



Consult Zorg



Onderzoek naar de impact van covid-19 op regeldruk in de zorg

“Welke versoepelingen en/of aanscherpingen ten aanzien van regeldruk hebben tijdens de coronacrisis plaatsgevonden en welke kansen en bedreigingen biedt dit voor de aanpak van regeldruk?”



Januari 2022

Samenvatting (1/3)

Inleiding

In maart 2020 ging Nederland op slot door covid-19. Alle organisaties, en daarmee ook alle zorgsectoren, moesten uitvoering geven aan coronamaatregelen, waaronder het houden van 1,5 meter afstand en zo veel mogelijk thuiswerken. Door de coronacrisis kwamen zowel versoepelingen als aanscherpingen in bestaande regels. Afspraken werden anders ingevuld, met als gezamenlijk doel om de continuïteit van zorg te waarborgen. Maar wat heeft dit gedaan met de ervaren regeldruk in de zorg? Het doel van dit onderzoek is om inzichtelijk te maken welke invloed covid-19 heeft gehad op de regeldruk en administratieve lasten in de zorg. De volgende hoofdvraag staat daarbij centraal:

Hoofdvraag: “Welke versoepelingen en/of aanscherpingen ten aanzien van regeldruk hebben er tijdens de coronacrisis plaatsgevonden en welke kansen en bedreigingen biedt dit voor de aanpak van regeldruk?”

Onderzoeksopzet en uitvoering

Om een antwoord te geven op de hoofdvraag is op drie verschillende manieren informatie geworven.

- 1) Het onderzoek is gestart met een documentenanalyse om zicht te krijgen op de door covid-19 versoepelde of aangescherpte regels.
- 2) Daaropvolgend zijn individuele gesprekken gevoerd met landelijke uitvoerings- en brancheorganisaties en beroepsverenigingen om een zo uitputtend mogelijke lijst op te stellen van de versoepelde en aangescherpte regels.
- 3) Tot slot zijn in groepssessies per sector deze versoepelde en aangescherpte regels voorgelegd aan zorgprofessionals van verschillende zorgaanbieders. Tijdens deze sessies hebben de zorgprofessionals de versoepelingen en aanscherpingen gezamenlijk uitgewerkt. De hoogst gescoorde versoepelingen en aanscherpingen

zijn bestempeld als meest kansrijke bevindingen van de betreffende sector.

De kansrijke bevindingen per sector zijn met de zorgprofessionals verder uitgewerkt op impact, succesfactoren, barrières en de haalbaarheid. In de praktijk is in de groepssessies gebleken dat het theoretisch onderscheid tussen regeldruk en werkdruk soms lastig te maken is. Om die reden zijn in de nevenbevindingen van dit onderzoek ook kansrijke bevindingen – ‘die te goed zijn om niet te vermelden’- om de werkdruk te verlagen uiteengezet. De resultaten in dit onderzoek richten zich hoofdzakelijk op de uitwerking van de kansrijke bevindingen op ervaren regeldruk.

Kansrijke bevindingen per sector

Het grote aantal unieke bevindingen zorgt er voor dat deze niet in de samenvatting uiteen kunnen worden gezet. Het overzicht in tabel 1 laat alle bevindingen per type en zorgsector zien en in hoeverre de verandering permanent is. Voor meer informatie kan worden geklikt op het plus icoontje in de corresponderende cel. Op die wijze kan snel inzicht in een specifieke bevinding worden opgedaan.

Samenvatting (2/3)

Conclusie

Naar aanleiding van dit onderzoek kan in algemene zin worden gesteld dat de coronacrisis de ervaren regeldruk in de zorg heeft verhoogd. Dit wordt veroorzaakt door een aantal ingezette versoepelingen die op korte termijn een verlagend effect hebben gehad, maar door hun tijdelijke aard gecombineerd met aanwezige barrières toch zorgen voor een verhoging van de regeldruk en administratieve lasten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de aangepaste Wlz-registratie binnen de verpleeghuiszorg, maar ook de versoepeling van de termijn van de wettelijk verplichte meldingen binnen de ggz. Deze barrières waren er veelal al vóór covid-19, maar zijn onder druk van de crisis merkbaarder geworden.

Volgens de onderzoekers zijn er wel degelijk versoepelingen ingezet die hebben geleid tot een lagere ervaren regeldruk. Het is echter de kunst om deze regelingen ook daadwerkelijk vast te houden naar de toekomst toe. Dit lijkt op dit moment binnen veel sectoren (nog) niet mogelijk.

Kansen voor het verlagen van de regeldruk

Op basis van dit onderzoek kan door het ministerie van VWS verder ingezet worden op verschillende lijnen om de regeldruk, met bevindingen vanuit de crisisperiode, te verlagen. Het advies van de onderzoekers, om te kunnen kantelen naar minder regeldruk, is om in te zetten op vier kansen die zichtbaar zijn geworden naar aanleiding van dit onderzoek:

- 1) Verder implementeren van digitalisering (inclusief informatie uitwisseling) binnen de zorg.
- 2) Leren en ontwikkelen op het gebied van digitalisering van de zorgprofessionals en zorgaanbieders om de cultuuromslag daadwerkelijk te kunnen maken.
- 3) Daar waar landelijke besluiten genomen worden over (spel)regels betrek ICT en (zorg)inhoud aan de voorkant en behoud zoveel mogelijk de ingezette versoepelingen.
- 4) Verhoog de druk om daar waar passende betaaltitels nog niet ontwikkeld zijn dit te realiseren.

Samenvatting (3/3)

Tabel 1. Overzicht kansrijke bevindingen per sector

Type	Zorgsector	GGZ	PZ	HZ	F	VZ	GHZ	MSZ	WV	SD	Permanente versoepeling/ verzwaring
	Bevinding										
Digitalisering	Digitaal werken en zorg op afstand	±	±	±	±	±	±	±	±	±	Ja
	Uitwisseling medische gegevens							±			Mogelijk
Kwaliteit en veiligheid	Termijn verplichte meldingen	±									Nee
	Paramedische herstellzorg		±								Nee
	Bezorging medicatie				±						Ja
	Ontheffing import geneesmiddelen				±						Mogelijk
	Vervolg- en herhaalrecepten				±						Mogelijk
Verantwoording en rechtmatigheid	Aanvraag Wlz-indicaties					±					Mogelijk
	Nieuw financiële regelingen en eisen							±			Mogelijk
	Evaluatietermijn zorgplan									±	Mogelijk
Samenwerking	Multidisciplinair samenwerken		±								Ja
	Onderling vertrouwen			±							Ja

Tabel 1 geeft een overzicht van alle bevindingen per type en zorgsector en laat zien en in hoeverre de verandering permanent is.

Voor meer informatie over de context, impact, factoren en haalbaarheid en aanbevelingen van de specifieke kansrijke bevindingen kan geklikt worden op het plus icoontje in de corresponderende cel. Hierdoor kunnen snel inzichten per bevinding worden opgedaan.

* Zie bijlage E voor gebruikte afkortingen

Inhoudsopgave

Samenvatting

Leeswijzer

1. Inleiding
2. Onderzoekopzet en uitvoering
3. Algemene bevindingen voor crisisinterventies
4. Kansrijke bevindingen per zorgsector
 - Bevindingen voor alle sectoren
 - Curatieve GGZ
 - Paramedische zorg
 - Huisartsenzorg
 - Farmacie
 - Verpleeghuiszorg
 - Gehandicaptenzorg
 - Medisch specialistische zorg
 - Wijkverpleging
 - Sociaal domein
5. Nevenbevindingen
6. Conclusie en discussie

Bijlagen

Leeswijzer

Deze rapportage start in het eerste hoofdstuk met een inleiding waarin de aanleiding, scope en onderzoeksvragen van het onderzoek zijn weergegeven. Het tweede hoofdstuk gaat in op de onderzoeksopzet met een gefaseerde uitvoering en het gebruikte analysekader. Het derde hoofdstuk gaat over de algemene bevindingen die zijn opgedaan over de crisisinterventies die specifiek zijn ingericht voor covid-19. In het vierde hoofdstuk worden de in het onderzoek opgehaalde kansrijke bevindingen per zorgsector weergegeven, waarmee antwoord wordt gegeven op de vraag welke versoepelingen en aanscherpingen er naar aanleiding van de coronacrisis zijn doorgevoerd per sector.

Dit rapport bevat een selectie van de meest kansrijke bevindingen per zorgsector met impact op ervaren regeldruk in de zorg. Een volledig overzicht met alle opgehaalde bevindingen per sector is beschikbaar gemaakt voor het programma [Ont]Regel de Zorg.

De kansrijke bevindingen in hoofdstuk vier zijn uitgewerkt op impact, haalbaarheid en factoren (succesfactoren en barrières die een rol spelen). Bij de haalbaarheid zijn randvoorwaarden meegenomen waaraan voldaan moet worden om de bevinding toekomstbestendig te kunnen inregelen. Hiermee wordt antwoord gegeven op de vraag in hoeverre de versoepelingen en aanscherpingen impact hebben gehad op de door zorgprofessionals ervaren regeldruk en welke factoren een rol hebben gespeeld in de versoepeling en de aanscherping van de bevindingen.

Daarnaast worden per bevinding een aantal aanbevelingen gedaan om de kansrijke ontwikkelingen tijdens de coronacrisis vast te houden voor de aanpak van ervaren regeldruk in de zorg op langere termijn. Deze aanbevelingen zijn gesplitst in 3 niveaus, te weten; (1) VWS en uitvoeringsorganisaties, (2) beroepsverenigingen en branchepartijen en

(3) zorgaanbieders. Het eerste niveau is daarbij gericht op aanbevelingen voor het ministerie van VWS, maar ook uitvoeringsorganisaties zoals de VNG, de NZa, het ZINL, de IGJ et cetera. Op het tweede niveau zijn aanbevelingen gericht op beroepsverenigingen en brancheorganisaties, zoals bijvoorbeeld ActiZ, de NvZ en KNGF. Het derde niveau betreft aanbevelingen gericht op zorgaanbieders. Er bestaat overlap tussen deze niveaus, bijvoorbeeld wanneer bij een aanbeveling zowel zorgaanbieders als een brancheorganisatie betrokken zou moeten zijn.

In hoofdstuk vijf worden enkele nevenbevindingen beschreven. Het gaat hier om bevindingen die naar voren zijn gekomen in de interviews en groepssessies, maar die buiten de scope van het onderzoek vallen. Het rapport sluit af met een zesde hoofdstuk met conclusies van het onderzoek en enkele algemene aanbevelingen voor het programma [Ont]Regel de Zorg die breder zijn dan de sectorspecifieke aanbevelingen.



Consult Zorg



1. Inleiding



Inleiding - aanleiding, scope en onderzoeksvraag

Aanleiding

Als gevolg van covid-19 hebben ontwikkelingen plaatsgevonden op het gebied van regeldruk in de zorg. Regelingen zijn getroffen voor zorgaanbieders rondom de (verantwoording over) meerkosten en continuïteitsbijdragen waar zorgaanbieders een beroep op kunnen doen. Ook heeft de coronacrisis geleid tot het al dan niet tijdelijk versoepelen van regels of het sneller en makkelijker mogelijk maken van nieuwe, regelarmere werkwijzen. Te denken valt aan de impuls die zorg op afstand heeft gekregen en de tijdelijke regeling voor de medische specialistische zorg om een eerste polikliniekbezoek, dat door covid-19 telefonisch of schriftelijk plaatsvindt, te registreren als een regulier eerste polikliniekbezoek. Ook op lokaal niveau zijn ontwikkelingen merkbaar rondom de gevolgen van covid-19 ten aanzien van regeldruk.

Scope

Het programma [Ont]Regel de Zorg is in 2018 van start gegaan om de ervaren regeldruk van zorgprofessionals merkbaar te verminderen. Zowel op landelijk als op lokaal niveau wordt samen met het zorgveld gewerkt om de administratieve lasten te verminderen. Het programma [Ont]Regel de Zorg beoogt met dit onderzoek inzicht te krijgen in de impact van covid-19 op de regeldruk in de zorg. De scope van het onderzoek sluit aan bij de scope van het actieplan* [Ont]Regel de Zorg, waarin de volgende zorgsectoren zijn opgenomen: curatieve GGZ, paramedische zorg, huisartsenzorg, farmacie, verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg, medisch specialistische zorg, wijkverpleging en het sociaal domein.

Onderzoeksvraag

Het doel van het onderzoek is om inzichtelijk te maken welke invloed covid-19 heeft gehad op de regeldruk in de zorg. De scope van het onderzoek is gericht op zowel landelijke als lokale versoepelingen en aanscherpingen van regels en protocollen die zijn doorgevoerd naar aanleiding van de coronacrisis. De hoofdvraag van het onderzoek luidt: "Welke versoepelingen en/of aanscherpingen ten aanzien van regeldruk hebben er tijdens de coronacrisis plaatsgevonden en welke kansen en bedreigingen biedt dit voor de aanpak van regeldruk?"

Ten behoeve van het beantwoorden van de onderzoeksvraag, zijn de volgende subvragen opgesteld:

- Welke versoepelingen en/of aanscherpingen zijn er naar aanleiding van de coronacrisis doorgevoerd in welke zorgsector?
- In hoeverre zijn deze versoepelingen en/of aanscherpingen naar aanleiding van de coronacrisis permanent?
- In hoeverre hebben versoepelingen en/of aanscherpingen een impact gehad op de door professionals ervaren regeldruk?
- Welke factoren hebben een rol gespeeld in het versoepelen dan wel aanscherpen van regels/protocollen tijdens de coronacrisis?

* Actieplan [Ont]Regel de Zorg

Inleiding - definiëren van ervaren regeldruk

Wanneer men denkt aan regeldruk wordt al snel gedacht aan administratieve lasten en registratie lasten. Echter in de praktijk blijkt dat de 'ervaren' regeldruk meerdere oorzaken kent, waaronder een subjectieve component die samenhangt met het binden, boeien en plezier van zorgprofessionals in hun werk. Daarnaast verschilt de ervaren regeldruk van persoon tot persoon.

Dit onderzoek maakt gebruik van een definitie van regeldruk die in eerdere onderzoeken is opgesteld*. Wanneer we spreken over ervaren regeldruk, gaat het om een combinatie van twee componenten, namelijk;

1. Regels en wetten waaraan zorgaanbieders en zorgprofessionals moeten voldoen, waarbij regeldruk zich uit in zogenaamde **nalevingskosten**. Deze zijn opgelegd door de Rijksoverheid en derden en bestaan uit inhoudelijke nalevingskosten, administratieve lasten en financiële kosten. De inhoudelijke nalevingskosten en administratieve lasten leiden gezamenlijk tot regeldruk. Hierop hebben de Rijksoverheid en derden invloed;
2. De **beleving** die zorgaanbieders en zorgprofessionals hebben bij de nalevingskosten en administratieve lasten. Deze aanvullende registratielast heeft een subjectieve component. Hierop heeft de Rijksoverheid geen invloed.

Ervaren regeldruk is dus de combinatie van de daadwerkelijke regels waar zorgaanbieders en professionals aan moeten voldoen (opgelegd door Rijksoverheid en derden) enerzijds en de beleving die zij hierbij hebben anderzijds. Onderdeel van deze beleving is ook regeldruk die zorgaanbieders zichzelf opleggen, bijvoorbeeld omdat zij het beeld hebben dat zij moeten voldoen aan regels die niet, of niet meer van toepassing zijn voor hen.

**Begrippen, feiten en cijfers over (ervaren) regeldruk in de zorg*



2. Onderzoeksopzet en uitvoering

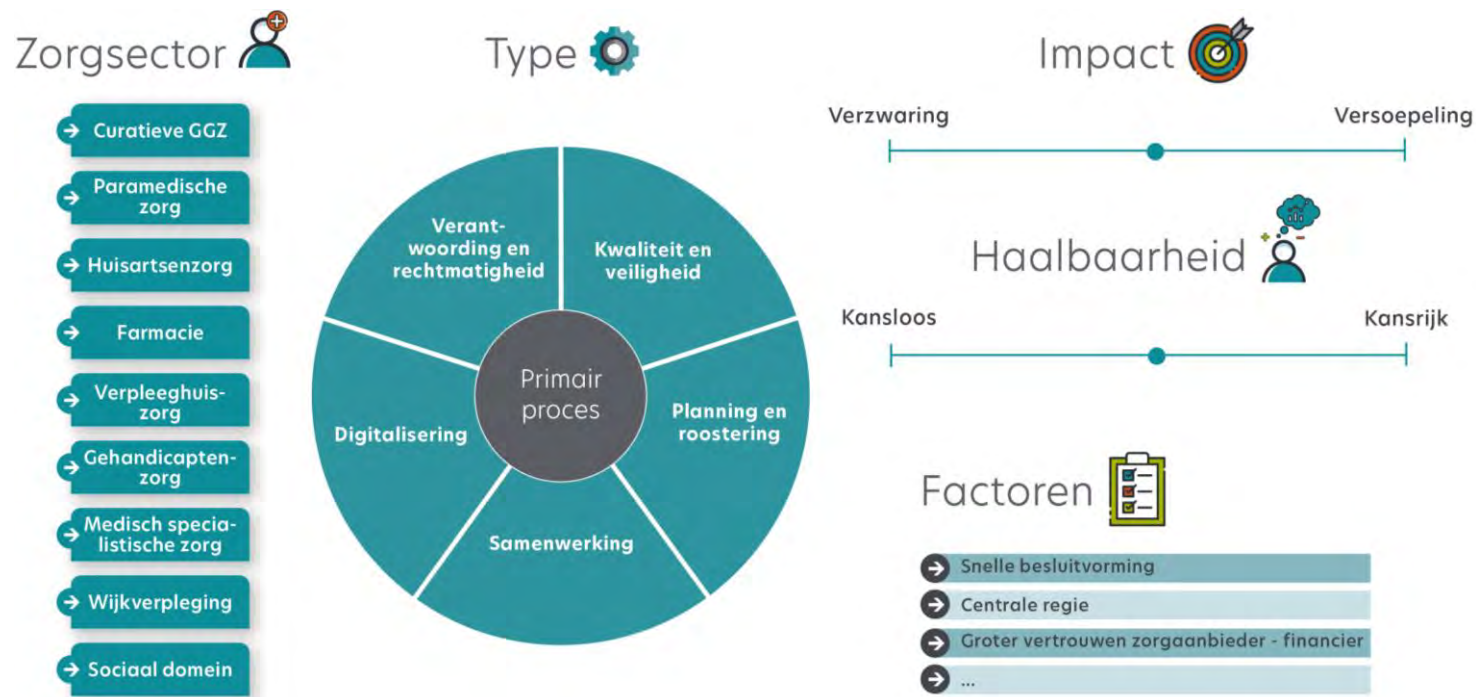


Onderzoeksozet - analysekader

Voor het eenduidig en overzichtelijk in kaart brengen van de uitkomsten van dit onderzoek² hanteren we een analysekader zoals weergegeven in [figuur 1](#). Dit analysekader is gebaseerd op de eerder door ons uitgevoerde onderzoeken naar regeldruk in verschillende sectoren, op afstemming met de opdrachtgever en op een kort vooronderzoek naar impact van covid-19 op regeldruk dat wij ten behoeve van de onderzoeksvraag uitvoerden.

