenten, toezichthouders en andere betrokkenen om in beeld te brengen welke onnodige regels er zijn en wat er moet gebeuren om deze af te schaffen. Zo vond op 12 juni jl. de eerste landelijke schrapdag jeugdzorg plaats, waarbij zo'n 400 professionals uit vrijwel alle 42 jeugdregio's op 29 locaties tegelijk vermijdbare regels hebben geïnventariseerd en geprioriteerd. Dat leverde een duidelijke top-6 van ergernissen op:
 - o Tijdschrijven o Beschikkingen
 - o De verantwoordingsprocessen binnen aanbieders
 - o De rol van controlerende instanties (accountants, IGJ en SKJ)
 - o De wijze waarop toegang tot jeugdzorg geregeld is

- o De verschillen tussen gemeenten in dezelfde regio, bijvoorbeeld op het gebied van productcodes en formats voor aanvraagformulieren.

Met deze punten zijn partijen nu aan de slag. Op 4 september vond de tweede landelijke schrapdag plaats, waar de jeugdzorgprofessionals hun ideeën hebben gepresenteerd aan bestuurders van zorgaanbieders en gemeenten. De bestuurders zijn nu aan zet om concrete oplossingen te bedenken voor tijdschrijven en de andere hierboven genoemde punten. Daarnaast zijn zij aan de slag met lokale en interne knelpunten die zijn aangegeven door de professionals. In februari staat de derde landelijke schrapdag gepland, waar de bestuurders presenteren welke concrete oplossingen ze voor de ervaren knelpunten zien.

- Gerlach Cerfontaine is per 1 september 2019 aangesteld door VWS, de NVZ en de NFU als speciaal adviseur regeldruk in de medisch specialistische zorg. Zijn opdracht is het stimuleren van de ontregelbeweging in de ziekenhuizen en ZBC's om zo de lokale regeldruk te verminderen.
- De (Ont)Regelbus rijdt sinds kort door het land en bezoekt het komende jaar zo'n 30 zorginstellingen om op lokaal niveau te helpen meer ruimte in de regels te creëren.
- Voor de curatieve zorg is in november 2018 de regiegroep (Ont)Regel de Zorg opgericht, waarin bestuurders uit verschillende sectoren bij elkaar komen. Zij fungeren als ambassadeurs van de ontregelbeweging in hun eigen sector en jagen deze aan.
- In bestuurlijk overleg met de partijen die betrokken zijn bij de aanpak van regeldruk in de langdurige zorg is afgesproken alles in het werk te stellen om de ingezette acties te versnellen en te versterken. Naar aanleiding van het onderzoek van Berenschot gaan we gezamenlijk datgene doen wat nodig is om alle aanbieders van langdurige zorg naar het niveau van de nu best presterende instellingen te trekken. Dat krijgt onder meer vorm door de organisatie van een landelijke dag begin 2020 waar voor de gehele sector concreet inzichtelijk wordt gemaakt wat de mogelijkheden zijn voor het terugdringen van administratieve lasten en hoe zij hierbij ondersteund kunnen worden. Tevens wordt op deze dag perspectief geboden (bijvoorbeeld door het eerst in experimentele setting en later ook structureel niet meer hoeven voldoen aan bepaalde regelgeving) aan de aanbieders die het nu al goed doen, zodat iedere aanbieder meters kan maken met de aanpak.

De inzet op de lokale beweging richt zich op alle zorgaanbieders, van klein tot groot. Hiermee geven wij verder invulling aan de motie van het lid Bergkamp over rekening houden met kleine instellingen⁹. Naast de activiteiten in het kader van de lokale beweging zetten we extra in op het zo regelluw mogelijk inrichten van onze **eigen wet- en regelgeving**. Zo heeft bijvoorbeeld een schrap sessie plaatsgevonden met als doel het versimpelen van de verantwoording in het kader van de subsidieregeling SectorplanPlus, waar zorgorganisaties een beroep op kunnen doen voor de cofinanciering van opleidingstrajecten.

Tot slot intensiveren we de inzet op **communicatie** om zorgverleners nog beter te informeren over het programma (Ont)Regel de Zorg en over hetgeen zij niet meer hoeven te doen. Zo starten we met een nieuwsbrief gekoppeld aan de website www.ordz.nl zodat zorgverleners en andere geïnteresseerden gemakkelijk op de hoogte kunnen blijven, en zoeken we de samenwerking met branche- en beroepsverenigingen om zorgverleners in verschillende beroepsgroepen zo goed mogelijk te bereiken.

