Regeldruk in de langdurige zorg **boosdoeners blootgelegd**

Juni 2020

Minder regeldruk, meer tijd voor zorg
Meer werkplezier!

Vilans

VOORWOORD

In dit rapport presenteren we de resultaten van ons onderzoek naar de ervaren regeldruk in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg. Dit rapport is tot stand gekomen in samenwerking met en met dank aan een groot aantal partijen; ministerie van VWS, de partijen van de Stichting Arbeidsmarkt- en Opleidingsbeleid Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (A+O VVT) (ActiZ, Zorgthuisnl, NU'91, FBZ, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn), de partijen van Stichting Arbeidsmarkt Gehandicaptenzorg (StAG) BPSW, NIP, NVAVG, NVO, VGN en V&VN. Tot slot danken wij alle zorgmedewerkers die hun ervaringen met het werken met regels, registraties en protocollen in de langdurige zorg met ons hebben gedeeld.

Vilans,
Juni 2020

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	4
2.	Welke registraties en processen veroorzaken regeldruk?	6
3.	Hoe komt regeldruk tot stand?	15
4.	Discussie	19
5.	Methoden	23
6.	Referenties	26

1. INLEIDING

Zorgmedewerkers in de langdurige zorg geven aan veel tijd kwijt te zijn aan administratieve handelingen. Tijd die ze niet kunnen besteden aan zorg voor de cliënt, terwijl dat is waarom ze in eerste instantie voor hun vak gekozen hebben. We noemen dit regeldruk. Vilans onderzocht welke regels, registraties en werkprocessen in de langdurige zorg voor regeldruk zorgen en waarom en hoe de regeldruk tot stand komt. In dit rapport vindt u de resultaten van dit onderzoek.

(Ont)Regel de Langdurige Zorg

In 2018 lanceerde het ministerie van VWS het actieplan '(Ont)regel de Zorg' waarin verschillende partijen samenwerken om regeldruk aan te pakken. Het programma (Ont)Regel de Langdurige Zorg is hier een onderdeel van. Samen met verschillende partners werkt Vilans aan het terugdringen van de ervaren regeldruk in de langdurige zorg. We werken aan de ambitie 'meer tijd voor de cliënt en meer werkplezier voor de zorgprofessional'. Meer informatie vindt u op www.vilans.nl/regeldruk.

Regeldruk in de langdurige zorg: definitie en impact

Regeldruk is (ervaren) druk die voortkomt uit een stapeling van administratie, bureaucratie en procedures die niet bijdragen aan kwaliteit van zorg en verantwoording over aan zorg besteed geld.[1] Cijfers van adviesbureau Berenschot uit 2018 tonen aan dat zorgmedewerkers schatten zo'n 31% van hun totale werktijd aan administratie te besteden. Dit percentage is de afgelopen drie jaar opgelopen, in 2016 was dit nog 25%.[2] Zowel op individueel, organisatorisch als maatschappelijk niveau is de impact van regeldruk enorm. Zorgmedewerkers die veel regeldruk ervaren hebben meer last van lichamelijke en emotionele uitputting en werkgerelateerd verzuim en ze maken meer gebruik van zorg voor psychische klachten.[2,3] Daarnaast zijn ze minder tevreden over hun werk en vertonen ze ook een hogere verloopintentie.[2,3] De overmaat aan administratie heeft dus niet alleen een negatieve invloed op de zorgmedewerker zelf, ook de organisatie en maatschappij merken de negatieve gevolgen. Enerzijds door de tijd die het kost, anderzijds door het verzuim en de uitval van medewerkers. Ook voor de cliënt kan regeldruk nadelige effecten hebben omdat het tijd inneemt die anders aan zorg voor de cliënt kan worden besteed.[4]

Doel en vraagstellingen

Om de regeldruk in de zorg te verminderen is het belangrijk om te begrijpen hoe en waarom zorgmedewerkers regeldruk ervaren. Om die reden onderzocht Vilans welke registraties, regels en werkprocessen bronnen zijn van regeldruk, en wat onderliggende oorzaken zijn. We onderzochten dit voor drie zorgsectoren: de verpleeghuiszorg, de wijkverpleging en de gehandicaptenzorg. De volgende vragen stonden centraal in ons onderzoek:

1. Welke regels, registraties en processen veroorzaken regeldruk volgens zorgmedewerkers in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg en waarom?
2. Hoe komt regeldruk door regels, registraties en processen tot stand volgens zorgmedewerkers in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg?

Schrap- en snapsessies

Tijdens schrapsessies brengen zorgteams van verpleeghuizen, wijkverpleging en gehandicaptenzorg de regeldruk in hun organisatie in kaart en maken ze een actieplan om dit aan te pakken. Dit doen ze aan de hand van de toolkit Minder papier, meer tijd voor zorg. In de snapsessies gaan ze in gesprek met regelgevende en toezichthoudende instanties over vraagstukken en mogelijke oplossingen voor de administratieve lasten. Vilans organiseert deze sessies sinds 2018 samen met het ministerie van VWS, BPSW, NIP, NVAVG, NVO, StAG, VGN en V&VN en vanuit de A+O VVT: ActiZ, CNV Zorg & Welzijn, FBZ, FNV Zorg & Welzijn, NU'91 en Zorgthuisnl.

2. WELKE REGISTRATIES EN PROCESSEN VEROORZAKEN REGELDRUK?

Tijdens de schrapsessies brengen zorgteams de regeldruk in hun organisatie in kaart. Medewerkers uit zorgteams gaan in gesprek met elkaar om erachter te komen welke registraties of werkprocessen onnodig en/of inefficiënt zijn georganiseerd. Vilans verzamelde deze registraties en werkprocessen en maakte een totaalschets van de regeldruk. Ook zochten we uit wáárom medewerkers deze registraties en werkprocessen zien als bron van regeldruk. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten. We laten zien welke registraties en werkprocessen zorgen voor regeldruk en geven een verdieping per bron.

Respondentengroep

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de ervaringen van 809 medewerkers van 146 zorgteams uit drie sectoren:

- de verpleeghuiszorg (385 medewerkers uit 71 zorgteams);
- de wijkverpleging (205 medewerkers uit 35 zorgteams);
- de gehandicaptenzorg (219 medewerkers uit 40 zorgteams).

Onze respondentengroep bestond uit zorgmedewerkers (hoofdzakelijk verzorgenden en verpleegkundigen), hun leidinggevenden en kwaliteitsmedewerkers. Meer informatie over onze methoden en de respondentengroep vindt u in Hoofdstuk 5: Methoden.

De 9 bronnen van regeldruk

In totaal noemden de zorgmedewerkers 347 registraties en/of werkprocessen die binnen hun organisatie zorgen voor regeldruk. We hebben ze geclusterd in negen bronnen van regeldruk. Tabel 1 geeft een overzicht van de bronnen. Registraties en processen rond het zorg- of ondersteuningsplan, het elektronische cliëntendossier (ECD) en de bedrijfsvoering werden het meest genoemd. Samen zijn ze goed voor bijna twee derde (60%) van de onnodige en/of inefficiënte registraties en processen die de zorgteams noemen. Het zorg- of ondersteuningsplan staat met stip op één. Ruim een kwart van de registraties en werkprocessen die genoemd werden gaat over het zorgplan (verpleeghuiszorg en wijkverpleging) of het ondersteuningsplan (gehandicaptenzorg).

Tabel 1. 9 Bronnen van regeldruk. *Op basis van 146 zorgteams met in totaal 809 zorgmedewerkers.*

Bron van regeldruk	Aantal registraties	Percentage registraties
1. Zorg- of ondersteuningsplan	93	27%
2. Elektronisch cliëntendossier	61	18%
3. Bedrijfsvoering	53	15%
4. Kwaliteit en veiligheid	41	12%
5. Rechtmatigheid en verantwoording	35	10%
6. Voedselveiligheid en hygiëne	32	9%
7. Medicatieverstrekking	24	7%
8. Informatiebeveiliging	6	2%
9. Gedwongen opname of behandeling	2	1%
Totaal	**347**	**100%**

Ook als we de regeldruk per zorgsector bekijken, blijven registraties en processen rond het zorg- of ondersteuningsplan in alle drie de sectoren de meest genoemde bron van regeldruk. Ruim een kwart tot bijna een derde van de genoemde registraties en werkprocessen vallen binnen deze bron (25% - 30%). Ook het ECD wordt veel genoemd door medewerkers uit alle drie de zorgsectoren (17% – 18%). We zien ook verschillen tussen de sectoren. Zo noemen medewerkers in de wijkverpleging de minutenregistratie nog vaak op (geclusterd onder de bron rechtmatigheid en verantwoording), ondanks dat deze al sinds enkele jaren niet wettelijk verplicht meer is. Daardoor scoort de wijkverpleging hoog op deze bron: maar liefst 28% tegenover respectievelijk 2% en 10% in de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg. Medewerkers in de verpleeghuiszorg noemen juist relatief vaak registraties rond kwaliteit en veiligheid als bron van regeldruk (16%). Hieronder vallen registraties en processen zoals de risicosignalering en incidentenmelding. Tot slot valt op dat bedrijfsvoering een grote bron van regeldruk is binnen de gehandicaptensector (22%). In figuur 1 ziet u per sector de top 5 aan bronnen van registraties en processen die regeldruk veroorzaken. Figuur 2 geeft een visuele weergave van de bronnen van regeldruk per sector en hun onderlinge verhouding.