In het analysekader staan de volgende onderdelen weergegeven:

- **Zorgsector:** De scope van het onderzoek volgt de scope van het actieplan [Ont]Regel de Zorg, waarin de volgende sectoren zijn opgenomen.
- **Type:** De thema's die voortkomen uit de voorbeelden in het onderzoek zijn in het analysekader weergegeven onder "type".
- **Impact en haalbaarheid:** Voor iedere bevinding is gekeken naar de impact op de ervaren regeldruk (versoepeling/verzwaring) en de haalbaarheid om de bevinding te kunnen borgen op de lange termijn.
- **Factoren:** Uit het vooronderzoek zijn al enkele factoren voortgekomen die een rol spelen bij het wel/niet succesvol doorvoeren van versoepelingen/verzwaringen. Deze input is in het analysekader opgenomen.



Figuur 1. Analysekader

² Van alle versoepelingen en aanscherpingen op landelijk en lokaal niveau in de verschillende zorgsectoren.

Onderzoekopzet - methodiek

Het onderzoek heeft vier fases doorlopen sinds de start begin juli 2021, zoals weergegeven in [figuur 2](#). Hieronder volgt een korte toelichting op fasering van de onderzoeksmethodiek.

Fase 1 - voorbereiding

De eerste fase van het onderzoek stond in het teken van voorbereiden en opstarten en het inrichten van de projectstructuur. Samen met de opdrachtgever zijn de landelijke partijen benaderd voor deelname, is een LinkedIn groep ingericht en is de literatuurlijst voor de documentenanalyse opgesteld. Deze literatuurlijst is lopende het onderzoek steeds aangevuld. Het totaaloverzicht is te vinden in bijlage D. De eerste fase is afgesloten met de uitvoering van de documentenanalyse. De analyse vormde de input voor fase 2.

Fase 2 - in kaart brengen versoepelingen en aanscherpingen op landelijk niveau

Op basis van de uitkomsten van fase 1 zijn vragen opgesteld voor de interviews. In de 20 interviews is met landelijke uitvoeringsorganisaties, brancheorganisaties en beroepsverenigingen besproken welke versoepelingen en aanscherpingen van de regeldruk zij hebben ervaren, gezien en toegepast tijdens de coronacrisis, bijvoorbeeld als gevolg van maatregelen die tijdens de coronacrisis getroffen zijn. In de interviews is met name gesproken met (senior) beleidsmedewerkers en directieleden van de landelijke partijen. De lijst met betrokken organisaties is te vinden in bijlage B en een overzicht van deelnemers aan de groepssessies in bijlage C. Van de opgehaalde punten uit zowel het literatuuronderzoek als de interviews is het analysekader ingevuld met alle versoepelingen en aanscherpingen die naar voren zijn gekomen uit de gesprekken en de documentenanalyse, ingedeeld naar de verschillende sectoren. Dit vormt de input voor fase 3.



Figuur 2. Fasering van de onderzoeksmethodiek

Onderzoekopzet - methodiek

Fase 3 – in kaart brengen versoepelingen en aanscherpingen op lokaal niveau

In fase 3 stonden de groepsessies centraal per sector. Tijdens de sessies is de definitie besproken van ervaren regeldruk en is door de onderzoekers continu gestuurd op het verkrijgen van input binnen deze definitie. Per sector is met zorgaanbieders en zorgprofessionals de lijst versoepelingen en aanscherpingen aangevuld. Vervolgens zijn de impact op de ervaren regeldruk, de toekomstbestendigheid en factoren die van invloed zijn besproken. Ten slotte is gevraagd een top drie aan te geven van de voor de aanwezigen belangrijkste punten, op basis van de combinatie tussen de impact op ervaren regeldruk en de toekomstbestendigheid. Voor de sectoren verpleeghuiszorg en wijkverpleging zijn de groepsessies samengevoegd, vanwege de grote overlap in dienstverlening en de zorgaanbieders c.q. zorgprofessionals die anders dubbele tijd kwijt waren. Om praktische redenen (planning van huisartsen) hebben voor de huisartsenzorg in plaats van een groepsessie 3 persoonlijke interviews plaatsgevonden. Output van deze fase is een aanvulling op en aanscherping van de versoepelingen en aanscherpingen die uit fase 2 naar voren zijn gekomen.

Fase 4 - rapportage

In de vierde fase zijn de bevindingen die voortkwamen uit de groepsessies uitgewerkt tot kansrijke bevindingen per sector. Hierin zijn de belangrijkste bevindingen per sector uitgewerkt. De weging voor 'belangrijkst' is gebaseerd op de door de in de groepsessie aanwezige zorgaanbieders aangegeven meest impactvolle en kansrijke bevindingen per sector. Bij de uitwerking van de kansrijke bevindingen zijn aanvullende individuele gesprekken gevoerd met deelnemers om zaken te toetsen en verder uit te vragen. Deze bevindingen geven een overzicht van de door de aanwezige zorgaanbieders en zorgprofessionals aangemerkte

bevindingen met de meeste impact op regeldruk en die het meest kansrijk zijn voor de toekomst, en is daarmee niet uitputtend. De ingerichte LinkedIn groep heeft geen concrete resultaten opgeleverd en is daarom niet meegenomen in de bevindingen.



3. Algemene bevindingen voor crisisinterventies



Bevindingen voor het verminderen van regeldruk bij toekomstige crisisinterventies

In de gesprekken met landelijke partijen en zorgaanbieders zijn verschillende crisisinterventies en taken benoemd die tot een forse, maar tijdelijke, verzwaring van regeldruk hebben geleid. Deze interventies zijn specifiek ingericht op covid-19 en bieden door het tijdelijke en specifieke karakter geen kansen voor de toekomstige (na de coronacrisis) aanpak van het terugdringen van regeldruk. Met die reden zijn deze bevindingen in dit eigen hoofdstuk opgenomen.

Deze bevindingen bieden concrete mogelijkheden om bij toekomstige crisisinterventies ervaren regeldruk te verminderen.

1. Breng al bij de inrichting van een financiële regeling in kaart welke verantwoordings-eisen hiermee zijn gepaard en wees duidelijk over de randvoorwaarden van de aanvraag. Op die manier kunnen zorgaanbieders de registratieprocessen hierop aanpassen.

- **Meerkostenregeling:** De verantwoording van de meerkostenregeling geeft een forse verzwaring van de regeldruk. De benoemde onderliggende redenen zijn de eisen aan de verantwoording en de onduidelijkheid over wat vergoed kan worden. Kleine zorgaanbieders zien af van de meerkostenregeling vanwege de regeldruk.
- **Continuïteitsbijdrage:** Dit gaf financiële zekerheid, maar ook meer regeldruk. Als aandachtspunt werd opgemerkt dat de berekening voor de bijdrage onduidelijk bleef. Hierdoor moest veel meer gebeld en gecommuniceerd worden.
- **Zorgbonus:** Ondanks alle goede bedoelingen zorgde de zorgbonus voor organisaties voor een verhoging van de ervaren regeldruk. De reden voor de toegenomen regeldruk was onduidelijke afbakening en gedetailleerde verantwoording.

2. Vergemakkelijk de vertaling van een maatregel naar de praktijk voor zorgaanbieders door centrale ondersteuning.

- **Vertalen van (corona)maatregelen naar de praktijk:** De coronacrisis vroeg om aanpassing van de huidige zorgprotocollen om te voldoen aan de coronamaatregelen. Zorgprofessionals moesten deze steeds veranderende regels vertalen naar de praktijk. Denk hierbij aan de 1,5 meter, hygiëne en lockdown maatregelen. Het helpt zorgaanbieders als bij de inrichting van de maatregel al wordt nagedacht over de praktische implementatie door de zorgaanbieder aan tafel te vragen, of door hier een centrale ondersteuning op in te zetten.

3. Voorkom extra belasting van zorgaanbieders door extra kritisch te zijn op welke onderzoeken echt nodig zijn en wat kan worden uitgesteld. Denk bij belangrijke onderzoeken na over compensatie voor tijd en kosten.

- **Onderzoeken:** Onderzoeken waarbij zorgprofessionals worden betrokken geven extra ervaren regeldruk en/of registratielast. Voorbeelden zijn het onderzoek naar aantal diabetes patiënten op de IC, maar ook dit onderzoek vraagt een extra belasting van zorgprofessionals.



Consult Zorg



4. Kansrijke bevindingen per zorgsector



Sector



Consult Zorg

Alle sectoren: Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Om de continuïteit van zorg te borgen is tijdens de coronacrisis de inzet van digitale middelen rondom het leveren van zorg in een stroomversnelling gekomen. In alle negen sectoren werd deze versnelling aangekaart als een **prominente ontwikkeling met invloed op de ervaren regeldruk**. Op hoofdlijnen zijn dezelfde ervaringen op impact, haalbaarheid, succesfactoren en barrières benoemd tijdens de groepsessies. Met die reden is gekozen om deze ontwikkeling eerst algemeen te bespreken voor alle sectoren. Later in dit hoofdstuk bespreken we per sector aanvullingen op deze algemene uitwerking.

Impact op ervaren regeldruk

Digitaal werken leidt voor de zorgprofessional niet tot een vermindering van de administratieve lasten, de voorbereidingstijd of de rapportagetijd, maar tot een verhoging van de ervaren regeldruk. Deze ervaren verhoging komt door het gevoel dat zij krijgen wanneer zij richting collega's en patiënten/cliënten als IT servicedesk moeten optreden. Het werken in vele applicaties en de onduidelijkheid daarvan, creëert angst iets niet juist te registreren. Desondanks wordt de **mogelijkheid van digitaal werken door de zorgsector vaak als een verlichting van de regeldruk ervaren, onder de voorwaarde dat de processen goed zijn ingeregeld, de benodigde middelen ter handen zijn en er consensus is over de juiste inzet van digitaal werken.** Een digitale afspraak met de cliënt/patiënt en/of collega's is vaak sneller, efficiënter en makkelijker in te plannen dan een fysieke afspraak en geeft daarmee een verlichting van de regeldruk. Voor zorgaanbieders worden de voordelen hoofdzakelijk ervaren bij de werk-, intercollegiale en multidisciplinaire overleggen. De impact op afspraken met de cliënt/patiënt verschilt sterk per doelgroep. Bij sommige doelgroepen vergroot het de bereikbaarheid en zorgbereidheid van specifieke

doelgroepen, wat wordt teruggezien in hoe snel een afspraak wordt gemaakt, afgezegd en/of opnieuw gepland.

Factoren

Succesfactoren t.b.v. digitaal werken en zorg op afstand

- Basis platform of systeem waarin digitaal werken veilig vorm kan worden gegeven.
- Afwegingskaders voor medewerkers in keuze voor digitaal werken en zorg op afstand.
- Passende betaaltitel, waardoor zorg op afstand een vergelijkbare vergoeding heeft als fysieke zorg.
- Aanwezigheid van passende ondersteuning voor zorgprofessionals waar ze terecht kunnen met vragen.

Barrières t.b.v. digitaal werken en zorg op afstand

- Digivaardigheid van cliënten/patiënten en zorgprofessionals.
- Veranderbereidheid bij zorgaanbieders en zorgprofessionals om zorgprocessen daadwerkelijk aan te passen.
- Terugverdientijd investering lang.
- Het gemis van het persoonlijke contact in het gesprek.
- Beschikbaarheid van benodigde apparatuur bij cliënten/patiënten en medewerkers.
- Generalisatie in beleid en richtlijnen.

Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek en de output uit de sessies lijkt het haalbaar om het digitaal werken en zorg op afstand vast te houden voor de toekomst, omdat dit een mogelijkheid is om op den duur de ervaren regeldruk binnen de zorgsector te verlagen. Randvoorwaarden daarbij zijn:

- **Enmalige investering door zorgaanbieders en zorgprofessionals op het secundaire proces.** Instellingen moeten bereid zijn te investeren in projectkosten, verandermanagement en technologische infrastructuur.
- **De instelling faciliteert zorgprofessionals in het herontwerpen van de werkprocessen.** Hierbij moet aandacht zijn voor de geschikte doelgroepen, onderlinge werkafspraken en de zorginhoudelijke afwegingen van de zorgprofessionals.
- **Realiseer een cultuuromslag waarbij het digitaal werken structureel in het werkproces wordt ingebed.** Training en opleiding staan daarbij centraal.
- **Organiseer, daar waar nog van toepassing, een passende betaaltitel voor zorg op afstand.**

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Verzamel best practices en deel deze sector overstijgend. De inzet van digitaal werken en zorg op afstand verschilt per sector. Er is echter ook veel overlap tussen sectoren, maak daar gebruik van.
- Organiseer een rondetafelgesprek met VNG en ZN (verzekeraars en zorgkantoren) om gezamenlijk na te denken over óf en zo ja hóe aanvullende registratie en verantwoording rondom digitale zorg eruit zou moeten zien. Dit is het moment om eenduidigheid te creëren tussen sectoren en wildgroei van regels, registratie en

verantwoordingseisen te voorkomen. Alle zorgaanbieders moeten de afweging maken welke middelen zij inzetten, voor welk type zorg, wanneer, et cetera. Tijdens de coronacrisis zijn nog geen aanvullende registraties en verantwoordingseisen opgesteld rondom de inzet van zorg op afstand. Het is niet ondenkbaar dat deze eisen na de coronacrisis wel opgesteld worden door financiers.

- Inventariseer waar nog geen passende betaaltitels zijn en draag zorg voor passende betaaltitels voor zorg op afstand, zodat dit geen belemmerende factor is.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Deel best practices en ervaringen die binnen de branche tijdens de coronacrisis zijn opgedaan actief met andere zorgaanbieders. Denk hierbij aan:
 - Verschillende toepassingen van digitale zorg in de sector.
 - Afspraken rondom registratie en verantwoording tussen zorgaanbieder en financier.

Zorgaanbieders

- Digivaardigheid van zorgprofessionals is een aandachtspunt. Hierbij gaat het verder dan alleen het aanleren van vaardigheden, er wordt ook een cultuuromslag gevraagd van de medewerkers. Er zijn subsidieregelingen die hier een impuls aan kunnen geven, onderzoek of je hier als organisatie gebruik van kan en wil maken.

Sector



Consult Zorg

Curatieve GGZ



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand - Beeldbellen

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). Specifiek in de curatieve GGZ is beeldbellen een veel gebruikte toepassing van zorg op afstand. De grootste inzet van beeldbellen vindt plaats in één op één contact tussen cliënt en zorgprofessional en bij multi- of interdisciplinair overleg tussen zorgprofessionals.

Impact op ervaren regeldruk

De activiteit van het beeldbellen tussen de cliënt en zorgprofessional zorgt voor een verlaagde regeldruk. Dat kan op twee manieren:

- Wanneer de zorgprofessional normaliter naar de cliënt toe zou komen, wordt reistijd bespaard. Het vastleggen van de reistijd is vaak gelijkend aan het vastleggen van een cliëntgebonden afspraak. **Per reistijd registratie die niet vast hoeft te worden gelegd kan dit meerdere kliks en één tot twee minuten schelen.**
- Wanneer de cliënt normaliter naar de zorgprofessional zou komen ligt de afname van de administratieve last bij de polikliniek registratie. **De cliënt hoeft niet aangemeld en ingecheckt te worden. Dit scheelt per cliënt één tot enkele minuten.**

Factoren

Succesfactoren

- Passende doelgroepselectie van cliënten om digitale zorg te ontvangen. Poliklinische zorg leent zich doorgaans goed voor digitale zorg.
- Gelijke vergoeding van digitale consulten en fysieke consulten.

Barrières

Geen aanvullingen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Geen aanvullingen.

Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand - *Digitale applicatie ECD*

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). Specifiek in de curatieve GGZ hebben verschillende ECD's in de coronacrisis extra aandacht besteed aan het bieden van laagdrempelige rapportagemogelijkheden. Zij bieden **toegang tot de rapportagemogelijkheden van het cliëntdossier met digitale devices, zoals de smartphone of tablet**. Hierdoor kan de zorgprofessional snel, simpel en laagdrempelig zorgdragen voor correcte dossiervorming.

Impact op ervaren regeldruk

Toegang tot het rapportageonderdeel van een cliëntdossier is via een digitale applicatie voor veel zorgprofessionals sneller dan via een laptop of desktop. **De zorgprofessional kan in een applicatie via minder schermen en met minder kliks op de juiste plek komen om de rapportage te doen.** Daarnaast is navigeren met een touchscreen sneller dan via een muis of touchpad.

Enkele van deze digitale applicaties bieden al de mogelijkheid tot dicteren, voor zorgprofessionals die niet blind of **snel typen scheelt het inspreken van tekst in plaats van het typen van tekst veel tiks en tijd.**

Factoren

Geen aanvullingen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Maak met inspirerende voorbeelden zichtbaar en bekend hoe digitale applicaties en rapporteren op spraak tot een vermindering van de administratieve last kan leiden.
- Stimuleer de ontwikkeling van (digitale) toegankelijkheid van ECD's door middel van gelden of beloningen aan ECD leveranciers.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Inventariseer de digitale mogelijkheden van de meest gebruikte ECD's en deel deze met de zorgaanbieders.

Zorgaanbieders

- Bekwaam jezelf op de mogelijkheden van het gebruikte ECD.

Versoepeling van de termijnen van wettelijk verplichte meldingen verlaagt de regeldruk

Toelichting

Omdat zorgaanbieders hun handen vol hadden door het coronavirus heeft de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) tijdens de coronacrisis de termijn van wettelijk verplichte meldingen verruimd die in het toezicht gelden. De reguliere termijnen van wettelijk verplichte meldingen met betrekking tot calamiteiten, geweld in de zorg en verwijtbaar disfunctioneren zijn hier onderdeel van.

Impact op ervaren regeldruk

Het versoepelen van de wettelijke termijnen creëert planningsruimte in het opzetten van de werkzaamheden en onderzoeken die horen bij het inhoudelijk verwerken van de eisen bij de melding wat leidt tot doelmatigheid. De administratieve werkzaamheden die horen bij de planning en inrichting nemen af. De planningsruimte creëert dat er doelmatig gekeken en gepland kan worden wie in welk deel van het verwerken van de melding een rol moet spelen. Dat betekent dat veel minder collega's benaderd hoeven worden voor deelname, dat aanzienlijk minder agenda's geraadpleegd worden en dat minder afspraken herpland hoeven worden. Wat de zorgaanbieder vast moet leggen om inhoudelijk te voldoen aan een melding wijzigt niet.

Factoren

Succesfactoren

- Vertrouwen op kennis en kunde van medewerkers.
- Geven van professionele autonomie om de urgentie te bepalen.

Barrières

- Wettelijk vastgelegde termijnen.
- Het is uitstel en geen afstel.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van dit onderzoek en de output uit de sessie is het voor zorgaanbieders wenselijk en volgens de onderzoekers haalbaar om deze versoepeling te behouden. De IGJ geeft aan dat het behouden van de versoepeling niet haalbaar is, gezien de wettelijk verplichte termijnen die zijn vastgelegd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Om de haalbaarheid te vergroten, lijkt het logisch om stevig in te zetten op de volgende randvoorwaarde:

- Opstellen van een passende (tijdelijke) regeling vallend onder de Wkkgz die invulling geeft aan de verruiming van de wettelijke termijn.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Ga in gesprek met de IGJ. Bespreek wat wettelijke en interne IGJ termijnen zijn, om gezamenlijk te bepalen of er termijnen zijn die verlengd kunnen worden. Op basis hiervan kan een passende regeling worden vormgegeven. Betrek hier ook zorgaanbieders bij.
- Exploreer de mogelijkheden voor experimenteeruimte in de Wkkgz.

Zorgaanbieders

- Benut de geldende wettelijke reactietermijnen volledig, uitstellen lijkt in eerste instantie ruimte te creëren, maar zorgt uiteindelijk voor een verhoogde regeldruk.
- Deel ervaringen en best practices met collega zorgaanbieders over hoe je de planningsruimte binnen wettelijke termijnen zo optimaal mogelijk inzet.

Sector



Consult Zorg

Paramedische zorg



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). **Specifiek binnen de paramedische zorg zal een groot deel van de zorg fysiek geleverd blijven worden** om aan te sluiten bij de zorgvraag van de patiënt. Zo ziet de ergotherapeut de patiënt liever fysiek thuis. Met name bij kortdurende paramedische zorg voor laagcomplex klachten zijn de afgelopen periode **goede ervaringen opgedaan met blended care**. Denk bij fysiotherapeuten aan een laagcomplex herstel van krachtopbouw.

Impact op ervaren regeldruk

Bij het toepassen van blended care worden ook digitale activiteiten aan de patiënt geboden, die uiteraard worden gedeclareerd. Zorgverleners geven aan dat de aangepaste declaratieregels voor digitaal werken nog niet goed geïntegreerd zijn in de systemen van de zorgverzekeraar. Hierdoor worden waarschijnlijk ten onrechte rechtmatige declaraties afgekeurd. Het her indienen van de onterecht afgekeurde declaraties levert voor de zorgaanbieders én zorgverzekeraars regeldruk op.

Factoren

Geen aanvullingen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Het afkeuren van declaraties lijkt veroorzaakt te worden door een incorrecte systeeminrichting van zorgverzekeraars. Een check hierop bij de verzekeraars is echter (nog) niet uitgevoerd, het betreft de ervaringen van de paramedici. Dit is een lokaal probleem wat door de juiste inzet van enkele individuen, zonder de inzet van meerdere stakeholders, kan

worden verholpen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Faciliteer het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de huidige problematiek in de declaraties.

Zorgaanbieders

- Ga in gesprek met de betrokken verzekeraars over afgekeurde declaraties.

Paramedische herstellzorg leidt tot een verzwaring van de ervaren regeldruk (1/2)

Toelichting

Patiënten met ernstige klachten of beperkingen tijdens hun herstel na covid-19 kunnen sinds 18 juli 2020 tijdelijk vanuit het basispakket eerstelijns paramedische herstellzorg ontvangen. De [regeling](#) voor paramedische herstellzorg na covid-19 vergoedt voor een periode van maximaal 12 maanden behandeling vanuit vier vormen van paramedische zorg: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie en/of logopedie. De multidisciplinaire aanpak van zorg en behandeling stimuleert doelmatigheid door intercollegiale afstemming over de inhoud van zorg.

Impact op ervaren regeldruk

De huidige **inrichting en verantwoordings-eisen van de paramedische herstellzorgregeling geven een verzwaring van de ervaren regeldruk** voor de paramedici. De grootste verzwaringen worden door zorgverleners ervaren op onderstaande punten:

- De huidige digitale systemen zijn nog niet ingericht op multidisciplinair werken en digitale gegevensuitwisseling tussen paramedische zorgaanbieders, terwijl de regeling wel vraagt om multidisciplinair werken.
- De betrokkenheid van verschillende behandelaren veroorzaakt **onduidelijkheid over de startdatum van het traject; wat vervolgens declaratiefouten veroorzaakt**. Het oplossen van deze fouten veroorzaakt extra regeldruk.
- De huidige digitale systemen zijn nog niet ingericht op de specifieke eisen van de herstellzorgregeling (bijvoorbeeld het maximum aantal behandelingen), wat zorgt voor het moeten **bijhouden van schaduwregistraties**.

Factoren

Succesfactoren

- Bestaande samenwerking tussen paramedici.

Barrières

- Digitale gegevensuitwisseling tussen paramedici en andere zorgaanbieders.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

De regeling wordt gezien als een positieve ontwikkeling voor de coördinatie van zorg rondom de patiënt en biedt daarmee toekomstperspectief voor multidisciplinaire paramedische zorg. Er worden veel kansen gezien om de extra regeldruk die de regeling nu oplevert te verlichten. Dit vraagt om de volgende randvoorwaarden:

- Richt passende verantwoordings-eisen in, termijnen en verbetering van de gegevensoverdracht/inrichting van multidisciplinair werken.
- Faciliteer digitale gegevensoverdracht tussen behandelaren.

Paramedische herstellzorg leidt tot een verzwaring van de ervaren regeldruk (2/2)

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

Betrek beroepsverenigingen, brancheorganisaties en zorgprofessionals bij de aanstaande wijzigingen in de herstellzorgregeling om deze beter aan te laten sluiten bij de praktijk. De volgende suggesties zijn uit het veld gekomen:

- Houd rekening met mogelijkheden om behandeling te spreiden. Voor onder andere de behandelingen vanuit de ergotherapie vraagt een effectieve behandeling langer dan de huidige zes maanden, maar is spreiding van de behandelingen goed mogelijk.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Ga met elkaar en huisartsen in gesprek om te onderzoeken of er verlichting mogelijk is rondom het tussentijdse verslag aan de huisarts. Onderzoek of er patiëntgroepen zijn waarbij dit verslag niet nodig is, of afgedaan kan worden met een lichtere, regelarmere vorm.
- Organiseer kennisdeling rondom gegevensuitwisseling tussen paramedici en de inrichting van multidisciplinair overleg.

Zorgaanbieders

- Onderzoek met elkaar en met ICT leveranciers mogelijkheden voor makkelijkere gegevensoverdracht en het kunnen delen van resultaten tussen behandelaren.

Sector



Consult Zorg

Huisartsenzorg



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#).

Specifiek voor huisartsen hebben beeldbellen met patiënten en met andere zorgprofessionals, e-consult (incl. het delen van bijvoorbeeld foto's of lichaamsmetingen) en 'digitale praktijken' een vlucht genomen.

Impact op ervaren regeldruk

Specifiek voor de huisartsenzorg zien we dat een deel van het gebruik van een e-consult of online afspraak wél leidt tot minder ervaren regeldruk. Dit is echter niet in alle situaties het geval. Dit verschil kan voor een deel gerelateerd worden aan de zorgvraag en aan het gebruikte beeldbelsysteem.

- Zo kan een huisarts bij een foto van een huidafwijking vaak in één oogopslag beoordelen of het nodig is dat de patiënt langskomt en hoeft hij de patiënt in alle andere gevallen niet eerst uitgebreid te zien en spreken. Bij minder duidelijke zorgvragen levert het gebruik van een e-consult juist vaak meer regeldruk op, omdat het uitvragen van de klachten meer tijd kost, of omdat de huisarts de patiënt alsnog graag ziet om bijvoorbeeld bloeddruk en hartslag te controleren. Hiervoor moet de huisarts dan én het digitale gesprek aangaan én de patiënt nog inplannen en zien. Voor beide consulten moet een registratie worden gemaakt.

Factoren

Succesfactoren

- Geen aanvullingen.

Barrières

- Wanneer een e-consult of beeldbelsysteem niet goed geïntegreerd is in de andere gebruikte systemen van de huisarts, dan moet deze veel heen en weer klikken en schakelen om zowel het consult te kunnen voeren als de registratie van het consult te kunnen doen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Help huisartsen met het stellen van kaders over de inzet van digitale zorg zoals e-consulten en videobellen. Geef richting aan bij welke zorgvragen digitale zorg doorgaans leidt tot meer of minder regeldruk.

Samenwerken op basis van onderling vertrouwen verlaagde de regeldruk

Toelichting

Tijdens de coronacrisis stonden zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen in de strijd tegen covid-19. Er zijn door het land veel goede voorbeelden ontstaan waarbij verantwoordingseisen werden versoepeld richting 'passend verantwoorden' en er werd meer vertrouwd op de expertise en inzichten van de zorgprofessionals.

Impact op ervaren regeldruk

In de verantwoording rondom ketenzorg werd door zorgverzekeraars geaccepteerd dat niet alle gegevens aangeleverd konden worden en zorgverleners werden niet gekort als de streefcijfers niet werden gehaald. De benodigde verantwoordingsinformatie is daarmee teruggebracht en verlaagde zo de regeldruk. Met het Jeroen Bosch Ziekenhuis is een initiatief opgestart om coronapatiënten zo snel mogelijk thuis te behandelen. Omdat bij een dergelijke beweging budgetten verschuiven tussen zorgaanbieders, hoort hier normaliter een complexe en tijdrovende onderhandeling en vastlegging bij. In dit geval vergoedde de verzekeraar de zorg thuis vrijwel meteen, zonder eerst contractafspraken open te breken en zonder eerst nieuwe protocollen en verantwoording af te wachten. Ook werd in de groepssessie aangegeven dat zorgverzekeraars bij Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP) initiatieven meer vertrouwen tonen in expertise en kennis van de zorgaanbieder en daardoor met een minder zware administratieve uitvraag pilots vergoeden.

Factoren

Succesfactoren

- De coronacrisis leidde tot een toename van het samenhangingsgevoel en het gezamenlijk stellen van prioriteiten.

Barrières

- Vanuit historie opgebouwd wantrouwen tussen huisartsen en

financiers zorgt voor een cultuur van strikte verantwoordingseisen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

De in de coronacrisis getoonde coulance vanuit de zorgverzekeraars getuigt van vertrouwen in de zorgaanbieder en zorgprofessional. Dit vertrouwen zien de huisartsen graag verder groeien. Randvoorwaarden die daarbij horen:

- Intensieve samenwerking tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, IGJ en VWS.
- Commitment van zorgverzekeraars en IGJ op het gebied van passend verantwoorden.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Organiseer een gesprek tussen het programmateam van [Ont]Regel de Zorg, het programmateam van JZOJP en een afvaardiging van zorgverzekeraars en branchepartijen. Met als doel hoe de administratieve regeldruk die bij (de pilotfase en verantwoording van een) zorginnovatie komt kijken geminimaliseerd kan worden. Hier kan het voorbeeld vanuit het Jeroen Bosch Ziekenhuis rondom de thuisbehandeling van coronapatiënten als best practice gebruikt worden en wellicht kan dit ook breder gedeeld worden binnen alle zorgverzekeraars.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Ga in gesprek met de zorgverzekeraar hoe het 'passend verantwoorden' duurzaam vormgegeven kan worden.

Zorgaanbieders

- Deel succesverhalen en maak daarin concreet hoe meer vertrouwen kan leiden tot minder regeldruk.

Sector



Consult Zorg

Farmacie



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). Specifiek in de farmacie zijn medicatie apps, waarbij patiënten en apothekers online met elkaar kunnen communiceren, meer gebruikt, bijvoorbeeld rondom het aanvragen van herhaalrecepten. Dit leidt tot een betere communicatie en afstemming tussen patiënt en apotheker en tot minder fouten.

Impact op ervaren regeldruk

Apothekers geven aan dat door de **betere afstemming vaker direct het juiste recept wordt klaargemaakt** en wordt **vastgelegd**. Per aanvraag scheelt dit meerdere kliks in digitale systemen en meerdere minuten. Daarnaast is het bereiden van de medicatie en de communicatie efficiënter in te plannen.

Factoren

Succesfactoren

- Het gebruik van medicatie apps leidt tot beter contact tussen apotheker en patiënt, wat zorgt voor meer maatwerk en minder fouten.

Barrières

- Het gebruik van de medicatie apps wordt nu ingeschat op ongeveer 5%. Dit kan veel hoger worden.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Zorgaanbieders

- Patiënten aanleren/stimuleren medicatie via medicatie apps aan te vragen.

Sterke toename aantal bezorgingen medicatie leidt tot extra regeldruk (1/2)

Toelichting

Om tijdens de coronacrisis toch alle patiënten te kunnen voorzien van medicatie is het aantal bezorgingen en uitgiftes via afhaalkluizen sterk toegenomen³. Dit is veelal regionaal vormgegeven (mede) als gevolg van het verzoek om zoveel mogelijk thuis te blijven. Dit dwong apothekers om na te denken over het versnellen van alternatieve manieren van het verspreiden van medicatie.

Impact op ervaren regeldruk

De extra regeldruk van het toegenomen aantal bezorgingen zit enerzijds in het inrichten van een professionele bezorgservice en bijbehorend planprogramma dat ingeregeld en beheerd moet worden, anderzijds komt de toegenomen regeldruk door de **terhandstellingsgesprekken** waarvan de **planning** meer tijd kost. Bij bezorging en afhalen in afhaalkluizen moeten deze nog wél gevoerd worden door de apotheker, maar dan telefonisch of via beeldbellen. Daarbij lukt het naar schatting in 1 op de 3 gevallen niet om de patiënt in één keer te pakken te krijgen en moet de apotheker meerdere keren het dossier openen.

Het gebruik van afhaalkluizen in het geval van herhaalreceptuur leidt wél tot een verlichting van regeldruk, omdat het voorbereiden en het administratief werk hieromheen efficiënter uitgevoerd en ingepland kan worden en er vaak niet meer gebeld hoeft te worden naar de patiënt.

Factoren

Succesfactoren

- Het gebruik van afhaalkluizen in het geval van herhaalreceptuur.
- Vergroting van de zichtbaarheid/toegankelijkheid van de apotheek.

Barrières

- Voor de toegenomen regeldruk (én de extra capaciteit die nodig is voor het daadwerkelijk bezorgen) is nu nog geen toereikende betaaltitel.
- Investerings in afhaalkluizen en digitale portalen (transitiekosten korte termijn).

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

In de sessies is aangegeven dat men op de middellange en lange termijn een toename verwacht van het aantal bezorgingen, het afhalen in afhaalkluizen en online activiteiten. De onderzoekers verwachten dat dit in de praktijk ook haalbaar is, mits voldaan wordt aan de volgende randvoorwaarden:

- Patiënten die het nodig hebben, moeten de apotheek fysiek kunnen blijven bezoeken.
- Vind een goede balans tussen bezorging, afhalen in een afhaalkluis en afhalen bij de apotheker, afgestemd op het type patiënt en recept.

³ Uit een onderzoek van SiRM ('Coronavirus en de openbare apotheek' 2020) komt dat apotheken vóór de coronacrisis gemiddeld 13% van de door hen verstrekte geneesmiddelen bezorgden, terwijl dat in augustus 2020 was opgelopen tot 32%.

Sterke toename aantal bezorgingen medicatie leidt tot extra regeldruk (2/2)

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Voer een kostenonderzoek uit voor de activiteiten die verricht worden bij de bezorgingen.
- Ga op basis van de uitkomsten van het kostenonderzoek in gesprek met zorgverzekeraars om te bepalen wat een passende vergoeding is.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Om de extra ervaren regeldruk te verlichten is het belangrijk om afhankelijk van het soort patiënt en het type recept de goede balans te vinden tussen bezorging, afhalen in een afhaalkluis en afhalen bij de apotheker. Ga in gesprek met zorgaanbieders en help ze met werksessies of met het opstellen van richtlijnen. Zo kan bijvoorbeeld voor herhaalrecepten het gebruik van afhaalkluizen gestimuleerd worden en kan bezorging van medicatie alleen worden aangeboden aan patiënten die niet mobiel zijn.
- Het fenomeen van bezorging op grote schaal is relatief nieuw voor veel apothekers. Stimuleer apothekers om van elkaar te leren hoe bezorging van medicatie en de daarbij horende digitale terhandstellingsgesprekken efficiënt ingepland kunnen worden.
- Doe inspiratie op in andere landen en sectoren.

Zorgaanbieders

- Zie de twee aanbevelingen bij 'beroepsvereniging en branchepartijen', zoek elkaar hierin op.
- Faciliteer kennisdeling tussen zorgaanbieders om van elkaar te leren en innovatief te kijken hoe bezorging van medicatie en daarbij horende digitale terhandstellingsgesprekken efficiënt ingericht kunnen worden.

Ontheffing voor import geneesmiddelen verlicht regeldruk apothekers

Toelichting

In het geval van een tekort aan geneesmiddelen in Nederland, zal een apotheker een (vergelijkbaar) geneesmiddel proberen te importeren. Dit is in principe verboden, tenzij de IGJ een ontheffing verstrekt. De IGJ kan hiervoor generieke toestemming verlenen, waardoor arts of apotheker geen individuele toestemming meer nodig heeft om te importeren. Als de IGJ het verstrekken van deze toestemming niet proactief doet, leidt dit tot veel regeldruk bij apothekers. Tijdens de coronacrisis heeft de IGJ voor een klein aantal geneesmiddelen preventief zo'n toestemming gegeven voor dreigende, op dat moment nog niet actuele tekorten. Voor apothekers leidde het (eerder) inzetten van een tekortenbesluit tot een afname van regeldruk.

Impact op ervaren regeldruk

De toestemming van de IGJ om enkele geneesmiddelen te importeren tijdens de coronacrisis leidde tot een forse afname van de regeldruk. De oorzaak van deze regeldruk ligt in het zelf importeren van medicatie om de continuïteit van zorg te kunnen waarborgen. Dit leidt tot veel regeldruk, variërend van problemen met het zoeken van het juiste (alternatieve) geneesmiddel en het inboeken en importeren zelf, tot het voorlichten van de patiënt in geval van een alternatief geneesmiddel. Daarnaast is een correcte declaratie van het importgeneesmiddel vaak onmogelijk en altijd tijdrovend.

Factoren

Succesfactoren

- Het (eerder) inzetten van het tekortenbesluit leidt tot een forse afname van regeldruk.

Barrières

- Geneesmiddelenwet, artikel 18, verbiedt de import van geneesmiddelen. Voor apothekers laat het tekortenbesluit in bepaalde gevallen (te) lang op zich wachten of blijft het helemaal uit.
- Apothekers ervaren naast een hogere regeldruk ook sociale, juridische, logistieke en financiële problemen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek lijkt het niet haalbaar om de ontheffing voor de import van geneesmiddelen op korte termijn te bestendigen, omdat dit een aanpassing van de Geneesmiddelenwet vraagt. Het is wél mogelijk om te onderzoeken of en hoe sneller dispensatie verleend kan worden door de IGJ dan op dit moment het geval is.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Ga het gesprek aan met de IGJ, beroepsverenigingen en branchepartijen om te kijken hoe sneller dispensatie verleend kan worden in geval van een (dreigend) tekort.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Sluit aan bij het gesprek met de IGJ om te kijken hoe sneller dispensatie verleend kan worden.
- Faciliteer een kenniskring en/of actuele nieuwssite met zorgaanbieders rondom het importeren van geneesmiddelen in geval van een (dreigend) tekort, zodat regeldruk rondom selectie, import, voorlichting en declaratie zoveel mogelijk gezamenlijk gedragen kan worden.

Vervolg- en herhaalrecepten vaker bij de apotheek beleggen leidt tot minder regeldruk

Toelichting

Omdat tijdens de coronacrisis specialisten en huisartsen niet altijd bereikbaar waren voor de apotheker, hebben openbare apotheken voor bepaalde geneesmiddelcategorieën vaker zelf vervolg- en herhaalrecepten uitgeschreven. Volgens de apotheker een win-win situatie. Steeds meer openbare apotheken door heel Nederland werken met hun huisartsen in een herhaalprogramma dat monitort wanneer welke patiënt een herhaalrecept nodig heeft. De apotheek vraagt waar nodig digitaal toestemming van de huisarts en zet tijdig de medicatie klaar voor de patiënt. Hierdoor hoeft de patiënt geen herhaalrecept aan te vragen bij de huisarts, is het voorbereiden van de herhaalrecepten efficiënter en tijdiger in te plannen voor de apotheker en heeft de huisarts minder aanvragen voor herhaalrecepten.

Impact op ervaren regeldruk

Het gebruik van de herhaalservice verlicht de regeldruk zowel voor patiënten als voor de apotheker, huisarts en medisch specialist. De chronische patiënt hoeft niet steeds opnieuw dezelfde medicatie aan te vragen, de apotheker kan efficiënter werken en beter plannen en de huisartsen en medisch specialisten hoeven niet steeds opnieuw dezelfde medicatie voor te schrijven.

Factoren

Succesfactoren

- De herhaalservice ontlast patiënten en kan therapietrouw en toegankelijkheid voor kwetsbare groepen vergroten.
- Door de herhaalservice kunnen apothekers efficiënter en meer vooruit werken.
- In de regio Twente is juridisch onderbouwd dat door de arts hiertoe aangeduide specifieke herhaalrecepten kunnen worden gezien als een doorlopend recept en dat deze werkwijze ook buiten een crisissituatie voldoet aan de geneesmiddelenwet.

Barrières

- In sommige herhaalprogramma's vragen apothekers steeds opnieuw digitaal toestemming van de huisarts. Hiervoor is het nodig dat er een veilige digitale communicatie mogelijk is tussen apotheker en huisarts.
- De geneesmiddelenwet geeft de apotheker nu alleen in spoedgevallen bevoegdheid om een UR-vervolgrecept zonder consultatie van de specialist uit te schrijven. In vervolg op de ervaringen in de regio Twente is het nodig nader te duiden of dit wettelijk gezien toegestaan is. Zo nee, dan is een wetswijziging noodzakelijk.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van dit onderzoek lijkt het haalbaar om vervolg- en herhaalrecepten bij de apotheek te beleggen. Randvoorwaarde hierbij is:

- Het maken van goede afspraken tussen huisarts, specialist en apotheker op lokaal niveau. De medewerking van huisartsen en medisch specialisten is noodzakelijk.

Aanbevelingen

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Deel de succesverhalen breed en onderzoek hoe dit breder toegepast en versneld kan worden. Laat dit niet alleen bij de apothekers liggen, maar stimuleer dit ook vanuit huisartsen en de medisch specialistische zorg.

Zorgaanbieders

- Automatische herhaalprogramma's vragen om Lange Termijn Afspraken (LTA) met de betrokken partijen, waarin de verantwoordelijkheden van patiënt, voorschrijver en apotheker staan omschreven. Goede voorbeelden zijn op te halen in de regio Twente.

Sector



Consult Zorg

Verpleeghuiszorg



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#).

Specifiek in de verpleeghuiszorg is beeldbellen ingezet om contact te houden tussen cliënten en hun naasten toen de verpleeghuizen gesloten werden voor bezoekers. Hoewel lang gedacht is dat beeldbellen te complex zou zijn voor de doelgroep, bleek toch meer mogelijk toen er geen andere keus was. Beeldbellen kan fysieke aanwezigheid van naasten niet vervangen, maar kan wel een aanvulling zijn op het dagelijks leven van de cliënt.

Impact op ervaren regeldruk

Geen aanvullingen.

Factoren

Succesfactoren

- Goede ervaringen opgedaan tijdens de crisisperiode; ouderen bleken (met hulp) in staat tot beeldbellen.
- Bereidheid van zorgaanbieders om het tijdens de coronacrisis gecreëerde momentum te benutten voor de toekomst.

Barrières:

- Het beeld leeft dat cliënten in de verpleeghuiszorg niet kunnen beeldbellen, ondanks dat de coronacrisis anders heeft bewezen.
- Cultuur binnen verpleeghuizen is minder gericht op digitaal werken en innovatie.
- Digitaal werken vraagt afstemming op het individu; niet alle cliëntgroepen zijn geschikt.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Zorgaanbieders

- Onderzoek samen met cliëntenraad/familieraad wat er nodig is om beeldbellen met cliënten structureel in te zetten en het momentum vast te houden.

Versoepelde aanvraag Wlz-indicaties

Toelichting

Vanwege de oplopende druk op de ziekenhuizen en verpleeghuizen heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de **regels voor indicatiestelling voor de Wlz tijdens de coronacrisis versoepeld** (zogenaamde Wlz-registratie). Door de tijdelijke versoepeling is het mogelijk om ouderen zonder achterliggende medische cliëntgegevens acuut op te nemen. Dit **vereenvoudigt overplaatsing vanuit ziekenhuizen naar verpleeghuizen, of directe opname in verpleeghuizen** vanuit signalen door mantelzorg of dagbesteding. Bij de beoordeling vaart CIZ op het oordeel van de betrokken wijk-/transferverpleegkundige, of specialist ouderengeneeskunde/huisarts. Voor cliënten die nog geen Wlz-indicatie hadden of cliënten waarbij het geldige V&V zorgprofiel niet voldoende (meer) was kon de zorgaanbieder een Wlz-registratie aanvragen voor de duur van 1 jaar. Na dat jaar moet een nieuwe aanvraag worden gedaan.

Impact op ervaren regeldruk

De versoepeling van de regels en verplichtingen rondom indicatiestelling is geïnitieerd met uitdrukkelijk doel om ziekenhuizen, huisartsen en verpleeghuizen zoveel mogelijk te ontlasten van administratieve handelingen als gevolg van bijvoorbeeld het aanleveren van medische gegevens en dossiers aan het CIZ. De versoepeling heeft daar dan ook zeker aan bij gedragen. Aandachtspunt zit in het proces rondom het verlopen van de Wlz-registraties na een jaar; de eerste indicaties lopen nu af. Als voor al deze cliënten nu alsnog een volledige aanvraag gedaan moet worden, is het slechts het verschuiven van administratie geweest (in de tijd).

Factoren

Succesfactoren

- Versnellen van de doorstroom van ziekenhuis naar verpleeghuis.
- Administratieve last is merkbaar gedaald.

Barrières

- De versoepelde aanvraag is gestoeld op een tijdelijke regeling.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek en de output uit de sessie is het volgens de onderzoekers haalbaar om de versoepelde Wlz-indicatiestelling in elk geval voor een deel van de cliënten vast te houden voor de toekomst.

Randvoorwaarden daarbij zijn:

- Landelijk bepalen voor welke doelgroep deze regeling geldt.
- Aanpassing van de Regeling langdurige zorg (Rlz) op basis van de tijdelijke regeling zoals gepubliceerd in de [Staatscourant](#).

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Ga in gesprek met het CIZ om een aanpak af te spreken voor het verlopen van de afgegeven Wlz-registraties en betrek aanbieders hierin. Bespreek of, en in hoeverre, het noodzakelijk is om al deze cliënten alsnog volledig te onderzoeken en te indiceren. Voorkom het alsnog volledig doorlopen van het indicatieproces zo veel mogelijk, anders wordt de zo gewenste versoepeling weer teniet gedaan.
- Ga in gesprek met het CIZ en ActiZ om te onderzoeken wat nodig is om deze versoepeling vast te houden:
 - Welke cliënt(groepen) zouden in aanmerking komen en welke niet?
 - Welke gegevens rondom indicatiestelling moeten altijd aangeleverd worden en welke zouden alleen voor specifieke gevallen kunnen gelden?

Sector



Consult Zorg

Gehandicaptenzorg



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). **Specifiek in de gehandicaptenzorg is beeldbellen ingezet om contact te houden tussen cliënten en hun naasten.** Hoewel lang gedacht is dat beeldbellen te complex zou zijn voor de doelgroep, bleek toch meer mogelijk toen er geen andere keus was. Daarnaast is bij de sluiting van dagbestedingslocaties via beeldbellen alternatieve invulling gegeven aan dagbesteding.

Impact op ervaren regeldruk

Geen aanvullingen.

Factoren

Succesfactoren

- Goede ervaringen opgedaan tijdens de coronacrisis; cliënten bleken (met hulp) in staat tot beeldbellen.
- Bereidheid van zorgaanbieders om het tijdens de coronacrisis gecreëerde momentum te benutten voor de toekomst.

Barrières

- Het beeld leeft dat cliënten in de gehandicaptenzorg niet kunnen beeldbellen, ondanks dat de coronacrisis anders heeft bewezen.
- Digitaal werken vraagt afstemming op het individu; niet alle cliëntgroepen zijn geschikt.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Zorgaanbieders

- Onderzoek samen met cliëntenraad/familieraad wat er nodig is om beeldbellen met cliënten structureel in te zetten en het momentum vast te houden.

Sector



Consult Zorg

Medisch specialistische zorg



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). Specifiek in de medisch specialistische zorg wordt er steeds meer gebruikgemaakt van thuismonitoring, waarbij patiënten alleen naar het ziekenhuis komen wanneer dat noodzakelijk is. De op grotere schaal gebruikte zuurstofmonitoring voor covid-19 patiënten thuis en de inzet van een COPD-app en monitoring zijn daar concrete voorbeelden van. Koplopende ziekenhuizen monitoren nu honderden patiënten op deze manier.

Impact op ervaren regeldruk

De inzet van digitale contactmomenten op basis van de gemonitorde gegevens is vaak doelmatiger dan een standaard consult op de poli. Er zijn op die wijze minder consulten en minder daarbij behorende registraties. Bij minder polikliniekbezoeken is er een afname van administratieve last in de polikliniekregistratie. De patiënt hoeft niet aangemeld en ingecheckt te worden. Dit scheelt per patiënt één tot enkele minuten.

Factoren

Succesfactoren

- Aanpassing van de financiering waardoor zorg op afstand ook werd vergoed.

Barrières

- De identificatieplicht is nog niet gedigitaliseerd. Patiënten moeten nu nog speciaal naar het ziekenhuis komen voor de identificatie.

- Vaak zijn de technologische middelen daarbij niet de grootste drempel, maar moeten professionals bereid zijn zorgprocessen te veranderen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Geen aanvullingen.

Nieuwe financiële regelingen en verantwoordingseisen leiden tot verzwaring regeldruk

Toelichting

In de zorg leiden financiële regelingen en verantwoordingseisen altijd tot regeldruk. Tijdens de coronacrisis kwam de meerkostenregeling beschikbaar voor zorgaanbieders, ter ondersteuning van de continuïteit van zorg. Deze regeling bleek aan de achterkant te leiden tot zeer veel extra administratieve lasten en complexe verantwoordingseisen.

Impact op ervaren regeldruk

In de groepssessie gaven meerdere zorgaanbieders aan **dat de verantwoording van de meerkostenregeling meerdere medewerkers fulltime minimaal een maand tijd heeft gekost**. De inrichting van de huidige regeling heeft geleid tot onnodig veel knip-, plak-, controle- en overtypewerk om de gewenste bestanden te genereren. Dit werd veroorzaakt door:

- Opvragen van informatie-elementen die vanuit verschillende bronsystemen met verschillende dimensies komen.
- Vragen van configuraties van velden die niet overeenkomen met hoe de informatie is vastgelegd. Bijv. verschillen in datumnotatie.
- Vragen om informatie-elementen die volgens een andere versoepeling niet altijd meer verplicht waren, zoals identificatiecheck ja/nee en bijbehorende datum.
- Het niet betrekken van en/of voorzien van de juiste informatie aan accountants, hierdoor mist alignment en is er een uitgebreidere audittrail benodigd.

Factoren

Succesfactoren

- Werken vanuit vertrouwen bij de controle en verantwoording en een stap zetten richting passend verantwoorden en verklaren waarom je afwijkt.
- Centrale regierol van VWS en centrale afspraken rondom verantwoording van kosten.
- In een cultuur van vertrouwen lijkt een bestuurdersverklaring vaker te

voldoen.

Barrières

- Lokaal met iedere zorgverzekeraar apart de dekking van de kosten moeten regelen.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek en de output van de sessies zien de zorgaanbieders mogelijkheden om in de toekomst bij financiële regelingen de verantwoordingseisen te verlagen. Door samenwerking en afstemming tussen partijen lijken er relatief laagdrempelige mogelijkheden te zijn om de administratieve last terug te dringen.

Randvoorwaarden om dit te kunnen doen zijn:

- Commitment van ZN om samen te werken.
- Commitment van NBA om samen te werken.
- Vertrouwen van zorgaanbieders in eigen afvaardiging.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Werk bij het vormgeven van nieuwe financiële regelingen en verantwoordingseisen samen met zorgaanbieders en accountants.
- Organiseer een rondetafelgesprek tussen ZN, zorgaanbieders, branchepartijen en accountants over de samenwerkingsmogelijkheden.
- Ga bij nieuwe regelingen met de NBA om tafel om kritisch te bekijken wanneer een bestuursverklaring afdoende kan zijn.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Bekijk de bestaande financiële regelingen waarbij een accountantsverklaring verplicht is of dit terecht lijkt. Ga in gesprek met de verantwoordelijke van de regel met betrekking tot het afschalen van de volledige controle naar een bestuursverklaring.

Uitwisseling digitale medische gegevens is versneld - Corona opt-in

Toelichting

Tijdens de coronacrisis is het middels een tijdelijk gedoogbesluit, de 'Corona opt-in', mogelijk om zonder expliciete toestemming van de coronapatiënt op digitale wijze toegang te krijgen tot een professionele samenvatting van het huisartsendossier. Deze functionaliteit is beschikbaar voor geautoriseerde zorgprofessionals die een behandelrelatie hebben met de patiënt.

Impact op ervaren regeldruk

Het via het LSP (landelijk schakelpunt) opvragen en importeren van de professionele samenvatting zorgt ervoor dat de administratieve handelingen die komen kijken bij het aanvragen van toegang tot patiëntgegevens via telefoon, fax of mail, **wordt teruggebracht tot enkele knoppen aanklikken in het systeem**. Daarnaast komen de opgevraagde gegevens snel en rechtstreeks binnen in het door de zorgprofessional gebruikte systeem, overtypen van gegevens is daardoor niet meer nodig. Het overtypen kost 10 minuten per patiënt.

Factoren

Succesfactoren

- De juiste koppeling tussen de inkomende informatiestroom en de plaatsing van de informatie in patiëntdossier.

Barrières

- Geen aanvullingen op LSP.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het uitgevoerde onderzoek lijkt het volgens de onderzoekers op korte termijn niet haalbaar om de Corona opt-in duurzaam te bestendigen. Zodra de staat van crisis voorbij is, zal conform de AVG expliciete toestemming van de patiënt nodig zijn voor digitale gegevensuitwisseling. Gezien de langetermijnoplossing een stip op de

horizon is, is van randvoorwaarden op dit moment geen sprake. In de aanbeveling wordt stilgestaan bij de mogelijkheden die de onderzoekers zien binnen de bestaande kaders.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Voer een principiële discussie over toestemming als grondslag. Een (nog) niet beantwoorde of niet gestelde vraag om toestemming wordt nu uitgelegd als 'nee'. Waarom niet als 'geen bezwaar'?"
- Blijf het gesprek voeren met de Autoriteit Persoonsgegevens over het bestendigen van de Corona opt-in en zorg er daarbij voor dat medische gegevens altijd zichtbaar zijn voor zorgverleners in de spoedeisende zorg, tenzij de patiënt daar bezwaar tegen maakt.
- Creëer bewustwording in de maatschappij over toestemming geven tot gegevensuitwisseling in de zorg door middel van opt-in. Voer zowel landelijk als via zorgaanbieders campagne.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Stimuleer de patiënt in toestemming geven tot gegevensuitwisseling in de zorg door middel van opt-in. Gebruik de communicatiekanalen van patiëntenverenigingen.

Zorgaanbieders

- Sluit aan bij gedragen zorgsector- en regio-overstijgende initiatieven voor gegevensuitwisseling.
- Start bij (kwetsbare) patiënten een bewustwordingscampagne rondom de expliciete toestemming voor uitwisseling van gegevens.



Uitwisseling digitale medische gegevens is versneld -*Twiiin*

Toelichting

Overdrachtsgegevens tussen zorgaanbieders worden nog steeds vaak per fax of DVD uitgewisseld. Tijdens de coronacrisis was meer regionale spreiding en overname van zorg en waren er minder fysieke bezoeken. Hierdoor werd het belang van snelle, digitale en veilige gegevensuitwisseling onderstreept én kreeg deze een boost. Programma Twiin heeft vanuit een publiek-private samenwerking beelduitwisseling mogelijk gemaakt. In plaats van beelduitwisseling (vaak n.a.v. radiodiagnostisch onderzoek) per DVD, kan door de ontwikkelingen van het programma Twiin de beeldoverdracht veilig via digitale beelduitwisseling lopen.

Impact op ervaren regeldruk

Digitale beelduitwisseling verlaagt voor meerdere zorgprofessionals die betrokken zijn in de werkprocessen van de radiologie de **administratieve last**. Voor de partij die informatie levert kan het branden en verzendklaar maken van de DVD verwijderd worden uit het werkproces. Voor de ontvangende partij kan het ontvangen van de DVD, het overtypen van de rapportage en het uploaden van de beelden verwijderd worden uit het werkproces. Voor zowel de leverende als de ontvangende partij bestaat het verzendproces uit enkele digitale kliks.

Factoren

Succesfactoren

- Koploper digitale gegevensuitwisseling.
- Organisatie heeft een digitale strategie.

Barrières

- Immature ICT implementatie.
- Geen investeringsruimte zien.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Op basis van het onderzoek en de output uit de sessies lijkt het haalbaar en wenselijk om de beelduitwisseling met Twiin te handhaven en optimaliseren. Bij het streven naar het verlagen van de regeldruk dient men optimaal gebruik te maken van de functionaliteiten die Twiin biedt. Randvoorwaarden daarbij zijn:

- Investering door zorgaanbieders in de implementatie. Aanbieders moeten bereid zijn om te investeren in projectkosten, verandermanagement en technologische infrastructuur.
- Investering door ICT-leveranciers van aanpalende systemen in operabiliteit. ICT-leveranciers moeten bereid zijn te investeren in het aansluiten op of faciliteren van de benodigde gegevensstromen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Subsidieer waardevolle (landelijke, sector-overstijgende, toekomstbestendige) initiatieven voor gegevensuitwisseling, zoals Twiin; zowel voor de ICT leverancier als de zorgaanbieders.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Stimuleer de zorgaanbieder in het vinden en gebruiken van gelden ter stimulering van digitale gegevensuitwisseling.
- Help zorgaanbieders door het delen van best practices bij ICT implementatie.

Zorgaanbieders

- Benut subsidies die digitale gegevensuitwisseling stimuleren en grijp ze met beide handen aan.
- Ontwerp een digitale strategie die ruimte biedt voor ICT investering.

Sector



Consult Zorg

Wijkverpleging



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#).

Specifiek in de wijkverpleging geldt dat multi- of interdisciplinair overleg zich naar ervaring van zorgaanbieders bij uitstek leent voor beeldbellen, vooral als dit overleg in aanwezigheid van familie moet gebeuren. Het beeldbellen met o.a. de familie levert voor de familie een grote verlaging van de regeldruk door de tijdbesparing die het hen oplevert. Het zien van deze verlaagde regeldruk en daarmee de verhoogde tevredenheid van de familie sterkt het besef van de nut- en noodzaak van het beeldbellen bij de wijkverpleegkundige.

Impact op ervaren regeldruk

Geen aanvullingen.

Factoren

Succesfactoren

- Lagere drempel voor familie van cliënten om betrokken te zijn bij de zorg wanneer beeldbellen wordt ingezet.
- Inzet van gebruiksvriendelijke applicaties die breed beschikbaar zijn.

Barrières:

- Geen ondersteunde zorgapplicaties, dus bijvoorbeeld beeldbellen via whatsapp.
- Geen ondersteunde devices, dus bijvoorbeeld bellen met privé telefoon door zorgprofessionals.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

Geen aanvullingen.

Sector



Consult Zorg

Sociaal domein



Hét momentum voor digitaal werken en zorg op afstand

Toelichting

Tijdens de coronacrisis heeft digitaal werken en zorg op afstand binnen de zorg een vlucht genomen. Deze kansrijke ontwikkeling is overkoepelend uitgewerkt voor alle zorgsectoren. Op deze pagina staan sector specifieke aanvullingen. Lees de algemene uitwerking [hier](#). Specifiek in het sociaal domein geldt dat keukentafelgesprekken digitaal gevoerd worden in (online) aanwezigheid van gemeente, zorgaanbieder, cliënt en naaste. Dit is vaak makkelijker en sneller te organiseren dan fysieke afspraken. Voor jeugd-GGZ werkt zorg op afstand voor specifieke doelgroepen jongeren beter dan fysieke afspraken, omdat dit voor hen drempelverlagend werkt en aansluit bij hun belevingswereld.

Impact op ervaren regeldruk

Geen aanvullingen.

Factoren

Succesfactoren

- VNG heeft productomschrijvingen versoepeld waardoor zorg op afstand mogelijk werd en heeft richtlijnen opgesteld om zorg op afstand te faciliteren.

Barrières:

- Gebrek aan middelen (bijvoorbeeld laptop) bij cliënten.
- Digitaal werken vraagt nuance per doelgroep. De leefomgeving is een belangrijk onderdeel van de zorg in het sociaal domein. Zorg op afstand is hierbij niet altijd gewenst.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Geen aanvullingen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Ga met de VNG in gesprek om de mogelijkheden voor zorg op afstand in de jeugd-GGZ op lange termijn te inventariseren.

VNG en individuele gemeenten

- Onderzoek mogelijkheden voor de inzet van zorg op afstand binnen de jeugd-GGZ op lange termijn. Betrek zorgaanbieders, zij hebben hier tijdens de coronacrisis goede ervaringen mee op gedaan.

Versoepelde termijnen voor de evaluatie van het zorgplan dragen bij aan doelmatigheid

Toelichting

Het evalueren van zorgplannen levert ervaren regeldruk op wanneer de zorgvraag van de cliënt ongewijzigd is. **Tijdens de coronacrisis hebben gemeenten de termijnen waarbinnen zorgplannen geëvalueerd moeten worden versoepeld**, bijvoorbeeld van elk half jaar naar jaarlijks, maar ook naar 'wanneer de zorgvraag wijzigt'. Dit betekent een verlenging van de geldigheidstermijn van het zorgplan bij een ongewijzigde situatie van de cliënt en een vermindering van het schrijven van nieuw zorgplan of het aanpassen van een bestaand zorgplan door de behandelaar. Daarnaast vermindert het huisbezoeken door zorgverleners en bezoeken van cliënt aan de zorgaanbieder.

Impact op ervaren regeldruk

Alleen evalueren en aanpassen van zorgplannen wanneer de zorgvraag gewijzigd is, verlaagt de ervaren regeldruk voor zorgverleners, cliënten en hun naasten. Het aantal evaluaties zal naar verwachting omlaag gaan, waardoor zowel zorgverlener, als cliënt, als vertegenwoordigers minder vaak bijeen moeten komen voor een bespreking en de zorgverlener minder vaak een nieuw zorgplan hoeft te schrijven.

Factoren

Succesfactoren

- Gemeente is naast financier ook samenwerkingspartner in het organiseren van de zorg rondom de cliënt. Dit maakt het mogelijk om de evaluatietermijn van het zorgplan af te stemmen op de cliënt.
- Er zijn meerdere gemeenten die door covid-19 nu werken met verlengde termijnen, goede voorbeelden zijn daarmee beschikbaar.

Barrières

- Afspraken moeten individueel met gemeenten gemaakt worden door zorgaanbieders.

- Met name ingewikkeld voor zorgaanbieders die contracten hebben met (veel) verschillende gemeenten.

Haalbaarheid inclusief randvoorwaarden

Het vasthouden van versoepelde evaluatietermijnen van het zorgplan lijkt haalbaar op basis van de interviews en sessie. Randvoorwaarden daarbij zijn:

- Overeenstemming tussen gemeente en zorgaanbieder over het wijzigen van de evaluatietermijnen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Faciliteer de VNG in het gesprek met gemeenten over termijnen van evaluatie van het zorgplan en de impact die een permanente versoepeling daarvan kan hebben op de ervaren regeldruk.
- Onderzoek de mogelijkheid om deze versoepeling ook in te zetten in andere sectoren waarin zorgplannen periodiek geëvalueerd moeten worden, zoals de verpleeghuissector en de GGZ.

VNG en individuele gemeenten

- Ga in gesprek met elkaar over de evaluatietermijnen van het zorgplan en onderzoek de mogelijkheden om deze (meer) af te stemmen op specifieke cliëntgroepen.

Zorgaanbieders

- Ga in gesprek met gemeenten over het vasthouden van de versoepeling, ook na de coronacrisis. Maak inzichtelijk welke tijdsbesparing dit behandelaars oplevert.



Consult Zorg



5. Nevenbevindingen



Nevenbevindingen die niet of nauwelijks van invloed zijn op de ervaren regeldruk

Tijdens dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met landelijke uitvoeringsorganisaties, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en zorgaanbieders in negen sectoren. Deze gesprekken zijn gericht op de impact die de coronacrisis heeft gehad op de regeldruk in de zorg. Tijdens al deze gesprekken zijn echter ook andere onderwerpen aangehaald door de betrokkenen, onderwerpen die buiten de scope van het onderzoek vallen. Hieruit zijn **nevenbevindingen gekomen die een gevolg zijn van de coronacrisis** en die door de betrokken partijen als waardevol en kansrijk voor de toekomst worden ervaren, maar niet van invloed zijn op de ervaren regeldruk. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om bevindingen die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg.

Deze samenvatting van deze nevenbevindingen is hier en op de volgende slides weergegeven. De nadere uitwerking van de nevenbevindingen is te vinden in bijlage A.

1. Versoepelde maatregel voor de terugkeer van (oud) medewerkers in het BIG-register wordt als haalbaar en wenselijk ervaren.

Sector: curatieve GGZ

Ervaring betrokkenen: positief

Voormalige BIG geregistreerde artsen en verpleegkundigen die weer aan het werk willen kunnen in bepaalde gevallen (o.a. BIG verlopen na 1 jan 2018) zonder te her-registreren in het BIG-register aan het werk. Dit zorgt voor een snelle opschaling van capaciteit voor de zorgaanbieder en biedt daarmee mogelijkheden voor personeelsinzet. Daarbij is sprake van tijdelijk verlaagde regeldruk voor de terugstromende zorgprofessional.

2. Huisartsen ervaren rondom de communicatie van landelijke maatregelen een grote werkdruk.

Sector: huisartsenzorg

Ervaring betrokkenen: negatief

Huisartsen zijn voor veel inwoners de eerste hulplijn bij onduidelijkheid over landelijke maatregelen en gezondheidsadviezen. Huisartsen worden bij de invoering van landelijke maatregelen echter vaak onvoldoende betrokken en geïnformeerd.

3. Verbeterde samenwerking binnen het zorgnetwerk.

Sector: verpleeghuiszorg

Ervaring betrokkenen: positief

De coronacrisis heeft bijgedragen aan een betere samenwerking binnen het zorgnetwerk, zowel lokaal, regionaal als landelijk. Lijnen zijn korter, organisaties weten elkaar sneller te vinden en zijn tot meer samenwerking bereid dan voor de coronacrisis.

Nevenbevindingen die niet of nauwelijks van invloed zijn op de ervaren regeldruk

4. Dagbesteding mag op woonlocaties georganiseerd worden.

Sector: gehandicaptenzorg

Ervaring betrokkenen: positief

Er is ruimte gekomen voor zorgverleners om het aanbod van dagbesteding af te stemmen op de individuele cliënt, waaronder het aanbieden van dagbesteding op de woonlocatie. De coronacrisis heeft laten zien dat voor een aantal cliënten dagbesteding op de woonlocatie beter is voor de gemoedstoestand van de cliënten dan dagbesteding buitenshuis. Dit verhoogt de kwaliteit van zorg en stelt de cliënt en diens behoeften centraal.

5. Initiatieven voor het snel opschalen van capaciteit blijven bestaan.

Sector: gehandicaptenzorg

Ervaring betrokkenen: positief

Tijdens de coronacrisis zijn verschillende initiatieven opgestart om extra zorgprofessionals te mobiliseren bij tekorten. Er zijn veel zorgaanbieders die hier gebruik van hebben gemaakt, waarbij het gaat om allerlei typen personeel; mensen die terugkeren in de zorg, mensen zonder specifieke ervaring, zij-instromers die opgeleid worden. De ervaringen van zorgaanbieders zijn zeer positief.

6. Ruimte van IGJ om zorg op afwijkende manieren te organiseren kan leiden tot verhoogde werkdruk.

Sector: wijkverpleging

Ervaring betrokkenen: negatief

De IGJ was tijdens de coronacrisis terughoudend in reguliere inspectiebezoeken. Hiermee benadrukken ze dat zorgprofessionals in de crisissituatie ruimte hebben om zorg op afwijkende manieren te organiseren, als dat nodig is om de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen. Deze ruimte veroorzaakte echter onduidelijkheid over wat er mogelijk was en verhoogde de ervaren regeldruk.

7. Vermindering van gezamenlijke slaapzalen wordt graag vastgehouden.

Sector: sociaal domein

Ervaring betrokkenen: positief

Door de afstands- en hygiënemaatregelen ter voorkoming van covid-19 besmettingen zijn tijdens de coronacrisis gezamenlijke slaapzalen en meerpersoonskamers minder ingezet in de maatschappelijke opvang. Als alternatief is ingezet op individueel verblijf en het tijdelijk onderbrengen van cliënten in zorghotels. Deze beweging was al gaande, maar is versneld door de coronacrisis.



Consult Zorg



6. Conclusie en discussie



Beantwoording onderzoeksvragen

Dit onderzoek is gericht op de impact van covid-19 op de regeldruk in de verschillende sectoren van de zorg. De hoofdvraag van het onderzoek is: Welke versoepelingen en/of aanscherpingen ten aanzien van regeldruk hebben er tijdens de coronacrisis plaatsgevonden en welke kansen en bedreigingen biedt dit voor de aanpak van regeldruk? Deze hoofdvraag is opgesplitst in vier subvragen. In [tabel 2](#) zijn de subvragen opgenomen en is aangegeven waar in deze rapportage de betreffende vraag beantwoord wordt. Daarnaast is op de volgende slides een aantal concrete bevindingen opgenomen waarin suggesties worden gedaan hoe het programma [Ont]Regel de Zorg kan inspelen op kansen en bedreigingen van covid-19 voor de ontwikkeling van regeldruk.

Tabel 2. De beantwoording van de vier subragen

Subvragen	Beantwoording opgenomen
Welke versoepelingen en/of aanscherpingen zijn er naar aanleiding van de coronacrisis doorgevoerd in welke zorgsector?	Uitgewerkt in hoofdstuk 4, bevindingen per sector. Dit rapport bevat een selectie van de meest kansrijke bevindingen per zorgsector, uitgewerkt in de haalbaarheid voor de toekomst, de impact op de ervaren regeldruk en de factoren die een rol hebben gespeeld. Een volledig overzicht met alle opgehaalde bevindingen per sector is beschikbaar gemaakt voor het programma [Ont]Regel de Zorg.
In hoeverre zijn deze versoepelingen en/of aanscherpingen naar aanleiding van de coronacrisis permanent?	Overzicht kansrijke bevindingen per zorgsector.
In hoeverre hebben versoepelingen en/of aanscherpingen een impact gehad op de door professionals ervaren regeldruk?	Uitgewerkt in hoofdstuk 4, bevindingen per sector.
Welke factoren hebben een rol gespeeld in het versoepelen dan wel aanscherpen van regels/protocollen tijdens de coronacrisis?	Uitgewerkt in hoofdstuk 4, bevindingen per sector.

Conclusie (1/3)

Dit onderzoek is gericht op de impact van covid-19 op de regeldruk in de zorg (sectorbreed) waarbij de volgende onderzoeksvraag leidend was:

“Welke versoepelingen en/of aanscherpingen ten aanzien van regeldruk hebben er tijdens de coronacrisis plaatsgevonden en welke kansen en bedreigingen biedt dit voor de aanpak van regeldruk?”

In dit hoofdstuk gaan we in op de algemene conclusies naar aanleiding van dit onderzoek. Hierbij is zo veel mogelijk naar de rode draad gekeken om te komen tot conclusies waar mogelijkheden zitten voor de aanpak van regeldruk in de toekomst.

Impact op regeldruk

Naar aanleiding van dit onderzoek kan in algemene zin worden gesteld dat de coronacrisis de ervaren regeldruk in de zorg heeft verhoogd. Dit wordt veroorzaakt door een aantal ingezette versoepelingen die op korte termijn een verlagend effect hebben gehad, maar door hun tijdelijke aard gecombineerd met aanwezige barrières toch zorgen voor een verhoging van de regeldruk en administratieve lasten. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de aangepaste Wlz-registratie binnen de verpleeghuiszorg, maar ook de versoepeling van de termijn van de wettelijk verplichte meldingen binnen de ggz.

Deze barrières waren er veelal al vóór covid-19, maar waren minder merkbaar. Bijvoorbeeld het feit dat zorgprofessionals en zorgaanbieders nog onvoldoende getraind en opgeleid zijn in digitaal werken, is iets wat al aanwezig was, maar sterk merkbaar werd ten tijde van covid-19. Waar de regeldruk hierbij onder de juiste randvoorwaarden (goede informatie uitwisseling en passende training en scholing voor de gebruikers) zal dalen, werd tijdens de coronacrisis juist een verhoging van de regeldruk

ervaren. Ondoelmatig gebruik van systemen met veel heen en weer geklik is daar uitwerking van.

Wat als grote succesfactor voor het verlagen van de ervaren regeldruk wordt aangegeven door het veld is vertrouwen. Vertrouwen tussen zorgaanbieders in een zorgnetwerk, vertrouwen tussen zorgaanbieders en hun financiers en inspectie, en vertrouwen tussen zorgprofessionals. Ten tijde van de coronacrisis had het leveren van de juiste zorg onder de juiste zorginhoudelijke randvoorwaarden de hoogste prioriteit. Verantwoordings- en registratie eisen verdwenen naar de achtergrond en er werd meer gewerkt op basis van vertrouwen onderling. Dit leverde een directe verlaging op van de ervaren regeldruk.

Een bedreiging hiervoor is dat wanneer de crisis het nieuwe normaal wordt, er direct teruggevallen wordt op oude werkwijzen. Hiermee vormt dit een barrière om juist verder te onderzoeken met elkaar hoe dit werken vanuit vertrouwen in plaats van vanuit verantwoording een grotere rol kan krijgen in de toekomst. Ook specifieke regelingen die zijn ingericht als crisisinterventies vormen een risico, die zorg(d)en juist voor een toename van de ervaren regeldruk.

Volgens de onderzoekers zijn er wel degelijk versoepelingen ingezet die hebben geleid tot een lagere ervaren regeldruk. Het is echter de kunst om deze regelingen ook daadwerkelijk vast te houden naar de toekomst toe. Dit lijkt op dit moment binnen veel sectoren (nog) niet mogelijk.

Conclusie (2/3)

Kansen voor het borgen van minder ervaren regeldruk

Op basis van dit onderzoek kan door het ministerie van VWS verder ingezet worden op verschillende lijnen om de regeldruk te verlagen. Het advies van de onderzoekers is om te investeren in de hieronder benoemde kansen, al dan niet in samenwerking met onder andere uitvoeringsorganisaties en veldpartijen. Deze komen direct voort uit de kansrijke bevindingen zoals deze beschreven zijn in hoofdstuk 4.

- 1) **Verder implementeren van digitalisering (inclusief informatie uitwisseling) binnen de zorg.** Denk daarbij aan het beschikbaar stellen van subsidies waar zorgaanbieders gebruik van kunnen maken binnen een bepaalde periode om hun digitale informatievoorziening verder uit te breiden en te optimaliseren. Het Twiin programma binnen de MSZ is daar een concreet voorbeeld van. Aan de andere kant maakt dit onderzoek zichtbaar dat er nog vaak barrières spelen die ten grondslag liggen aan het nog niet ver genoeg zijn met digitalisering, terwijl daar wel de oplossing ligt om de regeldruk te verlagen. Het faciliteren van de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgprofessionals speelt namelijk een belangrijke rol áls we de regeldruk in de toekomst naar beneden willen krijgen. Daarbij is de benodigde investering enerzijds gericht op 'middelen' om de digitalisering technisch mogelijk te maken en anderzijds op het oplossen van knelpunten in wet- en regelgeving (tijd en besluitvorming).
- 2) **Leren en ontwikkelen van zorgprofessionals en zorgaanbieders op het gebied van digitalisering om de culturomslag daadwerkelijk te kunnen maken.** Uit dit onderzoek blijkt dat het ontwikkelen van digitale vaardigheden voor zowel de zorgprofessional, de zorgaanbieder als de patiënt/cliënt tijd kost maar dat het de ervaren regeldruk verlaagt als dit goed gebeurt. Voorbeeld hiervan is de subsidieregeling die zorgaanbieders konden aanvragen voor het

opleiden van digicoaches vanuit het samenwerkingsverband Zorg voor innoveren. Het investeren in 'middelen' vanuit zowel zorgaanbieders als het ministerie van VWS zodat dit versneld gebeurt is daarin een mogelijkheid.

- 3) Daar waar landelijke besluiten genomen worden over (spel)regels **betrek ICT en (zorg)inhoud aan de voorkant en behoud zoveel mogelijk de ingezette versoepelingen.** Ten tijde van covid-19, waarin in een rap tempo regels werden aangepast aan de voorzijde, bleek het in de praktijk moeizaam om de effecten van de wijzigingen (al dan niet) digitaal door te vertalen. Dit terwijl de versoepelingen zelf ten tijde van de crisis juist bijdroegen aan het verlagen van de regeldruk. Aansprekende casus is daarin de versoepelde aanvraag van een Wlz-indicatie. Aangezien deze tijdelijke regeling nu afloopt, is het noodzaak om aan de randvoorwaarden te werken om deze versoepeling vast te houden.
- 4) **Verhoog de druk om passende betaaltitels te realiseren daar waar deze nog niet ontwikkeld zijn.** Uit het onderzoek blijkt dat het ontbreken van betaaltitels zorgt voor een toename van de regeldruk, omdat zorgaanbieders wegen moeten zoeken om hun inzet te financieren. Ook vormt elke afwijkende declaratievorm die ontstaat door het ontbreken van betaaltitels een bron van regeldruk. Tijdens de crisis is ervaring opgedaan met de bekostiging van digitale zorg en e-consulten en zijn er (al dan niet tijdelijke) betaaltitels gecreëerd in verschillende sectoren, zoals de medisch specialistische zorg. Ook kunnen zorgaanbieders nog meer gebruik maken van de mogelijkheden die er zijn binnen de huidige bekostigingsregels. Waardevolle ervaring van waaruit verder gebouwd kan worden aan mogelijkheden om het digitaal leveren van zorg verder te implementeren in het zorglandschap.

Conclusie (3/3)

Het investeren en faciliteren van de genoemde kansen vormen de basis om in de toekomst de regeldruk verder naar beneden te krijgen en meer ruimte te creëren voor directe patiënten- en cliëntenzorg.

De onderzoekers zijn zich bewust dat sommige genoemde conclusies niet nieuw zijn, maar méér merkbaar zijn geworden door de crisisperiode omdat in versnelt tempo initiatieven in gang gezet zijn.

Bevindingen zonder impact op regeldruk

In de gevoerde gesprekken zijn ook versoepelingen naar boven gekomen die geen of beperkte invloed hebben op de ervaren regeldruk in de zorg. Deze bevindingen vallen buiten de scope van het onderzoek, maar worden door de verschillende sectoren wel als waardevol ervaren. Enkele voorbeelden zijn;

- In de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek zijn mogelijkheden ontstaan tijdens de crisis;
 - Initiatieven rondom het snel opschalen van capaciteit van zorgpersoneel.
 - Versoepeling voor de terugkeer van (oud) medewerkers in het BIG-register.
- Dagbesteding in de gehandicaptenzorg mag georganiseerd worden op woonlocaties. Hoewel dit geen impact heeft op de regeldruk, is de kwaliteit van de zorg wel toegenomen.
- Afweging tussen wanneer een volledige accountantsverklaring noodzakelijk is en wanneer een bestuursverklaring kan volstaan wordt vaker gemaakt. Dit bespaart nalevingkosten.

Discussie (1/2)

Covid-19

De situatie met betrekking tot covid-19 is van invloed geweest op dit onderzoek. Door de maatregelen waaraan we landelijk gebonden waren gedurende de looptijd van het onderzoek heeft het volledige onderzoek, inclusief de interviews en groepssessies, digitaal plaatsgevonden. Hoewel we inmiddels gewend zijn aan deze situatie, is niet uit te sluiten dat dit met name bij de groepssessies van invloed is geweest. Ervaring leert dat de dynamiek die in groepssessies ontstaat kan bijdragen aan het onderzoek. Deze dynamiek is anders wanneer sessies digitaal plaatsvinden, wat ervoor gezorgd kan hebben dat discussies minder scherp gevoerd zijn of dat er minder onderling aangevuld is op de bevindingen.

Beperken van regeldruk als uitgangspunt

Vanaf de aanvang van het onderzoek is het uitgangspunt geweest om de regeldruk die voort kan komen uit dit onderzoek zelf zo veel mogelijk te beperken. De werkdruk van zorgprofessionals is tijdens de coronacrisis al een stuk hoger dan normaal en zowel de onderzoekers als het ministerie van VWS als opdrachtgever, hebben het uitgangspunt gehanteerd dat zij zo min mogelijk belast dienden te worden. Het is denkbaar dat dit van invloed is geweest op de resultaten van het onderzoek, op de volgende punten:

- Veel (maar niet alle) zorgaanbieders kozen er in overleg met de onderzoekers voor om beleidsmedewerkers deel te laten nemen aan de sessies. Het beeld van de onderzoekers is dat zij goed in staat waren om deel te nemen en over veel informatie beschikken. Zij staan echter niet zelf aan het bed.
- Vanwege de druk bij en planning van de huisartsen bleek het niet mogelijk om een sessie te organiseren op een moment dat iedereen schikte, ook niet in de avonduren. Dit ondanks dat 1800 huisartsen benaderd zijn voor deelname. Als gevolg hiervan is tijdens het onderzoek uitgeweken naar persoonlijke interviews met de huisartsen, wat betekent dat zij niet de mogelijkheid hadden om met elkaar in

discussie te gaan of elkaar aan te vullen zoals in andere sessies.

- Vanwege de overlap in organisaties en deelnemers zijn de sessies van de verpleeghuiszorg en de wijkverpleging samengevoegd tot één sessie. Als gevolg hiervan is het onderscheid tussen deze twee sectoren in de bevindingen soms lastig aan te duiden. Het gaat vaak om dezelfde organisaties die verpleeghuiszorg en wijkverpleging leveren. In de presentatie van de bevindingen is het verschil kenbaar gemaakt door de financieringsstroom (Wlz of Zvw) als uitgangspunt te nemen.

Representativiteit

Dit onderzoek gaat over negen sectoren in de zorg. Het is niet het streven geweest om een statistisch representatief onderzoek uit te voeren voor al deze negen sectoren. De onderzoekers hebben gestreefd naar het geven van een indicatief beeld per sector. Desondanks is goed te beseffen dat de omvang van de groepssessies varieerden van 3 tot 8 deelnemers, waarbij de betrokken groep huisartsen via individuele gesprekken de kleinste groep was. Bij de uitwerking van de kansrijke bevindingen zijn aanvullende individuele gesprekken gevoerd met deelnemers om zaken te toetsen en verder uit te vragen.

Inzet LinkedIn groep

Als onderdeel van de onderzoeksopzet is bij aanvang van het onderzoek een LinkedIn groep ingericht. Doel van deze groep was het delen en toetsen van de opgehaalde bevindingen en hier, in een bredere groep dan alleen de groepssessies, input op te halen. Lopende het onderzoek bleek dat hierop nauwelijks respons kwam, er zijn dan ook geen resultaten vanuit de LinkedIn groep meegenomen. Oorzaak kan liggen in het feit dat de doorlooptijd van het onderzoek mogelijk te kort is om een dergelijke groep niet alleen te creëren, maar ook tot een actieve groep te maken en ervoor te zorgen dat deze ook zichtbaar wordt in de tijdlijn van gebruikers.

Discussie (2/2)

Terminologie: werkdruk, (ervaren) regeldruk, administratieve lasten

Dit onderzoek is gericht op ervaren regeldruk en administratieve lasten in de zorg als gevolg van covid-19. In de gesprekken met betrokkenen blijkt dat het theoretische onderscheid dat te maken is tussen deze concepten, in praktijk soms lastig te scheiden is van de ervaren werkdruk. Ook de vraag of de verlaging of verhoging van de regeldruk heeft plaatsgevonden als direct gevolg van covid-19, of dat het zonder crisis ook had plaatsgevonden, bleek in de praktijk niet altijd eenduidig te beantwoorden. Daarnaast is het subjectieve aspect belangrijk in de ervaren regeldruk; eenzelfde registratie wordt verschillend ervaren. Hierbij leert de ervaring met eerder onderzoek naar administratieve lasten, dat het herkennen en begrijpen van het nut en de noodzaak van bepaalde administratie en registratie, helpt in het verminderen van de ervaren regeldruk. Tenslotte is de aanpak van regeldruk complex, vanwege de vele verschillende betrokken actoren in het proces en de eigen invloedssfeer van die actoren. Het afschaffen van een bepaalde registratie op landelijk niveau, zorgt nog niet noodzakelijkerwijs voor een aangepast beleid binnen zorgaanbieders. Oorzaak hiervan kan zijn dat zorgaanbieders zich niet bewust zijn van de wijziging, dat zorgaanbieders gebruik maken van de registratie voor hun interne stuurinformatie of dat de registratie terugkomt in verantwoordingsgegevens van de financier. Het advies is om bij een volgend gelijksoortig onderzoek de definitie te versmallen naar bijvoorbeeld 'administratieve last', waardoor het onderzoek specifiek ingestoken kan worden.



Consult Zorg

Bijlagen



Inhoudsopgave bijlagen

- A. Nevenbevindingen
- B. Betrokken landelijke uitvoeringsorganisaties, brancheorganisaties en beroepsverenigingen
- C. Deelnemers groepssessies
- D. Literatuurlijst documentenanalyse
- E. Gebruikte afkortingen
- F. Voorbeelden per sector



Consult Zorg



Bijlage A. Nevenbevindingen



Nevenbevindingen

Tijdens dit onderzoek zijn gesprekken gevoerd met landelijke uitvoeringsorganisaties, brancheorganisaties, beroepsverenigingen en zorgaanbieders in negen sectoren. Deze gesprekken zijn gericht op de impact die de coronacrisis heeft gehad op de regeldruk in de zorg. Tijdens al deze gesprekken zijn echter ook andere onderwerpen aangehaald door de betrokkenen, onderwerpen die buiten de scope van het onderzoek vallen. Hieruit zijn **nevenbevindingen gekomen die een gevolg zijn van de coronacrisis** en die door de betrokken partijen als waardevol en kansrijk voor de toekomst worden ervaren, maar niet van invloed zijn op de ervaren regeldruk. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om bevindingen die van invloed zijn op de kwaliteit van zorg.

Deze nevenbevindingen worden weergegeven op de volgende slides.

1. Versoepelde maatregel voor de terugkeer van (oud) medewerkers in het BIG-register wordt als haalbaar en wenselijk ervaren

Toelichting

Voormalige BIG geregistreerde artsen en verpleegkundigen, die weer aan het werk willen, kunnen in bepaalde gevallen (o.a. BIG verlopen na 1 jan 2018) zonder te her-registreren in het BIG-register aan het werk. Dit geldt overigens voor alle BIG geregistreerde artsen en verpleegkundigen, niet alleen GGZ. Dit zorgt voor een snelle opschaling van capaciteit voor de zorgaanbieder en biedt daarmee mogelijkheden voor personeelsinzet. Daarbij is sprake van tijdelijk verlaagde regeldruk voor de terugstromende zorgprofessional.

Impact op ervaren werkdruk

Het versoepelen van een terugkeer in de werkpraktijk leidt voornamelijk in het primair proces tot een verlaagde ervaren werkdruk. Het snel opschalen van capaciteit, en daarmee verlagen van de werkdruk, weegt voor de zorgprofessional op tegen de aanvullende werkafspraken die gemaakt moeten worden, of de supervisie die gedaan moet worden om de inzet van de terugstromende zorgprofessional te borgen. Dit komt omdat het intercollegiale controle en vertrouwen wordt ervaren als een verlengstuk van de professionele autonomie.

Factoren

Succesfactoren

- Vertrouwen op kennis en kunde van medewerkers – primair proces.
- Intercollegiale controle.
- Scholingsprogramma 'terug in de praktijk'.

Barrières

- Eisen voortkomend uit wet BIG.
- Kan zorgprofessional zelf voldoende afwegen waar deze wel/niet voldoende bekwaam in is – secundair proces.

Haalbaarheid

Haalbaarheid van het vasthouden van deze versoepeling vraagt een wetswijziging van de wet BIG, dit is een beperkende factor. Het vasthouden en inzetten van deze versoepeling wordt door instellingen zelf als haalbaar gezien, waarbij hun interne werkprocessen minimaal worden belast.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Exploreer de mogelijkheden voor experimenteerruimte binnen wet BIG.

Zorgaanbieders

- Geen specifieke aanbevelingen.

2. Huisartsen ervaren rondom de communicatie van landelijke maatregelen een grote werkdruk

Toelichting

Huisartsen zijn voor veel inwoners de eerste hulplijn bij onduidelijkheid over landelijke maatregelen en gezondheidsadviezen. Huisartsen worden bij de invoering van landelijke maatregelen echter vaak onvoldoende betrokken en geïnformeerd. Hierdoor moeten huisartsen vaak last-minute uitzoeken en afstemmen met experts en collega's wat precies bedoeld wordt, om vervolgens patiënten goed te informeren en waar nodig uitgezette acties aan te passen.

Impact op ervaren werkdruk

De toenemende stroom aan snel wijzigende gezondheidsadviezen en landelijke maatregelen leidt tot meer vragen vanuit patiënten aan de huisarts. Dit geeft een grotere belasting van de huisartsenpraktijken en een verzwaring van de werkdruk. Deze toename zit in het meer beantwoorden van telefonische vragen, het uitzoeken van ontbrekende informatie in de communicatie richting de huisartsen en het onder tijdsdruk verzamelen van veelgestelde vragen en het updaten van de website. Specifiek rondom de griepvaccinatie voor zwangere vrouwen moesten al ingeplande vaccinaties verzet worden, nadat bekend werd dat een tussenperiode nodig was voor of na de coronavaccinatie.

Factoren

Succesfactoren

- Betrekken van huisartsen bij de (communicatie over) invoering van landelijke maatregelen en gezondheidsadviezen.

Barrières

- Het is niet mogelijk om landelijke maatregelen met veel impact eerst naar de huisartsen te communiceren en daarna pas aan het grote publiek. Daarvoor is de huisartsenpoule te groot en het gevaar op uitlekken te groot.

Haalbaarheid

Naar verwachting blijft de rol van de huisarts in het communiceren van de impact en uitvoering van (crisis)interventies en gezondheidsadviezen groot. Vanuit de huisartsen worden verschillende manieren gezien om de werkdruk die dit nu oplevert te verlichten. Dit vraagt voornamelijk om inzet vanuit de zorgaanbieders en branchepartijen zelf om hier zo goed mogelijk op te anticiperen, maar hierbij kunnen uitvoeringsorganisaties goed ondersteunen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Huisartsen spelen een cruciale rol in de informatieoverdracht van landelijke maatregelen, daar beter op anticiperen verlicht de werkdruk. Organiseer hiervoor een gesprek tussen de LHV, de NHG en het RIVM, VWS en de Gezondheidsraad, met als insteek om te onderzoeken hoe de LHV en NHG vroegtijdig betrokken kunnen worden bij de communicatie van landelijke maatregelen en gezondheidsadviezen. Bijvoorbeeld door alvast de verschillende scenario's die voorliggen te delen en samen te werken aan landelijke communicatieteksten die na berichtgeving snel verspreid kunnen worden en die makkelijk op de website van de huisartsen kunnen worden geplaatst.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Sluit aan bij het gesprek met VWS en uitvoeringsorganisaties over de inrichting en communicatie van landelijke maatregelen en gezondheidsadviezen, zie de vorige aanbeveling.
- Ondersteun huisartsen met standaard uitleg en FAQ voor op hun eigen website.

3. Verbeterde samenwerking binnen het zorgnetwerk

Toelichting

De coronacrisis heeft bijgedragen aan een betere samenwerking binnen het zorgnetwerk, zowel lokaal, regionaal als landelijk. Lijnen zijn korter, organisaties weten elkaar sneller te vinden en zijn tot meer samenwerking bereid dan voor de coronacrisis. Dit is zichtbaar geworden in afspraken over de versnelde doorstroom van cliënten van ziekenhuis naar verpleeghuis en het inrichten van regionale covid-units als resultaat van samenwerking tussen verschillende verpleeghuizen.