⁹ Kamerstuk 29 515, nr. 393

Intermezzo – Vertrouwen in de zorg

Tijdens het Algemeen Overleg van 30 mei 2018 heeft de Minister voor MZS u een visie op vertrouwen in de zorg toegezegd. Tijdens dat debat wisselden we met uw Kamer van gedachten over de noodzaak om de in de zorg dominante cultuur van gecontroleerd wantrouwen om te zetten in een cultuur van vertrouwen in de professional. Het is geen toeval dat we juist in het debat over regeldruk over die kwestie spraken, en dat wij de beloofde visie schetsen in de voortgangsrapportage bij het programma (Ont)Regel de Zorg. De opeenstapeling aan regels kan immers gezien worden als een vorm van gestold wantrouwen. En omgekeerd: waar meer vertrouwen is, zijn minder regels nodig. Vertrouwen in de zorg is een breed thema waar veel over te schrijven valt en velen hebben dat ook gedaan; wij kiezen voor onze visie de invalshoek van het vertrouwen dat instituties (zorginstellingen, toezichthouders, verzekeraars) al dan niet stellen in de zorgverlener en maken dat graag zo praktisch mogelijk, indachtig de geest van (Ont)Regel de Zorg en de gedachtewisseling die we tijdens het genoemde AO met uw Kamer hadden. Een aantal recent verschenen publicaties is ons bij deze invalshoek behulpzaam.

Zo heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in mei van dit jaar het rapport «Blijk van vertrouwen – Anders verantwoord van goede zorg» gepresenteerd¹⁰. In dit advies geeft de RVS aan dat verantwoord in de zorg fundamenteel anders moet. Het initiatief moet volgens de RVS liggen bij de zorgverleners die verantwoording afleggen en niet bij de partijen die verantwoording dragen, zodat verantwoording in het teken van verbetering van zorg komt te staan en kan bijdragen aan leren en verbeteren. Ook de publicatie «Samen anders kijken: over regeldruk en de zorg die je je eigen familie en naasten gunt» van de IGJ benadrukt het belang van een cultuur van leren en verbeteren. Registraties die worden bijgehouden en verantwoordingsinformatie die wordt verzameld en verstrekt zonder dat de onderliggende reden helder is of zonder dat duidelijk is wat de relatie ervan is tot het verbeteren van de zorg, dragen niet bij aan dat doel van leren en verbeteren en zijn zorgverleners een doorn in het oog. Maar dat betekent geenszins dat zorgverleners niet bereid zouden zijn om verantwoording af te leggen. Het gaat om de wijze waarop, en de mate waarin de zorgverlener daar achter staat omdat hij of zij daar zelf inspraak in heeft gehad of dit in goed overleg tot stand is gekomen. Verantwoording en vertrouwen gaan hand in hand daar waar zorgverleners in harmonie met de partijen die verantwoording vragen tot afspraken komen over welke informatie nodig is, hoe vaak en op welke manier deze wordt verstrekt en hoe deze wordt gebruikt. Vertrouwen is daarin als organiserend principe reeds ingebed. In door beroepsbeoefenaren geschreven en vastgestelde richtlijnen of veldnormen is uitgewerkt wat *goede zorg* (conform art. 2 Wet Kwaliteit Klachten en geschillen zorg) is. Bij goede zorg is het uitgangspunt dat het belang van de patiënt of cliënt voorop staat. Registraties zijn alleen zinvol als zij uiteindelijk waarde toevoegen voor de patiënt of cliënt. In de praktijk is deze koppeling echter soms zoek geraakt.

«Het zou makkelijker werken als we elkaar meer zouden vertrouwen. Waar we het hierbij eigenlijk over hebben, is dat we als apothekers gewoon ons werk kunnen doen.»

Aris Prins, apotheker

Wij delen de visie van de RVS en bij de presentatie van hun advies werd ons duidelijk dat deze brede steun geniet. Het komt er echter op aan deze

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Onder de vlag van het programma (Ont)Regel de Zorg lopen al enkele trajecten die als voorbeeld kunnen dienen voor hoe dat zou kunnen:

- Het experiment Zinnvolle Registratie (ZIRE), waarin in drie deelnemende ziekenhuizen een beperkte kernset van kwaliteitsindicatoren geregistreerd wordt, die daadwerkelijk gebruikt worden voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg en van toegevoegde waarde zijn voor patiënten;
- Het hierboven genoemde experiment Anders Verantwoorden in de gehandicaptenzorg;
- Het eveneens hierboven genoemde experiment bij Arkin op het gebied van de registratie van indirecte tijd;
- Het Adviesrapport van de Taskforce Gepast Gebruik ggz – een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik in de curatieve zorg, dat uitgaat van vastlegging in het primaire proces gericht op goede dossiervorming in plaats van dubbele registraties en verantwoording achteraf;
- De invoering van horizontaal toezicht in de ziekenhuizen en de GGZ, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars samenwerken om de rechtmatigheid van declaraties veilig te stellen door de processen op orde te brengen. Hierdoor zijn gegevensgerichte controles achteraf niet meer nodig.