Verpleeghuiszorg (n=71)

1. Zorgplan (25%)
2. Elektronisch cliëntendossier (17%)
3. Kwaliteit en veiligheid (16%)
4. Bedrijfsvoering (13%)
5. Voedselveiligheid en hygiëne (13%)

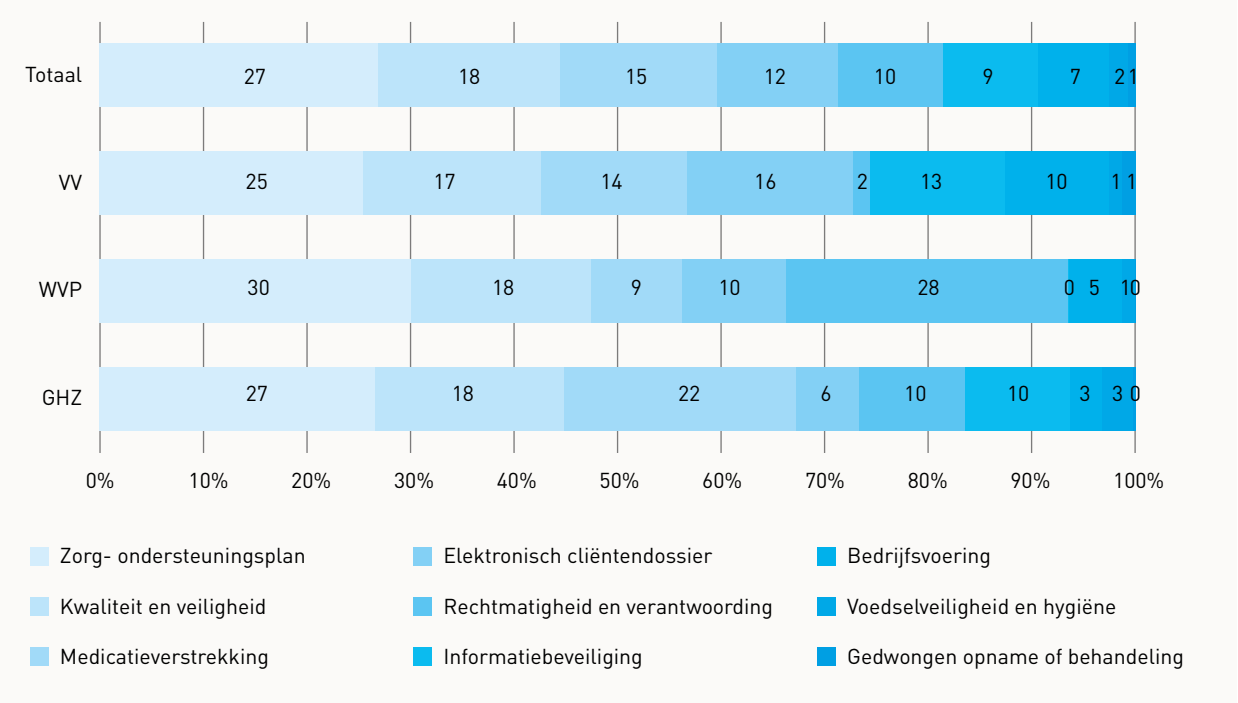
Wijkverpleging (n=35)

1. Zorgplan (30%)
2. Rechtmatigheid en verantwoording (28%)
3. Elektronisch cliëntendossier (18%)
4. Kwaliteit en veiligheid (10%(
5. Bedrijfsvoering (9%)

Gehandicaptenzorg (n=40)

1. Ondersteuningsplan (27%)
2. Bedrijfsvoering(22%)
3. Elektronisch cliëntendossier (18%)
4. Rechtmatigheid en verantwoording (10%)
5. Voedselveiligheid en hygiëne (10%)

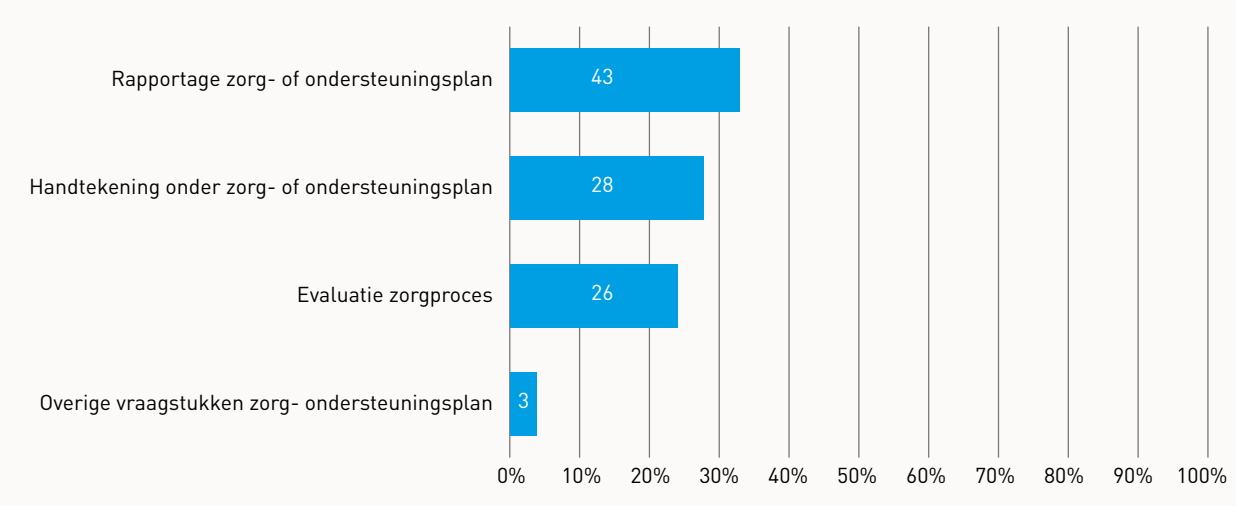
Figuur 1. Top 5 bronnen van registraties en processen die regeldruk veroorzaken per sector. *Op basis van: verpleeghuiszorg n = 71 met 385 medewerkers, wijkverpleging n = 35 met 205 medewerkers, gehandicaptenzorg n = 40 zorgteams met 219 medewerkers.*



Figuur 2. Registraties en processen die regeldruk veroorzaken geclusterd naar bron en per sector. *Op basis van in totaal 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 1: Het individueel zorg- of ondersteuningsplan

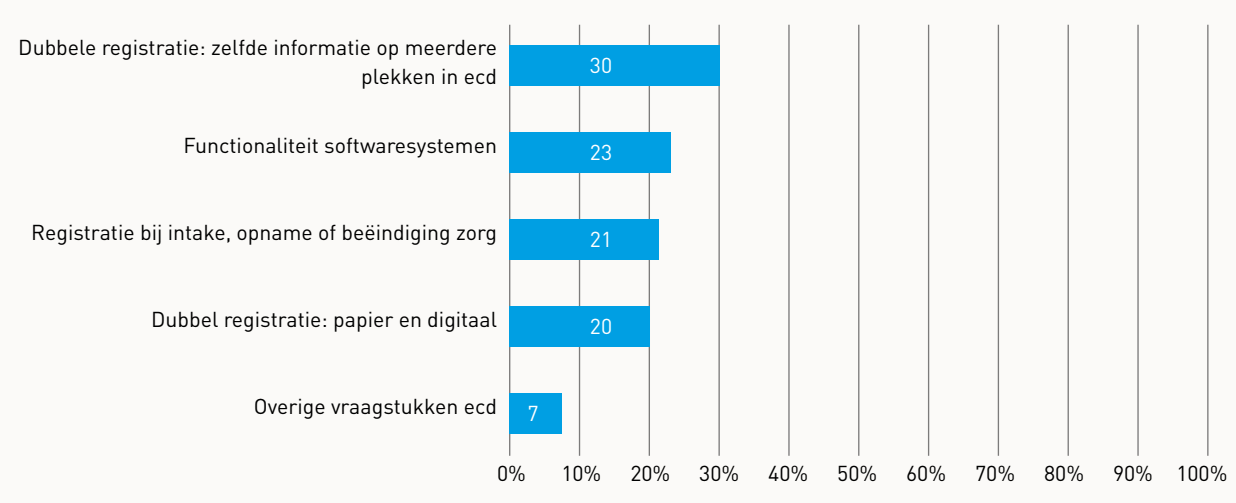
In de meeste gevallen (43%) gaat het bij het zorg- of ondersteuningsplan om vraagstukken over nut, noodzaak, kwaliteit en efficiëntie van de verslaglegging (figuur 3). Zorgmedewerkers geven aan dat het niet duidelijk is wat er wel en niet gerapporteerd hoort te worden en hoe de verslaglegging bijdraagt aan het verlenen van goede zorg. *'Rapporteren in het zorgplan, wat is nodig en wat niet?'* Er wordt veel gerapporteerd over reguliere zorgmomenten, die niet afwijken van wat er is afgesproken tussen cliënt en zorgorganisatie. Dit kost veel tijd en wordt als zinloos ervaren. *'We rapporteren heel veel. Ook als er geen bijzonderheden zijn. Een voorbeeld. In de agenda staat 'Jan gaat vandaag naar de fysiotherapie'. Dit rapporteren we dan vervolgens ook nog in het zorgplan. En zo tekenen we heel veel dingen af die eigenlijk gewoon bij de 'standaard zorg' horen.'* Ruim een kwart van de vraagstukken gaat over de handtekening onder het zorgplan (28%). Een deel van de zorgmedewerkers vraagt zich af in hoeverre deze nog verplicht is. Maar er zijn vooral veel vragen over het afschaffen zelf en het opzetten van een alternatieve procedure om instemming van cliënt en mantelzorger met de beschreven zorg te kunnen aantonen. *'In de organisatie is wel gezegd dat we stoppen, maar het is nog niet goed geïmplementeerd. Hoe brengen we dit goed over? We verbazen ons erover dat het bij de ene afdeling wel en bij andere niet gebeurt. Hoe kan dit?'* Ook een kwart van de vraagstukken gaat over de evaluatie van het zorgproces (26%). Verplichte periodieke multidisciplinaire overleggen komen veel voorbij als bron van regeldruk. Vooral het 'voorwerk' wat gedaan moet worden - zoals het invullen van formulieren en het knippen en plakken van informatie uit verschillende systemen en zorgplannen - is erg arbeidsintensief. Ook veel gehoord: het willen leveren van maatwerk in plaats van standaard verplichte evaluatiemomenten, waardoor deze soms als zinloos worden bestempeld. *'Nu is het standaard en minimaal 2x per jaar voor een bewoner. Maar dan hebben we vaak vrij weinig te bespreken. Terwijl er op een ander moment soms wel veel te bespreken is. We willen maatwerk kunnen bieden.'* Eenmalig genoemde vraagstukken zijn samengevoegd in een categorie 'overig' (3%). Zoals: *'Telefonisch contact met de eerste contactpersoon bij kleine veranderingen, terwijl deze kunnen meelezen.'*



Figuur 3. Vraagstukken zorg- of ondersteuningsplan. *In totaal gaat het om 93 regels en werkprocessen binnen de bron zorg-ondersteuningsplan. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 2: Het elektronisch cliëntendossier (ECD)

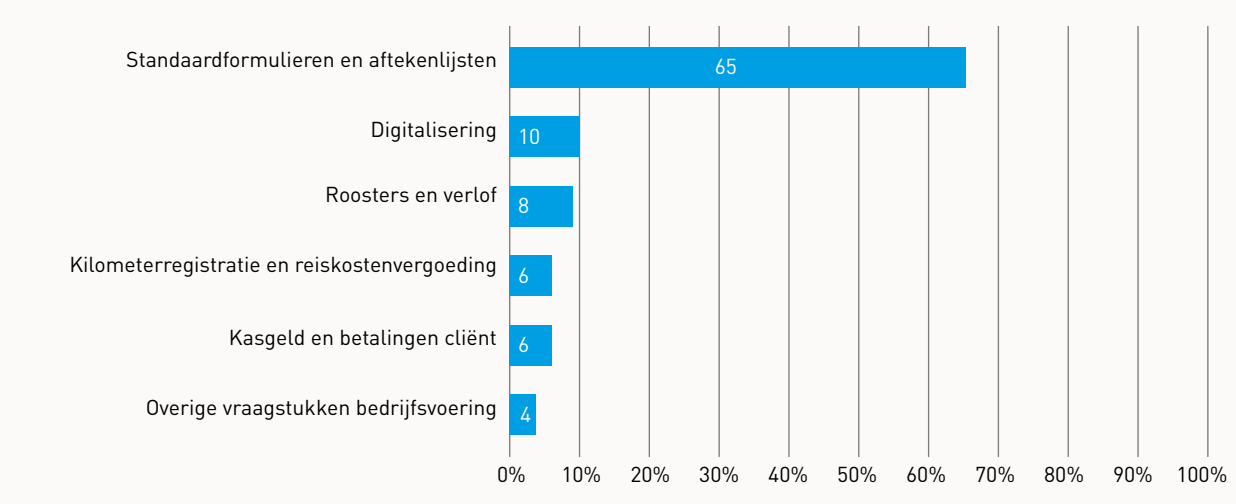
Bij bijna een derde van de vraagstukken gaat het om het registreren van dezelfde informatie op meerdere plekken (29%) (figuur 4). Dit neemt niet alleen veel tijd in beslag, zorgmedewerkers vinden de inefficiëntie die dit met zich meebrengt ook frustrerend. *'We knippen en plakken zorgplannen van YSIS (voor behandelteam) naar ONS (voor verpleging en verzorging). Dit moet toch anders kunnen?'* Een kwart van de vraagstukken gaat over de functionaliteit en gebruiksvriendelijkheid van de software achter het ECD (23%). *'In het systeem moeten dingen verplicht worden ingevoerd. Wordt dat niet gedaan, dan verschijnen er rode pop-ups. Dit kunnen we niet zelf aanpassen. Het ligt bij de ICT-leverancier.'* Ook de veelvoudige en tijdrovende registraties rond intake, opname of beëindiging van de zorg wordt veel genoemd als registratielast (21%). *'Er zijn zo veel formulieren in het systeem. Het gaat steeds meer om de administratie in plaats van de bewoner leren kennen.'* Ook valt op dat er nog redelijk wat organisaties zowel digitaal als op papier registreren (20%). *'We hanteren nog steeds papieren nooddossiers die elke zes maanden vernieuwd en uitgeprint worden.'* Eenmalig genoemde vraagstukken zijn geplaatst onder de categorie 'overig' (7%). Zoals: *'Checken van het ECD-systeem, helder krijgen hoe alles nu gedaan wordt, wat noodzakelijk is. Het is erg tijdrovend.'*



Figuur 4. Vraagstukken elektronisch cliëntendossier. *In totaal gaat het om 61 vraagstukken binnen de bron elektronisch cliëntendossier. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 3: Bedrijfsvoering

Twee derde van de vraagstukken (65%) gaat over standaardformulieren en aftekenlijsten: diverse administratieve aftekenlijsten over de hele linie van de zorg, waarbij met name het 'standaard' aftekenen - zonder te kijken naar zorgsituatie of behoefte van de cliënt - bekritiseerd wordt (figuur 5). *'We hebben heel veel lijstjes met heel veel vinkjes. Bijvoorbeeld de dagelijkse ontlasting-controle-lijsten. Deze vullen we ook in als iemand geen ontlasting heeft gehad. Dat kan ook alleen als iemand ontlasting heeft gehad. Maar de vraag is, waarom moeten we ze überhaupt invullen als iemand gewoon een stabiel ontlastingspatroon heeft?'* De standaardformulieren zijn geclusterd onder de bron bedrijfsvoering omdat het hierbij gaat om de last van het totaal aan lijsten, die zonder specifieke medische of psychosociale persoonlijke aanleiding ingevuld moeten worden. Omdat dit verplicht is gesteld van het zorgmanagement, of door zorgteams zelf in het leven wordt gehouden. *'We hebben te veel standaardformulieren die we moeten invullen, ongeacht leeftijdsfase of doelgroep. Bijvoorbeeld voor gewicht, menstruatie, bloeddruk, wonden, het gebruik van hulpmiddelen'*. Een deel van de zorgmedewerkers noemt daarbij ook de verplichte metingen die bij de start van de zorgverlening verplicht zijn gesteld. Naast dat dit veel tijd kost, vinden zorgmedewerkers deze metingen zonder directe aanleiding ook niet servicegericht en vriendelijk naar de cliënt. *'Bij een nieuwe opname doen we 3 dagen lang allerlei controle metingen. Dit past niet bij de visie van onze organisatie 'vertrouwd zoals thuis'. Thuis houd je toch ook niet dagelijks van alles bij, zonder een goede reden hiervoor?'* Een derde van de regeldruk binnen bedrijfsvoering komt voort uit registraties en werkprocessen rond e-mailverkeer en andere digitaliseringsvraagstukken (10%), roosters en verlofaanvragen (8%), het bijhouden van kasgeld en betalingen van cliënten (6%), het registreren van de kilometervergoeding en de afhandeling van reiskosten (6%). Eenmalige vraagstukken - zoals het inwerkprotocol gebruiken en bijhouden - staan vermeld onder de categorie overig (4%).

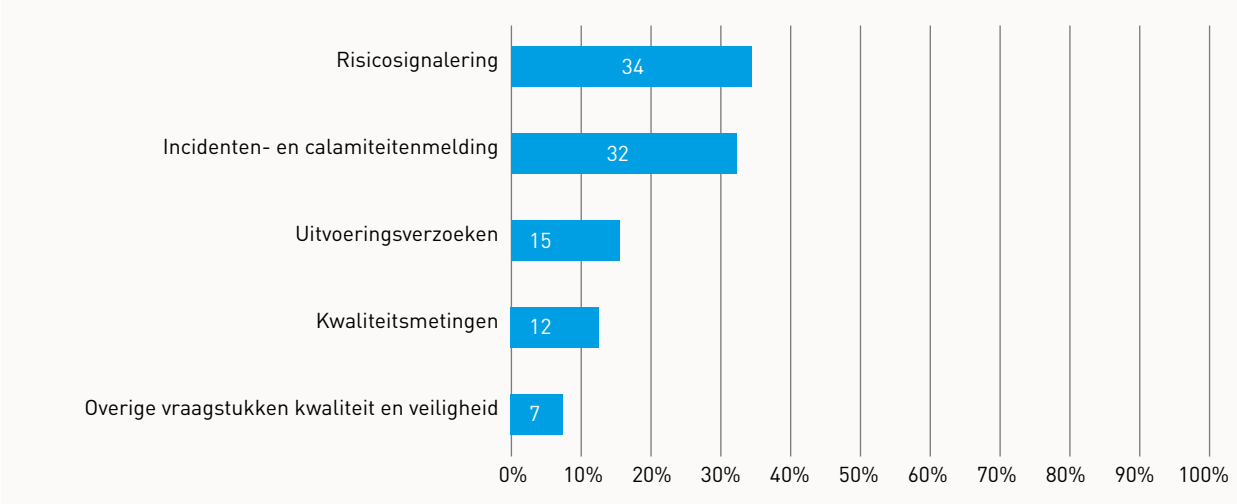


Figuur 5. Vraagstukken bedrijfsvoering. *In totaal gaat het om 49 vraagstukken binnen de bron bedrijfsvoering. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 4: Kwaliteit van zorg en veiligheid voor cliënt en personeel

Verreweg de meeste vraagstukken bij deze bron hangen samen met administratie voor risicosignalering (34%) en het melden van incidenten en calamiteiten (32%) (figuur 6). Bij risicosignalering gaat het vooral om nut, noodzaak en efficiëntie. Zo is voor velen niet duidelijk wat en wanneer er geregistreerd moet worden en wat bijvoorbeeld gerekend hoort te worden tot 'een risico'. Dit leidt bij een deel van de zorgorganisaties tot overmatige meldingen. *'De MIC-melding wordt vaak gebruikt bij aanvaardbaar risico.'* Ook wordt de inefficiëntie in uitvoering en opvolging van de meldingen veel genoemd. *'De MIC- en de MIM-melding willen we efficiënter. Wat moeten we wel en niet melden en wat doen we*

er vervolgens mee? Bijvoorbeeld onderdeel maken van het ECD?' De diverse standaard-risico-inventarisatievragenlijsten met een verplichte frequentie worden ook veel genoemd als registratielast. Men geeft aan deze lijsten als een teken van wantrouwen te ervaren die afbreuk doen aan de professionaliteit van de medewerker. *'Gezondheidsrisico's in kaart brengen hoort bij de professionaliteit van de medewerker. Maar om daar allemaal lijsten voor in te vullen, dat is toch niet de bedoeling? Daar zijn we toch ook niet voor opgeleid?'* Zo'n 15% van de vraagstukken gaan over administratie en regels bij uitvoeringsverzoeken in de wijkverpleging en verpleeghuiszorg. Er heerst onduidelijkheid over wanneer een uitvoeringsverzoek verplicht is: bij risicovolle handelingen versus voorbehouden handelingen. Dit maakt dat er veel verschillende procedures op de werkvloer ontstaan en deze zelfs per afdeling (afhankelijk van artsen) verschilt. *'De uitvoeringsverzoeken zijn momenteel een administratieve rompslomp. Dat komt onder andere omdat we werken met verschillende artsen die het allemaal net even anders willen. De ene vindt een krabbeltje op een recept door de zorg voldoende, terwijl we voor de andere een uitgebreid verzoek moet indienen. Dat betekent: verzoek printen, versturen en vervolgens het akkoord ophalen.'* Sommige vraagstukken gaan over de diverse kwaliteitsmetingen in de zorg (12%). *'Momenteel wordt er bijna continu gemonitord. Sowieso elk kwartaal. En telkens met een nieuwe procedure. We moeten hier verplicht aan meewerken. Maar er komt steeds dezelfde informatie uit. Het voegt dus niets toe maar kost wel veel tijd en energie.'*

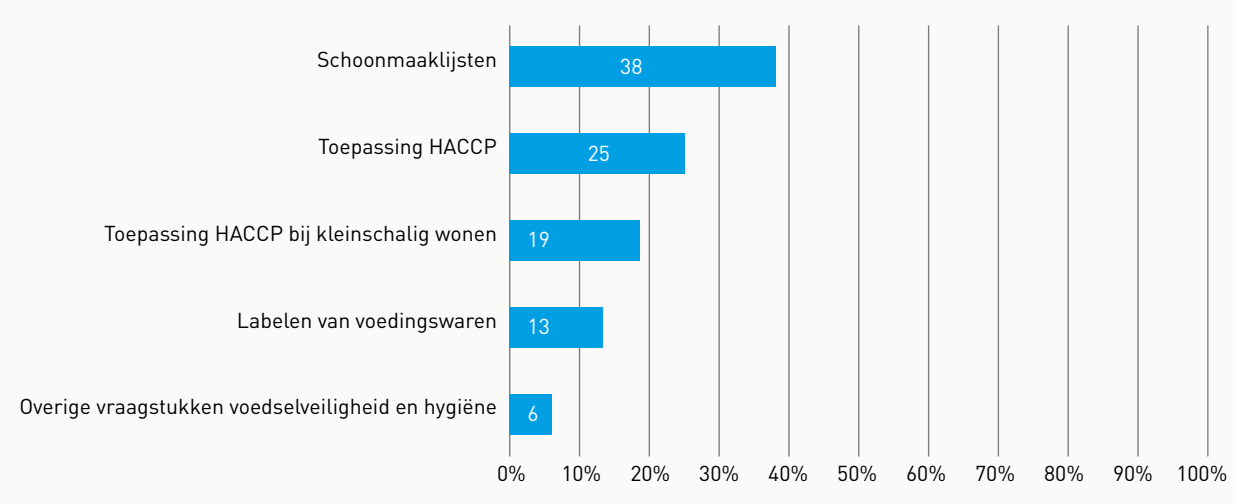


Figuur 6. Vraagstukken kwaliteit en veiligheid. *In totaal gaat het om 41 vraagstukken binnen de bron kwaliteit en veiligheid. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 5: Voedselveiligheid en hygiëne

Bij deze bron is vooral de interpretatie en toepassing van het voedselveiligheidssysteem HACCP een bron van regeldruk (45%) (figuur 7). Zorgorganisaties lijken tal van strikte regels en procedures in het leven te hebben geroepen om te voldoen aan de hygiënecodes van de HACCP, terwijl deze hygiënecodes dit niet zelf voorschrijven. *'De HACCP-aftekenlijsten die we dagelijks doen. Aanrechten afnemen, handvatten van de keukenkastjes, koelkast schoonmaken. Mag het niet gewoon een keer per week of op goed vertrouwen? Het is door de organisatie zelf bedacht.'* Ook kleinschalige woonvoorzieningen (19%) ervaren de toepassing van de HACCP als lastig. Het is niet duidelijk wat moet of mag en vaak wordt de hygiënecode toegepast die bedoeld is voor grotere zorginstellingen. Dit leidt tot meer en onnodige registratie. *'HACCP is op kleinschalig wonen soms echt doorgeschoten.' 'We doen veel dingen die blijkbaar niet hoeven bij kleinschalig wonen.'* De schoonmaak-aftekenlijsten worden

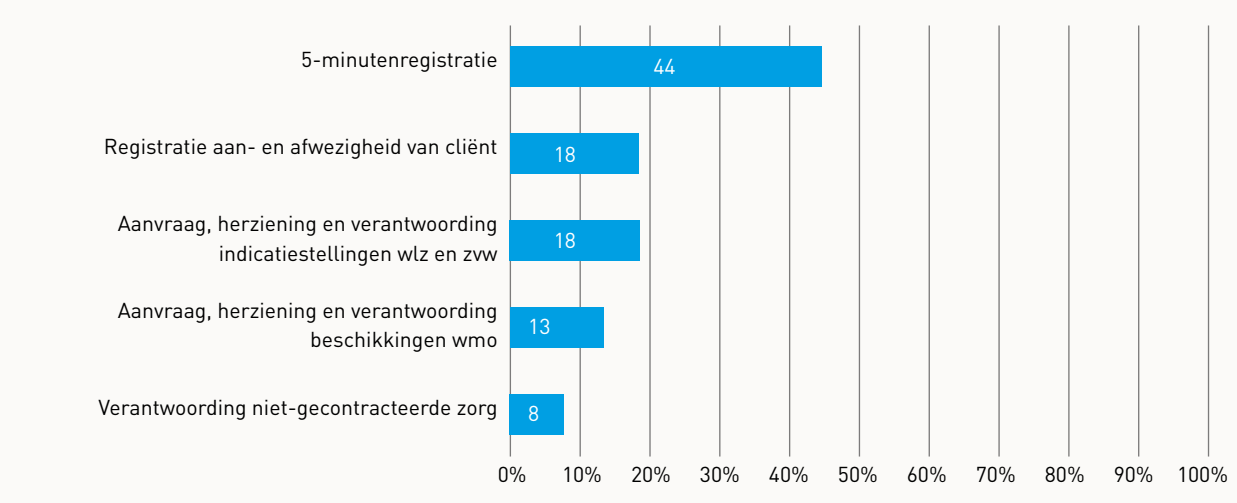
het meest genoemd (38%), voor velen een bron van ergernis terwijl nut en de noodzaak niet altijd worden begrepen. *'Thuis houd je toch ook geen lijstje bij als je iets schoonmaakt?'* Ook het labelen en aftekenen van voedingswaren in de koelkast levert veel ongemak en vragen op (13%). *'We stickeren dagelijks. We willen de regels beter snappen en dan aanpassen. Dat scheelt dagelijkse irritatie en geeft minder verspilling van levensmiddelen.'* Binnen de categorie 'overig' vinden we vraagstukken als de registratie van de koelkasttemperatuur (6%).



Figuur 7. Vraagstukken voedselveiligheid en hygiëne. *In totaal gaat het om 32 vraagstukken binnen de bron voedselveiligheid en hygiëne. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 6: Rechtmatigheid en verantwoording van de zorg

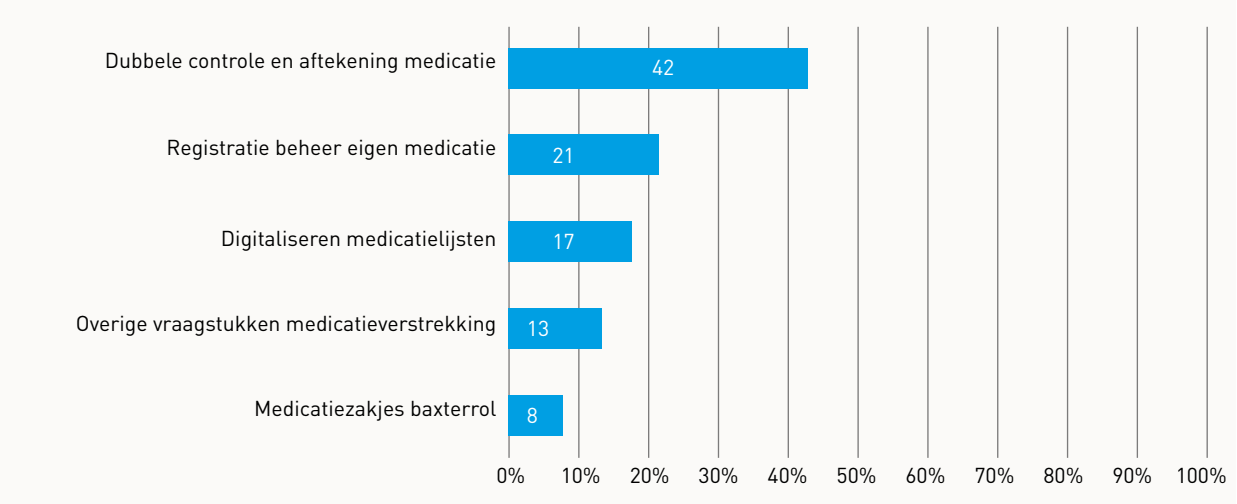
De meeste vraagstukken bij deze bron gaan over de 5-minutenregistratie in de wijkverpleging (44%) (figuur 8). Deze registratie is weliswaar niet meer verplicht, toch gebruiken veel zorgorganisaties deze procedure nog omdat er nog geen goed werkend alternatief is geïmplementeerd. *'Elke minuut melden kost veel tijd. Aan het einde van de dag moet je alles terughalen wat je gedaan hebt. Het kost veel werk en zorgt ook voor irritatie. Achter de schermen zijn ze bezig met het afschaffen. Maar hoe dat gaat, wanneer en wat er precies voor terug gaat komen is ons niet duidelijk.'* Bijna 20 procent van de vraagstukken (18%) gaat over het registreren van af- en aanwezigheid van cliënten. Zorgmedewerkers vragen zich af of dit niet eenvoudiger kan. *'Het bijhouden van de aan- en afwezigheid van cliënten. Zo'n cliëntvolgsysteem moet toch eenvoudiger kunnen?'* Het aanvragen, herzien en verantwoorden van indicaties wordt ook veel genoemd (18%). De procedures zijn omslachtig en tijdrovend, onder meer omdat ze bij kleine wijzigingen vaak helemaal opnieuw doorlopen moeten worden. *'Bij het aanpassen moet weer een heel nieuw product aangemaakt worden. Dit kost veel tijd.'* De handelingen worden bovendien ervaren als zinloos en dragen niet bij aan goede zorg en zijn alleen nodig voor externe partijen. *'Rapporteren is voor de zorgverzekeraars, niet voor de realiteit.'* Zorgmedewerkers die te maken hebben met de aanvraag en verantwoording van beschikkingen in het sociaal domein melden hetzelfde (13%). Procedures verschillen per gemeente en per aanvraag en zijn daardoor heel omslachtig. *'Iedere gemeente heeft zijn eigen systeem gebouwd. In de ene gemeente vindt een gesprek plaats. In de andere gemeente moeten we alles invullen via een systeem.' 'Elke gemeente bepaalt zijn eigen regels en wij moeten er maar mee dealen.'* Ook het verantwoorden van niet-gecontracteerde zorg (8%) komt naar voren als grote ergernis. *'Wij werken zowel gecontracteerd als ongecontracteerd. Vooral dat laatste is moeilijk. Je moet heel veel doen om machtigingen te regelen en ook veel dingen dubbel doen. We moeten bijvoorbeeld diploma's opsturen terwijl de verpleegkundigen gewoon BIG-geregistreerd zijn.'*



Figuur 8. Vraagstukken rechtmatigheid en verantwoording van de zorg. *In totaal gaat het om 39 vraagstukken binnen de bron rechtmatigheid en verantwoording van de zorg. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 7: Medicatieverstrekking

Vooral de dubbele controle van - al dan niet risicovolle - medicijnen wordt bij deze bron genoemd als veroorzaker van regeldruk (42%) (figuur 9). *'We doen een dubbele controle op medicatie waar dat misschien niet nodig is.' 'De dubbele check bij risicovolle medicatie, is het echt nodig?'* Ook de registratie bij het beheer van eigen medicatie (BEM) wordt veelgenoemd (21%). Wanneer dit wel en niet nodig is, is niet duidelijk voor veel zorgmedewerkers. *'BEM-procedure: bij mensen die cognitief goed zijn hoeven we misschien niet de hele procedure te doorlopen. We gaan checken of dit zo is.'* Papieren medicatielijsten, waarvan de informatie vervolgens weer digitaal ingevuld dient te worden wordt ook genoemd als registratielast. Zorgmedewerkers zien de lijsten het liefst helemaal digitaal, maar dit is nog niet altijd het geval (17%). *'We willen onze medicatie-toedieningslijsten digitaliseren. Ze staan nu nog op papier en moeten dan apart toegevoegd worden aan het elektronisch dossier.'* Binnen de categorie 'overig' vinden we vraagstukken als de extra medicatiecontroles die verplicht zijn gesteld door artsen en het controleren daarvan (12%).



Figuur 9. Vraagstukken medicatieverstrekking. *In totaal gaat het om 24 vraagstukken binnen de bron medicatieverstrekking. Op basis van 146 zorgteams. Verpleeghuiszorg n = 71, wijkverpleging n = 35, gehandicaptenzorg n = 40.*

Bron 8 en 9: Informatiebeveiliging en gedwongen opname en behandeling

Bij deze bronnen gaat het om kleine aantallen vraagstukken die regeldruk veroorzaken. Zes keer werd de toepassing van de AVG genoemd. *'De AVG: autorisatie bij wie je in het systeem toegang krijgt. Dat is echt een belemmering in onze werkzaamheden. Er moet gekeken worden naar wat er binnen de wet mogelijk is. We willen meer speling krijgen.'* Twee keer werd het registreren van onvrijwillige zorg genoemd. *'Lijst met vrijheidsbeperkende middelen (buiten computer om) 1x per maandag.'*

3. HOE KOMT REGELDRUK TOT STAND?

Om de regeldruk in de zorg te verminderen is het niet alleen belangrijk om te weten welke registraties en processen regeldruk veroorzaken. Het is ook van belang om te begrijpen hoe registraties zorgen voor regeldruk. Vilans sprak met zorgmedewerkers om inzichtelijk te maken welke oorzaken ten grondslag liggen aan de regeldruk in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg. In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten.

Respondentengroep

De resultaten in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de ervaringen van 15 zorgteams uit drie zorgsectoren:

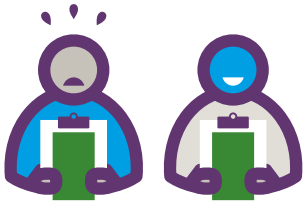
- de verpleeghuiszorg (4 zorgteams);
- de wijkverpleging (7 zorgteams);
- de gehandicaptenzorg (4 zorgteams).

Onze respondentengroep bestond uit zorgmedewerkers (hoofdzakelijk verzorgenden en verpleegkundigen), hun leidinggevenden en kwaliteitsmedewerkers. Meer informatie over onze methoden en de respondentengroep vindt u in Hoofdstuk 5: Methoden.

Vijf oorzaken van regeldruk

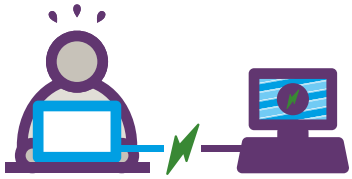
We vonden een vijftal 'mechanismen' die de regeldruk in de drie zorgsectoren lijken te veroorzaken en in stand lijken te houden. Deze oorzaken - impliciete en expliciete normen, waarden, verwachtingspatronen en gedragsdynamieken tussen diverse partijen in het zorglandschap - geven inzicht in de totstandkoming van regeldruk. We bespreken de oorzaken los van elkaar omwille van de leesbaarheid en de afbakening. In onze analyseslag blijkt dat de oorzaken ook onderling verbonden zijn en elkaar op hun beurt weer beïnvloeden. Het gaat om:

1. Nut en noodzaak van regels worden verschillend ervaren
2. Werkprocessen zijn niet efficiënt
3. Er is een gebrek aan vertrouwen in elkaar
4. Herkomst en verplichting van regels zijn onduidelijk
5. Regels worden onvoldoende ter discussie gesteld



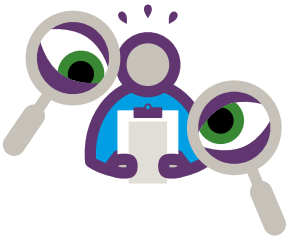
Oorzaak 1: Nut en noodzaak van regels worden verschillend ervaren

Regels, registraties en werkprocessen zijn nodig om een organisatie goed te laten functioneren, daar zijn zorgmedewerkers het over eens. Er lijkt alleen niet altijd een gemeenschappelijk beeld te bestaan over welke regels, registraties en werkprocessen nu echt noodzakelijk zijn om goede zorg te leveren. Wat voor de één een nuttige registratie is en houvast biedt bij de dagelijkse werktaken, kan door de ander gezien worden als een onnodige handeling die tijd afsnoept van de echte zorg. Verschillen in perspectief zien we tussen individuele zorgmedewerkers en zorgteams met dezelfde functie. *'We zijn bezig met het schrappen van onnodige registraties. Maar er zijn ook teams bij ons die een bepaalde registratie graag willen behouden. Omdat ze het een prettige werkwijze vinden of omdat ze er geen last van hebben.'* En in nog sterkere mate tussen zorgmedewerkers van verschillende disciplines. *'Je hakt niet gauw knopen door. Daarvoor zijn we met te veel disciplines. En die vinden overal iets van. Dat maakt het moeilijk.'* Het verschil in perspectief op registraties is ook waar te nemen tussen zorgmedewerkers enerzijds en kwaliteitsfunctionarissen of technische dienst anderzijds. *'Het meldingsformulier voor technische problemen, helaas is daar geen winst behaald. We moeten dit blijven invullen. Terwijl ik persoonlijk zoiets heb van, dit kunnen ze zelf toch ook achteraf registreren? Maar volgens hen kan dat echt niet.'* Ook zien we veel verschil in perspectief over nut en noodzaak tussen zorgmedewerkers en toezichthoudende instanties. *'We registreren vooral voor de toezichthouders. Als het aan ons ligt? Dan zouden we veel minder doen'.*



Oorzaak 2: Werkprocessen zijn niet efficiënt

De tijd die zorgmedewerkers kwijt zijn aan het uitvoeren van registraties, regels en werkprocessen verschilt. Wat voor de één een snelle handeling is, kan de ander veel tijd kosten. De nalevingslast van registraties, regels en werkprocessen (de tijd die men eraan kwijt is) lijkt afhankelijk te zijn van de ervaring van medewerkers, hun competenties en hun (digitale) vaardigheden. *'Alleen inloggen in het systeem is voor sommigen al heel lastig.'* Maar zorgmedewerkers geven ook aan dat de inefficiëntie en inrichting van softwaresystemen en werkprocessen op de werkvloer veel regeldruk veroorzaakt. Dit is in sommige gevallen iets dat binnen de zorgorganisatie zelf opgelost kan worden. *'Bij ons ligt de sleutel vooral in onwetendheid, dus je kunt ook dingen effectiever organiseren.'* Vaardigheden en weten hoe iets slim aan te pakken kan veel tijd schelen en daarmee regeldruk verminderen. *'Veel medewerkers weten nu niet hoe ze goed om kunnen gaan met het ECD. Ze weten niet waar wat te vinden, of welke knoppen te gebruiken. Dit zorgt ervoor dat ze dingen niet invullen, verkeerd, of dat het veel werktijd kost. Dat is zonde. En, omdat ze het niet goed invullen levert het achteraf ook meer werk op. Bijvoorbeeld bij de controle door de inspectie, als we dingen moeten verantwoorden.'* Inefficiëntie ligt in een deel van de gevallen bij de softwaresystemen zelf. *'De regeldruk ontstaat vaak vanuit ICT-systemen. De applicaties lopen heel vaak achter de feiten aan. Als iets niet meer hoeft, wordt dit vaak niet aangepast of vernieuwd in het systeem.'*



Oorzaak 3: Er is een gebrek aan vertrouwen in elkaar

Er heerst volgens zorgmedewerkers een gebrek aan vertrouwen in de beroepsgroep. Zorgmedewerkers hebben het gevoel dat ze voor alle lagen in de zorgsector verantwoording moeten afleggen. En noemen het gebrek aan vertrouwen als een reden waarom er zoveel lijstjes en registraties circuleren op de werkvloer. *'Voor ons voelt het alsof ze ons niet los kunnen laten, alsof het vertrouwen er niet is. Zo voelt dat voor ons als team.'* Het gevoel 'in de gaten gehouden te worden' leidt ertoe dat sommige zorgmedewerkers zelf ook kiezen voor extra uitgebreide registratie om zich in te dekken. *'Controle werkt averechts. Dit gaat het team zelf ook voelen en zij gaan dan ook weer dingen invoeren, vanuit de gedachten 'dan kunnen we laten zien dat we het gedaan hebben.'* Dit leidt uiteindelijk tot schijnveiligheid: een systeem waarbij vooral gelet wordt op het voldoen aan de vinkjes op een aftekenlijst in plaats van het leveren van passende en veilige zorg. *'Als je kijkt naar wat de medewerkers allemaal moeten vastleggen. Heel veel lijsten, waarom is dat nodig, draagt het echt bij aan het welzijn van de cliënt of zijn we ons aan het indekken?'* Meer dan eens horen we zorgmedewerkers zeggen dat er 'geregistreerd wordt voor de IGJ' in plaats van voor het waarborgen van kwaliteit en continuïteit in de zorg. *'Ze zijn als de dood voor de inspectie, dus vullen de lijstjes braaf in. Maar ja, dat zegt eigenlijk niets over of de zorg goed is geleverd toch?'* Deze schijnveiligheid speelt op diverse lagen, extern, maar ook intern in de organisatie. Van zorgmedewerkers die van elkaar eisen dat de schoonmaaklijsten ingevuld worden omdat er anders niet geloofd wordt dat er daadwerkelijk schoongemaakt is. Tot staf die de handtekening onder het zorgplan in stand houdt om te kunnen aantonen dat gezamenlijke besluitvorming met de cliënt is gewaarborgd. En zorgverzekeraars die een handtekening onder het (eerste) zorgplan in de wijkverpleging vragen om zeker te weten dat zorg is afgestemd met de cliënt.

Oorzaak 4: Herkomst en verplichting van regels zijn onduidelijk

De herkomst, de inhoud en het verplichtende karakter van regels, registraties en werkprocessen leveren veel vragen op. De informatievoorziening over heersende kaders en verplichtingen is onduidelijk, dubbelzinnig of niet goed toegankelijk voor de beroepsgroep. Terwijl deze informatie essentieel is om te kunnen bepalen of regels opgevolgd moeten worden en waar regelruimte zit. *'Het afschaffen van regels vraagt om duidelijkheid over bepaalde kaders en richtlijnen.' 'Wat moet nou, wettelijk gezien? Dit basiskader willen we helder krijgen. Dat kunnen we dan gebruiken in de organisatie om aan te geven dat dingen ook echt niet meer hoeven.'* Zorgmedewerkers geven aan dat zij sommige, niet langer verplichte regels en registraties, niet afschaffen omdat de kaders 'veranderlijk' zijn of door verschillende partijen en individuen anders geïnterpreteerd worden. Met andere woorden, er is onvoldoende zekerheid dat een registratie ook écht afgeschaft of aangepast kan worden. Die onduidelijkheid leidt tot regeldruk, omdat zorgmedewerkers regels, registraties en werkprocessen blijven volgen 'voor de zekerheid' terwijl ze niet (langer) nodig zijn. *'We schaffen het wel af, maar ik bewaar alle mails die daarover gaan, want als de inspectie komt...' 'Het stickeren van producten in de koelkast hoeft niet meer, maar sommigen doen het nog wel. Dat is deels automatisme. Maar er is ook angst. Ze zijn als de dood dat als de inspectie komt, ze daarop aangesproken worden.'* Meerdere zorgmedewerkers geven ter illustratie van de onduidelijkheid aan dat zelfs beroepsverenigingen en landelijke partijen eigen interpretaties hanteren. *'De inspectie zei dat we zelf mochten weten hoe we het 'methodisch werken' implementeren. Als het maar goed gebeurt.*

Vervolgens kregen we feedback dat we niet de 'SMART-methode' gebruikten. En dit gebeurt vaker. Het ligt er ook maar net aan welke inspecteur je op bezoek krijgt.' Ook de continue veranderingen in het zorglandschap en de politiek geven onzekerheid over de verplichtingen enerzijds en de regelruimte anderzijds. *'Aan de ene kant gaan we schrappen. Maar aan de andere kant komt er weer een nieuw kwaliteitskader. Of de regering verandert. En daar komen dan waarschijnlijk weer nieuwe regels uit. Je hebt dus geen zekerheid. Het blijft een 'wipwap-verhaal' in de zorg.'*

Oorzaak 5: Regels worden onvoldoende ter discussie gesteld

Het ontbreekt volgens zorgmedewerkers op de werkvloer aan een open dialoog en een kritische houding over noodzaak en doel van regels en registraties. Dit zorgt ervoor dat zij zich houden aan heersende regels en impliciete normen zonder vragen te stellen over nut, noodzaak en zonder te begrijpen waarom. Regels worden uit de context getrokken en de benodigde nuance en duiding gaat verloren. Vuistregels die bedoeld zijn om de beroepsgroep te helpen bij het goed uitvoeren van hun werk veranderen daardoor onbedoeld in hardnekkige en starre 'mythes' die circuleren op de werkvloer. Het gebrek aan een kritische houding leidt zo tot een vicieuze cirkel met als gevolg steeds meer ervaren regeldruk. *'Door alle regels ga je juist minder nadenken. We weten nu dat het niet zo zeer gaat om het stickeren. Het draait om onze verantwoordelijkheid naar de bewoner: houd het veilig en hygiënisch.'* Lef van zorgmedewerkers om de huidige normen en kaders ter discussie te stellen (waarom deze regel?) en open dialoog hierover zijn volgens velen een belangrijk deel van de oplossing. *'Het is belangrijk om steeds kritisch te kijken naar wat de werkelijke reden is waarom iets gedaan wordt en of het helpend is. Wat is de noodzaak? De beroepsgroep mag wel wat kritischer worden en hardop meedenken.'* Deze manier van denken is nog niet overal vanzelfsprekend, maar begint mondjesmaat te ontstaan. *'Steeds meer mensen in de zorg krijgen het besef dat ze iets ter discussie mogen stellen. En dat ze dit ook moeten doen, om het probleem aan te pakken. We zien dat verpleegkundigen en verzorgenden anders gaan kijken naar hun eigen aandeel in de regeldruk.'*

4. DISCUSSIE

Vilans onderzocht welke registraties en werkprocessen in de langdurige zorg voor regeldruk zorgen en waarom en hoe de regeldruk tot stand komt. De resultaten tonen aan dat vooral registraties en werkprocessen rond het individueel zorg- of ondersteuningsplan, het ECD en bedrijfsvoering leiden tot regeldruk onder zorgmedewerkers. Ook registraties rond het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en rechtmatigheid en verantwoording van de zorg zijn veelgenoemde bronnen van regeldruk. Daarnaast beschrijven onze resultaten vijf oorzaken die lijken te verklaren waarom en hoe regeldruk tot stand komt. Het gaat om:

- **nut en noodzaak van regels worden verschillend ervaren;**
- **werkprocessen zijn niet efficiënt;**
- **er is een gebrek aan vertrouwen in elkaar;**
- **herkomst en verplichting van regels zijn onduidelijk;**
- **regels worden onvoldoende ter discussie gesteld.**

De resultaten uit ons onderzoek komen overeen met eerdere studies naar administratieve lasten in de langdurige zorg, waaronder de resultaten uit de Benchmark Care 2019[2] en het onderzoek 'Regeldruk en Regelruimte' uit 2016 van het kennisprogramma Waardigheid en Trots.[5] Onze studie laat daarnaast ook zien wat de oorzaken van regeldruk zijn en dat regeldruk een subjectief verschijnsel is waarin veel perspectieven en belangen meegenomen moeten worden. Dit soort maatschappelijke vraagstukken worden ook wel aangeduid als 'systeem-innovatieve vraagstukken' omdat ze over grenzen van afdelingen, disciplines en organisaties heen gaan. Bij dit soort vraagstukken helpt het om een 'multi-level-perspectief'[6] aan te nemen. In het geval van regeldruk kijk je naar de perspectieven vanuit het individu, de organisatie en het zorgsysteem. Dit doet niet alleen recht aan het probleem waar zoveel zorgmedewerkers dagelijks last van hebben, het laat ook zien hoeveel verschillende perspectieven en belangen meegenomen moeten worden bij het oplossen van de ervaren regeldruk. Van het perspectief van de verzorgende, die haar werktijd het liefst besteedt aan de cliënt omdat dát is waar goede zorg voor haar om draait. Het perspectief van de teamleider, die regelarm werken toejuicht maar tegelijkertijd wel een oogje in het zeil wilt houden. Het perspectief van directieleden en raad van toezicht die registraties die niet langer wettelijk verplicht zijn nog wel laten circuleren in de organisatie omdat de alternatieven onduidelijk zijn en uit angst de zorg niet te kunnen verantwoorden. Tot het perspectief van toezichthouders die regelruimte proberen te geven maar juist kaders scheppen die verschillende interpretaties en nieuwe regels en registraties in de hand werken.
Ook in de internationale literatuur over regeldruk zien we steeds meer aandacht voor een 'subjectieve' benadering van het vraagstuk.[8] Regeldruk zit niet in het aantal registraties waar een zorgmedewerker

mee te maken heeft, maar veel meer in de legitimiteit van een registratie voor een bepaalde doelgroep én een bepaalde context.

Praktische aanbevelingen

Gebaseerd op dit en voorgaand onderzoek geven we een aantal praktische aanbevelingen:

De invloed van de zorgorganisatie zelf

Het idee dat de regeldruk vooral van buitenaf komt is lang niet altijd terecht. Dit bleek al eerder uit het onderzoek van Waardigheid en Trots (2016)[5] en de resultaten uit ons onderzoek tonen dit ook aan. Zorgorganisaties en medewerkers zijn zelf een belangrijke bron van het ontstaan van regels of de strikte interpretatie ervan. Dit betekent dat vaak meer mogelijk is in het creëren van regelruimte dan wordt gedacht. Hiervoor is het belangrijk dat zorgorganisaties zelf inzien dat zij een aandeel hebben in het probleem, en daarmee ook in de oplossing. Een goed voorbeeld hiervan is de handtekening onder het zorg- of ondersteuningsplan. Deze administratieve handeling werd veel genoemd in onze inventarisatie van bronnen van regeldruk. Maar is in de praktijk al sinds het najaar 2018 niet meer wettelijk verplicht. Het staat zorgorganisaties vrij om een alternatieve methode te implementeren die tot minder regellast leidt bij zorgmedewerkers. Dit gaat niet altijd van vandaag op morgen, maar het is wel belangrijk dat zorgorganisaties beseffen dat zij de ruimte hebben om dit te doen. En dat is nu nog niet altijd het geval.

Duidelijk regelgeving en kaders

Onze resultaten geven aan dat zorgmedewerkers veel hinder ondervinden van de verschillende betekenissen die zij ervaren in regelgeving en kwaliteitskaders, bijvoorbeeld bij het toepassen van de hygiënecodes en de HACCP. En dit geldt niet alleen voor de inhoud van kaders. Ook de veranderlijkheid in regelgeving en (kwaliteits)kaders zelf, helpt niet mee. En hoewel hier waarschijnlijk geen klinkklaar antwoord voor is - regelgeving en kwaliteitskaders zijn nu eenmaal aan verandering onderhevig door context en voortschrijdend inzicht - is het wel belangrijk ons te realiseren wat dit doet met de sector. Zorgorganisaties hebben duidelijkheid nodig over welke registraties verplicht zijn zodat zij weten waar zij wél de regelruimte kunnen nemen. Ook is het belangrijk dat toezichthoudende partijen deze kaders eenduidig interpreteren en uitleggen wanneer zij op veldbezoek zijn. Het is dus van belang dat regelscheppers en toezichthouders informatie over wettelijk geldende kaders algemeen toegankelijk maken, begrijpelijk en eenduidig formuleren.

Focus op het 'waarom' van registraties en open dialoog hierover

Regeldruk gaat voor een groot deel over hoe zorgmedewerkers hun administratieve taken ervaren, niet per se over de objectieve tijd die zij eraan besteden. Het is dus essentieel dat medewerkers begrijpen wat het nut en de noodzaak is van de administratieve handelingen die zij uitvoeren en hoe die bijdraagt aan goede zorg. Eerder gaven we al aan dat er veel verschillende belangen en perspectieven heersen op regels en registraties. Het zal dus niet altijd mogelijk zijn om alle registraties voor iedereen even nuttig te maken. Wat wel zou kunnen helpen is met elkaar in gesprek gaan over deze belangen en 'het waarom' van registraties. Om zo begrip te kweken tussen de verschillende stakeholders die te maken hebben met het vraagstuk regeldruk. Dit is iets wat we proberen te doen tijdens de schrap- en snapsessies, waar verschillende disciplines uit zorgorganisaties, regelgevende organisaties en toezichthouders met elkaar in gesprek gaan. Maar het is ook van belang dat binnen de zorgorganisatie zelf een dergelijke 'open dialoog' de norm wordt. Door de focus te leggen op de reden van registraties en werkprocessen creëren we een 'zelfreinigend systeem' van denken en doen. Reflectie op heersende kaders en registraties kan niet alleen leiden tot meer duidelijkheid en begrip, het kan ook leiden tot het besef dat bepaalde registraties niet nuttig zijn en afgeschaft kunnen worden. Wat hiervoor nodig

is, is ten eerste lef van de zorgmedewerkers zelf.[9] Lef om zo nu en dan (gevraagd of ongevraagd) vraagtekens te plaatsen bij de huidige gang van zaken, om zo registraties en werkprocessen die niet helpend zijn te herkennen en bespreekbaar te maken.[10] Bestuurders kunnen hieraan bijdragen door mogelijkheden om met elkaar in gesprek te gaan te organiseren en ondersteunen. Bijvoorbeeld door tijd en ruimte te creëren om reflectie op registraties en werkprocessen mogelijk te maken.

Van schijnveiligheid naar vertrouwen

Onze resultaten tonen aan dat zorgmedewerkers soms registreren uit angst voor toezichthouders (zowel intern als extern). Dit komt overeen met eerder onderzoek van de Argumentenfabriek[11] die dit verschijnsel als volgt beschreven: 'De dokter is bang voor de directie, de directie is bang voor de raad van toezicht, de raad van toezicht is bang voor de inspectie, de NZa en de verzekeraar, toezichthouders zijn bang voor het ministerie, het ministerie is bang voor de politiek, de politiek is bang voor de publieke opinie. Angst is een slechte raadgever, ook in de zorg.' Als we er daadwerkelijk voor willen zorgen dat de regeldruk vermindert in de zorg, is het belangrijk om deze schijnveiligheid aan te pakken. Binnen organisaties moeten zorgmedewerkers weer kunnen en durven vertrouwen op hun eigen professionaliteit, zonder zich in te dekken uit angst voor inspectie of wantrouwen van collega's. Dit vraagt om andere, nieuwe vormen van toezicht en verantwoording waarbij vertrouwen en samenwerking centraal staan. Het advies van De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) beschreven in de rapportage 'Blijk van vertrouwen – anders verantwoorden voor goede zorg'[12] kan hierin richting geven. Zorgmedewerkers zelf moeten het initiatief durven en kunnen nemen, om nieuwe manieren van verantwoording te ontwikkelen. Tegelijkertijd zijn alle partijen verantwoordelijk om in de gaten te houden of de manier van verantwoorden nog wel zinnig is en bijdraagt aan het doel, namelijk: de zorg en ondersteuning borgen en waar nodig verbeteren.

Het (beter) benutten van digitalisering

In alle sectoren, ook in de gezondheidszorg, zien we dat digitalisering veel kansen biedt op het gebied van effectiviteit, informatie-uitwisseling, verrijking en (interdisciplinair) samenwerken. Onze resultaten tonen vooralsnog een keerzijde van deze innovatie. Wanneer ICT-systemen niet efficiënt werken, of medewerkers niet voldoende worden meegenomen in nieuwe digitale werkwijze, vormt de digitalisering eerder een belemmering voor de zorg dan een hulpmiddel. Het is belangrijk om deze systemen slimmer te organiseren en verbeteren, zodat ze in het voordeel gaan werken van de zorgmedewerker. Bouwen aan een goed werkend digitaal zorglandschap kost tijd, samenwerking en overleg over sectoren heen. Zorgorganisaties vormen in dit verhaal 'opdrachtgevers' en mogen zich realiseren dat zij eisen kunnen en mogen stellen aan de systemen die zij gebruiken en aan de bouwers van deze systemen.

Methodologische beperkingen en kanttekeningen

Dit onderzoek is met grote zorgvuldigheid uitgevoerd. We hebben geprobeerd om recht te doen aan de ervaringen en situaties van zorgmedewerkers in de drie zorgsectoren. Toch vinden we het belangrijk om een paar kanttekeningen te plaatsen die mogelijk van invloed zijn op de interpretatie van de resultaten.

Onze werkwijze

'Practice what you preach' is het motto wat we ter harte hebben genomen bij de uitvoering van het onderzoek. We hebben gekozen voor een procedure die zo min mogelijk administratieve belasting opleverde. De inventarisatie van de bronnen is tot stand gekomen vanuit bijeenkomsten voor

het programma (Ont)Regel de Langdurige Zorg en de toolkit 'Minder papier, meer tijd voor zorg' die zorgteams invulden om binnen de eigen organisatie aan de slag te gaan. Zorgmedewerkers hoefden dus geen extra vragenlijsten in te vullen. We zijn trots op deze opzet, nog te vaak worden zorgmedewerkers belast met ellenlange vragenlijsten in het kader van onderzoek die al dan niet zorgen voor verbetering van de kwaliteit van hun werk. We kunnen echter niet ontkennen dat onze opzet mogelijk heeft gezorgd voor een vertekening van de resultaten. Ten eerste doordat onze steekproef hierdoor bestaat uit een 'gelegenheidssample'. Zorgteams meldden zichzelf aan voor deelname aan de bijeenkomsten. Onze steekproef is hierdoor geen representatieve afspiegeling van de onderzoekspopulatie waar we uitspraken over proberen te doen. Zo valt te veronderstellen dat vooral zorgteams die veel regeldruk ervaren zich bij ons hebben gemeld of zorgteams die extra gemotiveerd zijn om aan de slag te gaan met het terugdringen van regeldruk. Om eventuele bias te minimaliseren doen wij in onze resultaten geen uitspraken over de totale omvang van regeldruk, maar houden we ons bij een relatieve inschatting van het probleem door de bronnen en oorzaken te noemen die hierbij een rol spelen.

Overschatting interne regeldruk en onderschatting externe regeldruk

Een ander punt van aandacht is het gebruik van de toolkit 'Minder papier, meer tijd voor zorg' als instrument om de regeldruk in kaart te brengen. Deze toolkit is in 2014 met zorgorganisaties ontwikkeld als hulpmiddel voor zorgmedewerkers om het goede gesprek te voeren over regeldruk en meer inzicht te krijgen in de punten van aandacht. Door middel van een aantal vragen formuleren zorgmedewerkers een top 3 van regeldruk. De focus van de bijeenkomsten waarin zorgmedewerkers de toolkit invullen is vooral gericht op 'zelf aan de slag gaan'. Dit kan ervoor gezorgd hebben dat de top 3's van de zorgteams - en zodoende onze resultaten - vooral bestaan uit regels, registraties en werkprocessen die binnen de eigen invloedsfeer van de zorgmedewerker liggen. Dit werkt dus een overschatting van de interne regeldruk in de hand (regeldruk die veroorzaakt wordt door regels, registraties en processen vanuit de eigen organisatie) en een onderschatting van de externe regeldruk (regeldruk die veroorzaakt wordt door regels, registraties en processen door externe kaders, wet- en regelgeving).

Conclusie

Regeldruk blijkt een diepgeworteld probleem dat zich afspeelt op meerdere niveaus van het zorglandschap die met elkaar interacteren en elkaar beïnvloeden (van zorgmedewerker, zorgteam, zorgorganisaties, beroepsverenigingen tot regulerende partijen en overheid). Dit onderzoek biedt inzicht in het probleem. Het geeft richting om toe te kunnen werken naar duurzame oplossingen die recht doen aan de achterliggende oorzaken. Oplossingen die ervoor zorgen dat zorgmedewerkers hun tijd vooral kunnen besteden aan het geven van veilige, liefdevolle en persoonsgerichte zorg, binnen een zorglandschap waarin de professionaliteit van de zorgmedewerker, kwaliteit, eenvoud en vertrouwen centraal staan.

5. METHODEN

Onderzoekspopulatie

Het onderzoek vond plaats in het kader van de activiteiten die Vilans uitvoert binnen het programma '[Ont]Regel de Langdurige Zorg'. Het onderzoek richtte zich op de regeldruk die zorgmedewerkers in de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg ervaren. De onderzoekspopulatie bestond uit zorgmedewerkers uit deze sectoren die deelnamen aan de schrap- en snapsessies die Vilans in samenwerking met alle partners organiseerde in de periode november 2018 tot en met januari 2020. De doelgroep bestond zowel uit zorgmedewerkers uit het primaire proces van de zorgverlening als medewerkers in aanverwante functies. Denk bijvoorbeeld aan (meewerkend) teamleiders, kwaliteits- en beleidsmedewerkers en bestuurders of managers. We spreken in het rapport over 'zorgmedewerkers' maar bedoelen hiermee het hele arsenaal aan zorgpersoneel dat werkzaam is binnen de drie zorgsectoren.

Werving respondenten

De werving voor de schrap- en snapsessies verliep via uitnodigingen en oproepen via de online kanalen van Vilans, zoals vilans.nl, zorgvoorbeter.nl en kennispleingehandicaptensector.nl. Zorgteams uit de verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg meldden zich aan door het invullen van een online aanmeldformulier. De werving voor de interviews en groepsgesprekken verliep via persoonlijk contact (met een adviseur van Vilans) en via e-mail (na afloop van de schrapsessies). De interviews vonden vervolgens plaatsen op de locatie van de betreffende zorgorganisaties. Er werd gezocht naar variatie in de respondentengroep wat betreft zorgsector en (ervaren) ernst van de regeldruk in de organisatie.

Dataverzameling

De dataverzameling bestond uit een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden (mixed methods design). Om onderzoeksvraag 1 te beantwoorden - welke registraties zorgen voor regeldruk en waarom? - maakten we gebruik van de inventarisaties van regeldruk die zorgteams tijdens hun deelname aan de schrapsessies zelfstandig formuleerden. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 2 - hoe komt regeldruk tot stand volgens zorgmedewerkers? - organiseerden we semigestructureerde interviews en groepsgesprekken met zorgmedewerkers uit de drie zorgsectoren. We gebruikten een gespreksleidraad en de lean-methodiek 'het Ishikawa-diagram' om meer inzicht te krijgen in de ervaren regeldruk. Tijdens de interviews vroegen we naar de ervaringen met regeldruk in de organisatie en de manier waarop regeldruk tot stand komt, in stand gehouden wordt en volgens hen het beste 'aangepakt' kan worden. Voor het beantwoorden van beide onderzoeksvragen gebruikten we tot slot ook overige kwalitatieve bronnen die we gedurende het onderzoek verzamelden: verslaglegging van de ervaringen die gedeeld werden tijdens de bijeenkomsten en verslaglegging van telefonische contacten die we onderhielden met de zorgteams na afloop van de bijeenkomsten als bronmateriaal om de regeldruk te duiden.

Analyse en rapportage

Alle inventarisaties van regeldruk die zorgteams formuleerden tijdens de schrapsessies werden gefotografeerd en verwerkt in een Excel-bestand. Vervolgens hebben we alle regels, registraties en werkprocessen die de zorgteams aanduidden als last geclusterd op inhoud. Via beschrijvende analyses telden we het aantal registraties per bron om zo een totaalschets te krijgen van de bronnen van regeldruk in de drie zorgsectoren. De data werden geanalyseerd met behulp van softwareprogramma IBM SPSS versie 24. We gebruikten de kwalitatieve bronnen – quotes en citaten van zorgmedewerkers – om de registraties en werkprocessen die genoemd werden per bron te verduidelijken in de tekst. Ervaringen met regeldruk die tijdens de interviews, groepsgesprekken, schrapsessies, snapsessies en telefonische contacten werden gedeeld, hebben we uitgewerkt in verslagen. Al het kwalitatief bronmateriaal werd vervolgens geanalyseerd met behulp van softwareprogramma MAXQDA versie 2018. We maakten gebruik van thematische inhoudsanalyse, waarbij we de inhoudelijke thema's (in het rapport aangeduid als bronnen van regeldruk) bottom-up (vanuit de data) lieten ontstaan. Twee onderzoekers deden dit eerst apart, waarna de coderingsslag werd vergeleken. Verschillen in interpretatie van de data werden besproken tot consensus. De definitieve clustering werd ter validatie vervolgens voorgelegd aan de betrokken adviseurs werkzaam bij Vilans binnen het programma (Ont) Regel de Langdurige Zorg.

Beschrijving respondentengroep

Tabel 2 geeft inzicht in de respondentengroep op basis waarvan de resultaten tot stand zijn gekomen. De gegevens in dit onderzoeksrapport zijn gebaseerd op de dataverzameling tijdens in totaal 32 bijeenkomsten, waarvan 24 schrapsessies en 8 snapsessies verdeeld over de drie sectoren. In totaal namen 146 zorgteams deel aan de schrapsessies, met in totaal 809 zorgmedewerkers. Enkel zorgteams die eerder hadden deelgenomen aan een schrapsessie, konden deelnemen aan een snapsessie. In totaal namen 79 zorgteams deel aan de snapsessies, met in totaal 208 zorgmedewerkers.

Tabel 2. Overzicht schrapsessies en aantal deelnemers in totaal en per zorgsector

	Totaal	VV	WVP	GHZ
Schrapsessies				
Aantal	24	11	7	6
Aantal zorgteams deelgenomen	146	71	35	40
Aantal zorgmedewerkers deelgenomen	809	385	205	219
Snapsessies				
Aantal	8	6	2	
Aantal zorgteams deelgenomen	79	54	25	
Aantal zorgmedewerkers deelgenomen	208	152	56	

Tabel 3 toont een overzicht van de kenmerken van de 15 deelnemende organisaties aan de interviews en groepsgesprekken die hebben plaatsgevonden. De gegevens in dit onderzoeksrapport zijn gebaseerd op in totaal 14 groepsinterviews en 16 individuele interviews met zorgmedewerkers werkzaam in verpleeghuiszorg, wijkverpleging en gehandicaptenzorg. Gegevens over het totaal aantal zorgmedewerkers dat heeft deelgenomen aan de (groeps)interviews zijn niet systematisch bijgehouden en daardoor niet bekend. Een grove schatting is 72 zorgmedewerkers, op basis van een schatting dat er per groepsinterviews circa 4 zorgmedewerkers deelnamen.

Tabel 3. Overzicht kenmerken deelnemende organisaties aan interviews en groepsgesprekken regeldruk

	Totaal	VV	WVP	GHZ
Groepsinterviews	14	3	7	4
Individuele interviews	16	16	-	-

6. REFERENTIES

[1] Denktank [Ont]regel de Zorg. 2019. Achtergrond ORDZ. Geraadpleegd op 6 maart 2020, van https://www.ordz.nl/achtergrond.

[2] Hanekamp, M., et al., Administratieve belasting langdurige zorg 2019. Uitkomsten onderzoek Berenschot. 2019, Berenschot: Utrecht.

[3] Stichting IZZ. Monitor gezond werken. (2019). Geraadpleegd op 6 maart 2020, van https://www.izz.nl/thema/gezond-werken/regeldruk/artikelen/minder-regels-beter-in-je-vel.

[4] Brinkman, M., Veer, A.J.E. de, Spreeuwenberg, P., Groot, K. de, Francke, A.L. De aantrekkelijkheid van werken in de zorg 2017: cijfers en trends voor verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg. Utrecht: Nivel, 2018.

[5] Van de Bovenkamp, H. M., Stoopendaal, A., Oldenhof, L., van Bochove, M., & Bal, R. (2017). Regeldruk & Regelruimte.

[6] Kemp, K., van den Bosch, S.. (2006) Transitie-experimenten. Praktijkexperimenten met potentie om bij te dragen aan transities. Kenniscentrum voor duurzame systeeminnovaties en transities.

[7] Geels, F.W. (2004) 'From sectoral systems of innovation to socio-technical systems: Insights about dynamics and change from sociology and institutional theory', Research Policy, Vol. 33, No. 6-7, pp. 897-920.

[8] Hertogh, M. L. M., & van Gestel, R. (2006). Wat is regeldruk? Een verkennende internationale literatuurstudie. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

[9] Bal, R., Weggelaar, A., & Wallenburg, I. 2018. Op zoek naar goede leefsystemen. Zorgrebellen en het doen van kwaliteit. Rotterdam: Erasmus School of Health Policy & Management.

[10] Bevan, H. 2013. 'Rocking the boat and staying in it: how to succeed as a radical in healthcare.' A call to action, 29 July 2013.

[11] Kraaijeveld, K. 2018. Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen? Lessen uit de schrapsessies. Amsterdam: De argumentenfabriek.

[12] Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Blijk van Vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg. Den Haag: mei 2019.

Colofon
Dit document is tot stand gekomen dankzij de ervaringen die deelnemers aan de schrapsessies regeldruk met ons deelden. We bedanken alle mensen die we hebben geïnterviewd en die hebben meegewerkt aan het onderzoek.

Auteurs: Chantal Zuizewind, Elize van Wijk, Bart van Mierlo, Elsbeth Zielman, Else Stapersma

Redactie: Pauline van Tienhoven

Vormgeving: Marcom + Design

Disclaimer
©2020 Vilans. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotografie, microfilm of op enig andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

info@vilans.nl
www.vilans.nl
Twitter (#VilansNL) / LinkedIn / Facebook
@vilans.nl

Vilans

Minder regeldruk, meer tijd voor zorg
Meer werkplezier!