Impact op ervaren regeldruk

De uitbreiding van regionale samenwerkingen geven een verzwaring van de ervaren regeldruk, doordat het een extra taak is. Tijd moet worden vrijgemaakt in al volle agenda's om te overleggen. Daarnaast is het daadwerkelijk plannen van dergelijke overleggen en de aanwezigheid verzwarend voor de ervaren regeldruk. Echter, doordat de lijnen veel korter zijn en de handelingsruimte daardoor beter op elkaar aansluit, leidt het tot betere resultaten ten behoeve van de cliënten. Dit maakt dat, ondanks de hogere ervaren regeldruk, de waarde wel wordt ingezien door de betrokkenen.

Factoren

Succesfactoren

- Opschalen en afschalen van de samenwerking/overleggen op basis van de situatie; doen wat nodig is (en niet meer of minder).
- Tijdsinstaat op lange termijn door kortere lijnen en snellere onderlinge afstemming. Kennismaken is niet (meer) nodig.

Barrières

- Afstemmen vraagt extra tijd in agenda's van mensen die vaak al vol zitten.

- Er is geen vergoeding voor de zorgprofessionals voor overleggen.

Haalbaarheid

Het vasthouden van de kortere lijnen in regio's en verbeterde samenwerking voor de toekomst lijkt op basis van het onderzoek haalbaar voor de toekomst. Randvoorwaarden daarbij zijn:

- Kritische beoordeling van overleggen binnen zorgnetwerken, waarbij taken en verantwoordelijkheden helder uiteen gezet zijn. Wanneer een overleg niet (meer) als waardevol wordt ervaren, hier ook weer mee stoppen.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

Ga op zoek naar best practices van domein overstijgende samenwerkingen die tijdens de crisis zijn opgezet en deel deze in het land. Denk aan;

- Samenwerkingen tussen ziekenhuizen en verpleeghuizen t.b.v. de doorstroom van patiënten.
- Regionale samenwerkingen tussen verpleeghuizen en de GGD t.b.v. de inrichting van covid-units voor ouderen.

4. Dagbesteding mag op woonlocaties georganiseerd worden

Toelichting

Door het versoepelen van de regelgeving rondom dagbesteding is meer ruimte gekomen voor zorgverleners om het aanbod van dagbesteding af te stemmen op de individuele cliënt. Er zijn allerlei alternatieven voor dagbesteding ontstaan, denk aan dagbesteding op de woonlocatie, bellen en digitale dagbesteding, creatieve dagprogramma's voor thuis, individuele begeleiding op de dagbestedingslocatie et cetera. Met name de eerste invulling, dagbesteding op de woonlocatie, blijkt een positieve uitwerking te hebben. De coronacrisis heeft laten zien dat voor een aantal cliënten dagbesteding op de woonlocatie beter is voor de gemoedstoestand van de cliënten dan dagbesteding buitenshuis. Uiteraard zijn er ook cliënten die juist gebaad zijn bij dagbesteding op een externe locatie. Uitgangspunt blijft dat overeenstemming nodig is over de vorm van dagbesteding met de cliënt of diens vertegenwoordiger.

Impact op de kwaliteit van zorg

Er is geen impact op de regeldruk. De vorm van de dagbesteding dient besproken te worden met de cliënt of diens vertegenwoordiger, maar dat is op dit moment ook al het geval en het leidt daarmee niet tot een extra bespreekmoment. Wel is er impact op de kwaliteit van de zorg. De winst zit in de mogelijkheid om de dagbesteding individueel in te richten, zodat het beter aansluit bij de wens van de individuele cliënt.

Factoren

Succesfactoren

- Het is mogelijk om nog beter aan te sluiten bij de individuele behoefte van de cliënt.
- Organisaties die hier tijdens de coronacrisis ervaring mee hebben opgedaan zijn positief.
- Er lopen pilots waar geleerde lessen uit opgehaald kunnen worden.

Barrières

- Het inregelen van een andere werkwijze kan een tijdelijke verzwaring van de regeldruk veroorzaken.
- De prestatiebeschrijving voor dagbesteding moet (nog verder) aangepast worden door de NZa.

Haalbaarheid

De haalbaarheid is afhankelijk van de beschikbare ruimte binnen woonlocaties en de tijd van de zorgaanbieder om deze wijze van dagbesteding te organiseren voor de individuele cliënt. Desondanks zien zorgaanbieders het als een kans om nog beter aan te sluiten bij de behoeften van het individu en lopen er in het land verschillende pilots waarin de verschillende mogelijkheden onderzocht worden.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Organiseer een rondetafelgesprek tussen VWS, NZa, ZINL en VGN om de mogelijkheden om de prestatiebeschrijving voor dagbesteding specifiek voor de gehandicaptenzorg verder te verruimen.
- Ondersteun de lopende pilots van zorgaanbieders waar nodig ook ná de coronacrisis met regelruimte in de prestatiebeschrijving van de NZa.

Beroepsverenigingen en brancheorganisaties

- Verzamel ervaringen vanuit de lopende pilots in het land en deel deze ervaringen in het rondetafelgesprek met VWS, zodat de voor- en nadelen inzichtelijk zijn op basis van de afgelopen maanden. Geef daarbij ook de ervaring van de cliënt en familie een prominente plek.

5. Initiatieven voor het snel opschalen van capaciteit blijven bestaan

Toelichting

Tijdens de coronacrisis zijn verschillende initiatieven opgestart om extra zorgprofessionals te mobiliseren bij tekorten. Er zijn veel zorgaanbieders die hier gebruik van hebben gemaakt, waarbij het gaat om allerlei typen personeel; mensen die terugkeren in de zorg, mensen zonder specifieke ervaring of zij-instromers die opgeleid worden. De ervaringen van zorgaanbieders zijn zeer positief. De afgelopen tijd is gebruikgemaakt van:

- Nationale Zorgreserve, voor verzorgenden en verpleegkundigen.
- Extrahandenvoorde zorg.nl, voor verzorgenden en verpleegkundigen.
- BackupCrew, landelijk initiatief door geneeskundestudenten.
- Ready2Help, voor vrijwilligers zonder zorgachtergrond.

Impact op personeelstekort

Er is geen impact op de regeldruk, maar er is wel een positieve impact op de personeelstekorten en daarmee op de werkdruk van zorgprofessionals. De inzet van de genoemde initiatieven is geïnitieerd door covid-19, maar problemen rondom personeelstekorten in de zorg en werkdruk spelen al langere tijd.

Factoren

Succesfactoren

- Mogelijkheid om medewerkers in opleiding waardevolle ervaring op te laten doen, al dan niet als onderdeel van hun opleiding.
- Mogelijkheid om mensen van buiten de zorgsector kennis te laten maken met het veld en hen zo te enthousiasmeren voor het werk.

Barrières

- Het organisatorische aspect rondom de initiatieven zorgt op korte termijn voor een verzwaring van de werkdruk voor ondersteunend personeel.

Haalbaarheid

De haalbaarheid is afhankelijk van de ruimte die organisaties voelen om aan te sluiten bij dergelijke initiatieven. Met name in crisissituaties of momenten van hoge werkdruk is de haalbaarheid afhankelijk van in hoeverre organisaties ruimte voelen voor de praktische organisatie.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Onderzoek samen met het ministerie van OCW de mogelijkheden om de inzet van zorgpersoneel in opleiding (Mbo, Hbo en WO) bij dergelijke initiatieven op te laten nemen als stage-mogelijkheden in de opleiding.
- Ga met de initiatieven die tijdens de crisis opgericht zijn om tafel om met hen de periode te evalueren, zodat het initiatief dat blijft bestaan (Nationale Zorgreserve) de lessons learned kan meenemen. Deel het bestaan van dit initiatief actief met het veld.

Zorgaanbieders

- Neem alvast contact op met dergelijke initiatieven in rustige(re) perioden om kennis te maken en de werkwijze door te spreken. Dit versnelt de inzet in crisissituaties en verlaagt de werkdruk op dat moment.
- Onderzoek de mogelijkheden in de eigen organisatie om via dergelijke initiatieven de werkdruk voor personeel te verlichten bij bijvoorbeeld een griepgolf.

6. Ruimte van IGJ om zorg op afwijkende manieren te organiseren kan leiden tot verhoogde regeldruk zonder afwegingskaders

Toelichting

De IGJ heeft tijdens de crisis haar rol op een andere manier ingevuld dan gebruikelijk. De crisis dwingt zorgaanbieders tot het maken van ingewikkelde keuzes, waarbij de inspectie het uitgangspunt hanteert dat zorgaanbieders in de crisissituatie de ruimte hebben om de zorg op een afwijkende manier te organiseren. Hierbij staat het bieden van veilige en verantwoorde zorg voorop, moet de professionele afweging navolgbaar zijn en worden vastgelegd, en blijft de bestuurder eindverantwoordelijk.

Impact op ervaren werkdruk

Het bieden van de mogelijkheid om zorg op een afwijkende manier te organiseren is door sommige zorgaanbieders ervaren als zeer verhogend voor de werkdruk. Door persoonlijke interpretatie van 'afwijkend organiseren' is binnen verschillende organisaties verdeeldheid en chaos opgetreden over wat wel en wat niet kon, mocht en paste binnen de regels. Werkprocessen konden wijzigen met de dag. Dit gaf voor wijkverpleegkundigen onduidelijkheid in wat wel of niet van hen verwacht werd en zelfs een gevoel van onveiligheid, omdat ze niet konden overzien of de kwaliteit en veiligheid van hun cliënten voldoende was geborgd.

Factoren

Succesfactoren

- n.v.t.

Barrières

- N.v.t.

Haalbaarheid

Haalbaarheid van het terugdraaien van de versoepeling is hoog, gezien deze niet permanent is. Ten opzichte van opkomende toekomstige vrijheden in het organiseren van zorg, ligt de taak bij de organisatie om een afwegingskader en een communicatiestructuur te creëren, waarin afwijkingen op duidelijke wijze de organisatie in kunnen worden gebracht.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Let bij toekomstige versoepelingen op definities en heb aandacht voor verschillende wijze van interpretatie door zorgaanbieders. Wanneer definities ruimte bieden voor eigen interpretatie van zorgaanbieders, geef dit er dan bij aan.

7. Vermindering van gezamenlijke slaapzalen wordt graag vastgehouden

Toelichting

Door de afstands- en hygiënemaatregelen ter voorkoming van covid-19 besmettingen zijn tijdens de coronacrisis gezamenlijke slaapzalen en meerpersoonskamers minder ingezet in de maatschappelijke opvang. Als alternatief is ingezet op individueel verblijf en het tijdelijk onderbrengen van cliënten in zorghotels. Deze beweging was al gaande, maar is versneld door de coronacrisis.

Impact op kwaliteit van zorg

Een beweging die al gaande was, is versneld door de coronacrisis. Dit heeft geen invloed op de ervaren regeldruk, maar wel op de kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders geven aan van mening te zijn dat de inzet van individuele opvang de kwaliteit van de zorg verhoogt. Daarnaast biedt aparte opvang rust en betere gezondheid, vermindering van onzekerheid (loting aan de poort) en rust overdag.

Factoren

Succesfactoren

- Al voor de coronacrisis in gang gezet, nu versneld.
- Samenwerking tussen verschillende partners is opgezet in de afgelopen periode; gemeenten, zorgaanbieders, woningbouw en zorghotels.

Barrières

- Krapte op de woningmarkt en daarmee beperking van de mogelijkheden.
- Financiering ontbreekt nog. Tijdens de coronacrisis hebben zowel zorgaanbieders als gemeenten meerkosten gerapporteerd als gevolg van het openen van extra locaties.

Haalbaarheid

Haalbaarheid is afhankelijk van de beschikbaarheid van huisvesting en zal daarmee verschillen per regio. Dit vereist overleg tussen zorgaanbieder, gemeente en woningbouwvereniging.

Aanbevelingen

VWS en uitvoeringsorganisaties

- Ga met de VNG in gesprek over de mogelijkheden voor al dan niet tijdelijke financiering van de huisvesting in gemeenten, waar dit door de crisis voor meerkosten heeft gezorgd. Gedacht kan worden aan een subsidieregeling om op termijn te komen voor een permanente oplossing.

Bijlage B: Betrokken landelijke uitvoeringsorganisaties, brancheorganisaties en beroepsverenigingen

Sector	Gesproken landelijke organisaties,
Curatieve GGZ	De Nederlandse ggz, Jeugdzorg Nederland
Paramedische zorg	KNGF (Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie), PPN (Paramedisch Platform Nederland)
Huisartsenzorg	Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Farmacie	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Verpleeghuiszorg	ActiZ
Gehandicaptenzorg	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
Medisch specialistische zorg	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Federatie Medisch Specialisten (FMS)
Wijkverpleging	ActiZ, ZorgthuisNL
Sociaal Domein	Vereniging Nederlandse Gemeenten (Wmo en Jeugd), Valente, Jeugdzorg Nederland
Sector overstijgend (regulerend en toezichthoudend)	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (zorgverzekeraars en zorgkantoren), Zorginstituut Nederland (ZiNL), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

Bijlage C: Deelnemers groepssessies

In de derde fase van het onderzoek is per zorgsector een groepssessie georganiseerd, waarvoor diverse zorgaanbieder zijn uitgenodigd. Tabel 4 geeft een aanduiding van de gesproken zorgaanbieders per zorgsector. Vanwege de grote overlap in aanbieders van verpleeghuiszorg en wijkverpleging is besloten één groepssessie voor deze sectoren te organiseren. Voor het behouden van de anonimiteit wordt alleen verwezen naar het soort organisatie en werkgebied.

Tabel 4. Overzicht werkgebied gesproken zorgaanbieders

Sector	Gesproken zorgaanbieders
Curatieve GGZ	Grote zorgaanbieder in regio Oost-Brabant, grote zorgaanbieder van specialistische behandeling en ondersteuning in regio Midden- en West-Brabant, landelijk werkende jeugd-GGZ aanbieder.
Paramedische zorg	Grote fysiopraktijk in regio haaglanden, ergotherapiepraktijk in Noord-Brabant, ergotherapiepraktijk in Zuid-Holland.
Huisartsenzorg	Huisartsenpraktijk in Almere, huisartsenpraktijk nabij Heerenveen, huisartsenpraktijk regio Utrecht.
Farmacie	Openbare apotheek in Voorburg, openbare apotheek in Zoetermeer, openbare apotheek in Purmerend, openbare apotheek in Borne.
Verpleeghuiszorg + Wijkverpleging	Grote zorgaanbieder van verpleeghuiszorg en thuiszorg in de regio's Midden-Delfland, Westland, Regio West, grote zorgaanbieder van verpleeghuiszorg en thuiszorg in de regio Noord Zuid-Holland, grote zorgaanbieder van thuiszorg in de regio Twente, middelgrote zorgaanbieder in de regio Flevoland.
Gehandicaptenzorg	Twee landelijk werkende zorgaanbieders, grote zorgaanbieder in Noord-Brabant en Limburg, grote zorgaanbieder in Zuid-Holland, grote zorgaanbieder in Zuid-Holland, Midden-Brabant en West-Brabant, Utrecht en delen van Zeeland.
Medisch specialistische zorg	Ziekenhuis in regio Amstelland, ziekenhuis in Friesland, academisch ziekenhuis in Friesland.
Sociaal Domein	Landelijk werkende jeugd-GGZ aanbieder, zorgaanbieder voor dagbesteding in Zuid-Holland, grote aanbieder van huishoudelijke ondersteuning in de regio Rotterdam, grote BW en MO zorgaanbieder in Noord-Holland, grote zorgaanbieder in ondersteuning en behandeling in Zuid-Holland en West-Brabant.

Bijlage D: Literatuurlijst documentenanalyse (1/4)

Bronvermelding
Zorg op afstand bij corona: hoe declareer je dat? - Nederlandse Zorgautoriteit. (z.d.). Nederlandse Zorgautoriteit. Geraadpleegd op 05 augustus 2021, van https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_304668_22/1/
Hinloopen, H. (2020, 25 mei). Bernhoven: minder bureaucratie, meer overleg met rvc tijdens crisis. Zorgvisie. https://www.zorgvisie.nl/bernhoven-minder-bureaucratie-meer-overleg-met-rvc-tijdens-crisis/?ipaccess=1
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 22 april). Versoepelingen NZa-regels tijdens corona. Medisch-specialistische zorg Nederlandse Zorgautoriteit. https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-behandelingen/versoepelingen-regels-tijdens-corona
VvAA. (2021, 11 maart). Onzinnige regels drukken nog steeds zwaar op zorgverleners. https://www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/ontregelmonitor2021
Van Tuyl, L. H. D., Batenburg, R. S., Van Keuper, J. J., Meurs, M., & Friele, R. (z.d.). Hoe hebben huisartsenpraktijken tijdens de coronapandemie administratieve lasten ervaren? Nivel. Nivel. Geraadpleegd op 7 juli 2021, van https://www.nivel.nl/nl/nieuws/hoe-hebben-huisartsenpraktijken-tijdens-de-coronapandemie-administratieve-lasten-ervaren
Wilman, S. (2021, 1 april). App versnelt vaccinatie door administratielast zorginstellingen te verlichten. Zorgvisie. https://www.zorgvisie.nl/app-versnelt-vaccinatie-door-administratielast-zorginstellingen-te-verlichten/?utm_medium=email&utm_source=20210402+zorgvisie+nieuwsbrief+-dagelijks&utm_campaign=NB_Zorgvisie&tid=TIDP811868X87D8F2731BAF4FFCB1D04D3F5A7770E2Y14?ipaccess=1
Van de Glind, I., & Van de Ven, G. (2020, 6 augustus). FWG_Essay1_Onder druk wordt alles vloeibaar.pdf. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. https://www.vgn.nl/documenten/fwgessay1onder-druk-wordt-alles-vloeibaarpdf
Van de Glind, I., Van de Ven, G., & Westerbeek, A. (2020, 6 augustus). FWG_Essay2_Een pleidooi voor vakmanschap.pdf. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. https://www.vgn.nl/documenten/fwgessay2een-pleidooi-voor-vakmanschappdf

Bijlage D: Literatuurlijst documentenanalyse (2/4)

Bronvermelding
Van de Poel, P. (2020, 6 april). Coronavirus 'ontregelt' de zorg. Skipr. https://www.skipr.nl/nieuws/coronavirus-ontregelt-de-zorg/?daily=1&utm_medium=email&utm_source=20200407%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm_campaign=NB_SKIPR
Versoepeling zorgregels tijdens coronacrisis. (2020, 6 april). Vilans. https://www.vilans.nl/artikelen/regeldruk-versoepeling-zorgregels-tijdens-coronacrisis
Coronacrisis biedt unieke kans voor aanpak regeldruk. (2020, 22 juni). Vilans. https://www.vilans.nl/artikelen/coronacrisis-biedt-unieke-kans-voor-duurzame-aanpak-regeldruk
Kennisplein Zorg voor Beter. (2020, 26 oktober). Minder registreren door corona. Hoe hou je dat vast? Zorg voor Beter. https://www.zorgvoorbeter.nl/nieuws/poll-regeldruk-corona
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021b, juni 16). Maatregelen minister: voormalig verpleegkundigen en artsen mogen aan de slag en uitstel herregistratie. Nieuwsbericht BIG-register. https://www.bigregister.nl/actueel/nieuws/2020/03/18/deur-open-voor-voormalig-verpleegkundigen-en-artsen-en-uitstel-herregistratie
Peter van Lieshout - De zegeningen van Corona. (2020, 2 juni). Actie Leer Netwerk. https://www.actieleernetwerk.nl/artikel/blog/de-zegeningen-van-corona/
Baltesen, F. (2020, 31 maart). IGJ stopt alle reguliere inspecties. Skipr. https://www.skipr.nl/nieuws/igj-stopt-alle-reguliere-inspecties/
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020b, mei 25). IGJ tijdens COVID-19, een andere werkwijze maar dezelfde verantwoordelijkheid. Nieuwsbericht Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2020/04/04/igj-tijdens-covid-19-een-andere-werkwijze-maar-dezelfde-verantwoordelijkheid
Batenburg, R., Keuper, J, Vis, E., Flinterman, L., Bosmans, M. en Leemrijse, C. Geleerde lessen in coronatijd van grote waarde voor huisartsenpraktijken bij eventuele tweede golf. Gevolgen corona in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nivel, 2020

Bijlage D: Literatuurlijst documentenanalyse (3/4)

Bronvermelding
Heins, M., Hek, K., Hooiveld, M., Hendriksen, J. & Korevaar, J. Impact coronapandemie op zorgvraag bij huisartsen - week 36 . Utrecht: Nivel, 2020.
Tuyl, L. van, Batenburg, R., Keuper, J., Meurs, M., Friele, R.. Toename gebruik e-health in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie. Organisatie van zorg op afstand in coronatijd. Utrecht: Nivel, 2020
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020, 20 maart). NZa brengt extra verruiming aan voor zorg op afstand. NZa. https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/03/17/nza-brengt-extra-verruiming-aan-voor-zorg-op-afstand
Voortgang gegevensuitwisseling bij spoed Tweede Kamer der Staten-Generaal. (2021, 30 april). https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2021Z07291&did=2021D16088 .
KNGF. (2021, juni). Eindrapportage onderzoek herstelzorg fysiotherapie. https://www.kngf.nl/actueel/2021/juni/ex-covidpatienten-lopen-te-lang-door-met-klachten.html
Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2021 - Nederlandse Zorgautoriteit. (2020, 1 maart). Nederlandse Zorgautoriteit. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316224_22/1/
COVID-19: Recovery and resilience in healthcare. (2020). KPMG. https://home.kpmg/xx/en/home/industries/healthcare/covid-19-and-healthcare/covid-19-recovery-and-resilience-healthcare.html
De Lange, S. T. H. (2021, 3 september). Welke coronalessen moeten zorgbestuurders vasthouden? Zorgvisie. https://www.zorgvisie.nl/welke-coronalessen-moeten-zorgbestuurders-vasthouden/
Besturen tijdens en ná corona. (2021, 3 mei). Vilans. https://www.vilans.nl/producten/besturen-tijdens-en-na-corona

Bijlage D: Literatuurlijst documentenanalyse (4/4)

Bronvermelding
Adema, W. J. (2020, 11 november). B-20-5458 Verlenging coronamaatregelen voor wijkverpleging tot 31 december 2020. https://www.zn.nl/corona/documenten?folderid=5031526401 . https://www.zn.nl/corona/documenten?folderid=5031526401
ActiZ en Berenschot. (2020, juni). Inventarisatie externe regeldruk verpleeghuiszorg. https://www.actiz.nl/sites/default/files/2021-02/Impact%20in%20beeld%20-%20Inventarisatie%20externe%20regeldruk%20verpleeghuiszorg.pdf
Heida, Jan-Peter, Slag, Mischiel. Coronavirus en de openbare apotheek. Utrecht: KNMP, 2020.
KNMP. (2020, december). Jaarverslag KNMP 2020. https://www.knmp.nl/knmp/knmp-vereniging/knmp-jaarverslag

Bijlage E: Gebruikte afkortingen

Afkorting	Betekenis
GGZ	curatieve GGZ
PZ	paramedische zorg
HZ	huisartsenzorg
F	farmacie
VHZ	verpleeghuiszorg
GHZ	gehandicaptenzorg
MSZ	medisch specialistische zorg
WV	wijkverpleging
SD	sociaal domein
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
Jw	Jeugdwet
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
Wkkgz	Wet Kwaliteit en Klachten Zorg



Bijlage F. Voorbeelden per sector



Eenvoudigere en snellere rapporteren met digitale applicaties

Wat is hiervoor nodig?

Het gebruik van digitale applicaties vraagt digivaardigheid van de medewerkers, scholing op de gebruikte applicaties en uiteraard de beschikbaarheid van de digitale middelen. Verschillende zorgaanbieders ondersteunen hun medewerkers hiermee door het opleiden van digicoaches en het geven van scholing.

Maakt jullie organisatie al gebruik van de digitale rapportagemogelijkheden in het ECD?

Ervaring uit de praktijk

Verschillende ECD-leveranciers hebben tijdens de coronacrisis extra aandacht besteed aan het bieden van rapportagemogelijkheden vrij van tijd en locatie. Via een digitale applicatie kan de zorgprofessional via een digitale devices, zoals smartphone of tablet op locatie toegang krijgen tot het cliëntdossier en de rapportagemogelijkheden. Voor veel medewerkers geeft deze vorm van toegang een **vermindering van administratieve handelingen**. Medewerkers geven aan dat ze via de app sneller en met minder verschillende schermen op de juiste plek in het cliëntdossier komen en simpeler sneller navigeren via een touchscreen dan met de muis of touchpad. Daar bovenop hebben verschillende van deze digitale applicaties de mogelijkheid tot dicteren tijdens het rapporteren. Voor zorgprofessionals die niet blind of snel typen scheelt dit veel tik en tijd. Alles bij elkaar ondersteunt de zorgprofessional in het **snel, simpel en laagdrempelig zorg dragen voor correcte dossiervorming**.



De winst van digitale gegevensuitwisseling tussen paramedici

Wat is hiervoor nodig?

Digitale gegevensuitwisseling vraagt hoofdzakelijk een gezamenlijke taal en standaarden en landelijke of regionale afstemming over de inrichting van gegevensstromen. Verschillende paramedische zorgaanbieders kijken met hun ICT leveranciers naar de huidige mogelijkheden van makkelijkere gegevensoverdracht en mogelijkheden om resultaten tussen behandelaren te kunnen delen.

Wat zijn de ervaringen van jouw ICT leverancier om de digitale gegevensstroom tussen aanbieders te verbeteren?

Ervaring uit de praktijk

Door de coronacrisis werd het belang van veilige en snelle gegevensuitwisseling onderstreept én kreeg deze een boost. De paramedische herstellzorgregeling na covid-19 is hier een sprekend voorbeeld van. De herstellzorgregeling vraagt om gegevensuitwisseling tussen de behandelaren van de verschillende disciplines. Fouten in de gegevens leiden momenteel tot veel declaratiefouten en een verzwaring van de administratieve lasten. Het makkelijker digitaal kunnen uitwisselen van gegevens zorgt voor een **directe verlaging van de administratieve lasten, verlaagt de kans op foutregistraties** en **vermindert afgekeurde declaraties**.



Een win-win-win situatie door automatische herhaalprogramma's bij de apotheek

Wat is hiervoor nodig?

Automatische herhaalprogramma's vragen om Lange Termijn Afspraken (LTA) met de betrokken partijen, waarin de verantwoordelijkheden van patiënt, voorschrijver en apotheker staan omschreven. Een aantal succesvolle afspraken in de regio Twente zijn:

- Bij starten, wijzigingen en stoppen wordt altijd een recept gestuurd naar de apotheek.
- De voorschrijver beoordeelt of het geneesmiddel en recept in aanmerking komt voor automatisch herhalen. In de LTA is benoemd welke geneesmiddelen standaard zijn uitgesloten voor automatisch herhalen. Denk hierbij aan bijvoorbeeld opioïden.
- De voorschrijver beoordeelt of de patiënt in aanmerking komt voor automatisch herhalen. Zo komen zorgmijders en/of patiënten die afspraken niet nakomen niet in aanmerking voor automatische herhaalreceptuur.
- Incidenten (tot nu toe geen) kunnen worden gemeld in een Transmuraal Incidenten meldsysteem (TIM).
- Binnen de Twentse apothekersorganisatie is er een 1^e en 2^e lijns projectgroep die ieder kwartaal de TIM en jaarlijks de LTA evalueren.

Maakt jullie regio al gebruik van automatische herhaalprogramma's met de huisartsen en medisch specialisten? Welke win situatie biedt dit voor jullie?

Ervaring uit de praktijk

Steeds meer openbare apotheken werken met hun huisartsen met een automatisch herhaalprogramma. De apotheek monitort via het herhaalprogramma welke cliënt een herhaalrecept nodig heeft, vraagt waar nodig digitaal toestemming van de huisarts en zet tijdig de medicatie klaar voor de patiënt. Hierdoor hoeft de **patiënt geen herhaalrecept aan te vragen bij de huisarts**, is het voorbereiden van de herhaalrecepten **efficiënter en tijdiger** in te plannen **voor de apotheker** en heeft de **huisarts minder aanvragen voor herhaalrecepten**. Een win-win-win situatie!

In de regio Twente is dit succesvol doorontwikkeld en juridisch getoetst voor herhaalrecepten vanuit de medisch specialisten. Wanneer de medisch specialist beoordeelt dat het recept, geneesmiddel en de patiënt in aanmerking komen voor automatisch herhalen wordt 'HHS' op het recept genoteerd en wordt deze gezien als een doorlopend recept. Bij starten, wijzigen en stoppen is altijd een recept nodig van de medisch specialist, maar voor chronische patiënten voorkomt het veel 'standaard' herhaalrecepten die opnieuw moeten worden uitgevraagd bij de medisch specialist.



Hèt momentum voor digitaal werken en e-consulten en de voordelen bij multidisciplinair werken

Wat is hiervoor nodig?

Het gebruik van digitale applicaties vraagt digivaardigheid van de medewerkers, scholing op de gebruikte applicaties en kaders over het type zorgvraag dat zich wél en niet leent voor een e-consult. Daarnaast vraagt het om beschikbaarheid van de applicaties en de juiste inrichtingskeuzes over de integratie van de verschillende digitale systemen binnen de praktijk.

Voor welke patiënten maakt jullie praktijk al gebruik van e-consulten?

Ervaring uit de praktijk

Tijdens de coronacrisis kwam het gebruik van digitaal werken en de inzet van e-consulten in een stroomversnelling. Hierdoor is het makkelijker geworden om andere disciplines en specialisten te betrekken bij het stellen van diagnoses en intercollegiale overleggen.

Door huisartspraktijken worden veel voordelen ervaren van het gebruik van e-consulten, met name bij specifieke laag complexe zorgvragen. E-consulten dragen dan bij aan minder volle wachtkamers, minder drukte aan de balie en minder tijd voor het nabellen van patiënten voor uitslagen en bijbehorende toelichtingen. Daarnaast kan het contact en het beantwoorden van vragen worden ingepland wanneer het voor de zorgprofessionals uitkomt.

Bij complexere zorgvragen leidt de inzet van e-consulten juist tot meer ervaren regeldruk. Dit omdat de huisarts de patiënt alsnog graag ziet om bijvoorbeeld bloeddruk en hartslag te controleren. Hiervoor moet de huisarts dan én het digitale gesprek aangaan én de patiënt nog inplannen en zien. Voor beide consulten moet een registratie worden gemaakt.



Succesvolle nieuwe vormen van dagbesteding

Wat is hiervoor nodig?

Het inregelen van een nieuwe dagbestedingsvorm blijft uitdagend en vraagt om inzet vanuit alle lagen binnen de organisatie. Desondanks zien zorgaanbieders het als een kans om nog beter aan te sluiten bij de behoeften van het individu. Momenteel lopen er in het land verschillende pilots waarin de mogelijkheden worden onderzocht en waar geleerde lessen uit worden opgehaald.

Welke nieuwe vormen van dagbesteding bevorderen de kwaliteit van zorg voor jullie cliënten?

Ervaring uit de praktijk

Tijdens de coronacrisis is de regelgeving rondom dagbesteding versoepeld. Hierdoor is ruimte ontstaan om het aanbod van dagbesteding af te stemmen op de zorgvraag en wens van de individuele cliënt. Zorgorganisaties zijn gaan spelen met verschillende vormen van dagbesteding, waaronder dagbesteding op de woonlocatie, digitale dagbesteding, creatieve dagprogramma's voor thuis en bijvoorbeeld individuele begeleiding op de dagbestedingslocatie. De ervaring laat een positieve impact op de kwaliteit van zorg zien. Zo bevordert dagbesteding op de woonlocatie de gemoedstoestand van cliënten die hier gebaat bij zijn. Het uitgangspunt blijft dat overeenstemming nodig is over de vorm van dagbesteding met de cliënt of diens vertegenwoordiger.



Minder administratieve lasten door versoepelde aanvraag van Wlz-registraties

Wat is hiervoor nodig?

- Ga in gesprek met het CIZ om te onderzoeken wat nodig is om deze versoepeling vast te houden; Welke cliënt(groepen) zouden in aanmerking komen en welke niet? Welke gegevens rondom indicatiestelling moeten altijd aangeleverd worden en welke zouden alleen voor specifieke gevallen kunnen gelden?
- Ga waar nodig in gesprek met het CIZ om een aanpak af te spreken voor het verlopen van de afgegeven Wlz-registraties.

*Welke afspraken hebben jullie
gemaakt met het CIZ?*

Ervaring uit de praktijk

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft tijdens de coronacrisis het proces van indicatiestelling versoepeld. Zorgaanbieders kunnen nu een Wlz-registratie voor een jaar aanvragen, waarbij geen aanlevering van medische gegevens nodig is, maar het CIZ vaart op het oordeel van de huisarts of de specialist ouderengeneeskunde. Dit **vermindert de administratieve lasten** in het proces van de indicatieaanvraag. Ook is het mogelijk om ouderen zonder achterliggende medische gegevens acuut op te nemen. Dit **vereenvoudigt het plaatsingsproces** vanuit ziekenhuizen naar verpleeghuizen. De komende periode zullen de eerste Wlz-registraties van een jaar verlopen. Voorkom het alsnog volledig doorlopen van het indicatieproces zo veel mogelijk, anders wordt de zo gewenste versoepeling weer te niet gedaan.



Positieve ervaringen met beeldbellen voor multi- of interdisciplinair overleg

Wat is hiervoor nodig?

Het gebruik van digitale applicaties voor bijvoorbeeld beeldbellen vraagt een mate van digivaardigheid, scholing op de gebruikte applicaties en uiteraard de beschikbaarheid van de digitale middelen voor de medewerkers en cliënten. Verschillende zorgaanbieders ondersteunen hun medewerkers hiermee door het opleiden van digicoaches en het geven van scholing.

Wat kan digitaal overleggen jouw team en cliënten opleveren?

Ervaring uit de praktijk

Specifiek in de wijkverpleging wordt ervaren dat interdisciplinaire- en werkoverleggen zich bij uitstek lenen voor beeldbellen. Digitale overleggen zijn naar ervaring **makkelijker te plannen**, zijn vaak **efficiënter**, kennen een **hogere opkomst** van medewerkers en cliënten en zorgen voor **minder reistijd** voor de aanwezigen. Specifiek overleggen in aanwezigheid van familie geven een grote tijdsbesparing voor de betrokkenen en vergroten de tevredenheid van de familie. Dit sterkt het besef van de nut- en noodzaak van het beeldbellen bij de wijkverpleegkundige.



Medisch specialistische zorg

De winst van digitale uitwisseling van medische gegevens

Wat is hiervoor nodig?

Digitale gegevensuitwisseling vraagt hoofdzakelijk een gezamenlijke taal en standaarden en landelijke of regionale afstemming over de inrichting van gegevensstromen. Zorgaanbieders kunnen de administratieve lasten verlagen door met automatisering te zorgen dat de gegevens direct op de juiste plek in het patiëntendossier terecht komen. Een voorbeeld naast de Corona opt-in; onder de noemer 'Met spoed beschikbaar' wordt door huisartsen, huisartsenposten, ambulancediensten en SEH-afdelingen van ziekenhuizen in samenwerking met hun ICT-leveranciers gekeken hoe de uitwisseling van medische gegevens bij patiënten met spoedzorg ingericht kan worden.

Maak je gebruik van de waardevolle digitale gegevensstromen in jouw regio?



Consult Zorg

Ervaring uit de praktijk

Door de coronacrisis werd het belang van veilige en snelle gegevensuitwisseling onderstreept én kreeg deze een boost. Voor eerdere barrières zijn succesvolle oplossingen bedacht, het tijdelijke gedoogbesluit 'Corona opt-in' is daar het sprekende voorbeeld van. Door de Corona opt-in kan de zorgprofessional een samenvatting van de medische gegevens digitaal raadplegen bij de huisartsenpost en bij de Spoed Eisende Hulp (SEH) van het ziekenhuis zonder dat hier nadrukkelijk toestemming voor wordt gegeven door de patiënt. Dit vermindert de administratieve handelingen die komen kijken bij het aanvragen en verzenden van medische gegevens, zoals faxen, scannen, mailen en het overtypen. Naast deze **directe verlagings van de administratieve last**, kan vertraging, dubbeldiagnostiek en kans op foutregistratie verlaagd worden.



Consult Zorg

Versoepelde termijnen voor de evaluatie van het zorgplan verminderen de ervaren regeldruk

Wat is hiervoor nodig?

Gemeente en zorgaanbieder gaan samen in gesprek over de doelmatigheid van de huidige evaluatietermijnen.

Wat is in jullie gemeente mogelijk?

Ervaring uit de praktijk

Verschillende gemeenten hebben tijdens de crisis de termijnen versoepeld voor het evalueren en aanpassen van het zorgplan. Binnen de jeugd-ggz is de evaluatietermijn van standaard halfjaarlijks gewijzigd naar alleen evalueren wanneer de zorgvraag van de cliënt is gewijzigd. Alleen evalueren bij wijzigingen maakt dat het gesprek als **zinvoller** wordt ervaren, het geeft **minder administratie** voor de behandelaar en **vermindert de tijdsinvestering** van de behandelaar, cliënt en familie.