De gemene deler in deze voorbeelden is het gezamenlijk in vertrouwen werken aan het verbeteren van registraties en processen in plaats van het focussen op het oplossen van «fouten» uit het verleden. Het gaat niet om blind vertrouwen, maar om verdiend vertrouwen dat gebaseerd is op een goede basis (vastgelegde administratieve organisatie, kwaliteitssysteem, richtlijnen, protocollen en interne controle) en gezamenlijke afspraken voorafgaand aan een proces of een contractjaar. Daarom is het hanteren van vertrouwen als uitgangspunt ook niet iets wat zomaar afgekondigd kan worden en morgen de nieuwe werkelijkheid is. Het vereist juist een investering aan de voorkant om met elkaar het goede gesprek te voeren over welke verantwoordingsinformatie eigenlijk nodig is en hoe die tot stand komt. En het vereist durf om de (schijn-)zekerheid van vinklijstjes los te laten. Dat is een cultuuromslag die niet van de ene op de andere dag is gerealiseerd.

«Ik denk wel dat er een omslag gaande is: meer kijken naar wat goed is voor patiënt en zorgverlener, meer vertrouwen in de zorgprofessional. En dan kan het echt een stuk efficiënter.»

Jacqueline Bekker-Bakker, verpleegkundige Noordwest Ziekenhuisgroep

De potentiële opbrengsten hiervan zijn het echter meer dan waard: meer tijd en aandacht voor de patiënt, een hogere arbeidsvreugde en een nieuwe vorm van verantwoording, waarbij de verantwoordelijkheden laag in de organisatie worden geborgd en de regeldruk merkbaar vermindert. Daarom gaan we in alle sectoren en met alle betrokken partijen het gesprek aan over hoe we de visie van de RVS en het onderliggende gedachtegoed van werken vanuit vertrouwen verder in de praktijk kunnen brengen. Daarbij is het zaak er voor te zorgen dat dit niet beperkt blijft tot losstaande experimenten, en dat opschaling van succesvolle experimenten geen vrijblijvendheid is.

Ten slotte

Ervaringen uit het verleden leren dat regeldruk een taai vraagstuk is en dat het aanpakken ervan een lange adem vergt. Het gaat over veel méér

dan een streep zetten door een regel, procedure of formulier. Het simpelweg afschaffen daarvan is niet voldoende, omdat ingesleten patronen en werkwijzen daarmee niet ineens verdwenen zijn. Het kennelijk ingebakken wantrouwen dat tot het ontstaan van die regels heeft geleid, is niet ineens opgelost. Toch hebben we, ruim een jaar na de lancering van het programma (Ont)Regel de Zorg, vertrouwen in de positieve effecten ervan. We zijn er nog lang niet en de merkbaarheid voor de zorgverlener en voor de patiënt/cliënt is nog onvoldoende, maar er is veel in gang gezet dat wel tot die effecten moet leiden. Dat doen we nadrukkelijk samen met zorgverleners en patiënten/cliënten, en met zorginstellingen, brancheverenigingen, koepelorganisaties, toezichthouders en andere betrokken partijen. Gezamenlijk hebben we de regelberg gebouwd en alleen gezamenlijk zal het ons lukken hem weer af te breken. Daar zetten wij ons ook persoonlijk voor in door bij elk werkbezoek en overal waar we komen de vraag te stellen waar men tegenaan loopt en uit te dragen dat het ontregelen ons menens is. De positieve energie waarmee in steeds meer zorginstellingen in het land aan dit thema gewerkt wordt en de goede voorbeelden die we tegenkomen, stemmen ons optimistisch. Het kan wel! Voor de komende periode komt het er op aan die energie vast te houden en voortgang te blijven boeken om zo echt merkbaar minder regeldruk te realiseren. De urgentie daarvan is onverminderd groot, gelet op de arbeidsmarkt in de zorg. In het voorjaar van 2020 informeren wij u weer over de voortgang.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis