



Eindrapportage

Inventarisatie externe verantwoordingslast verpleeghuiszorg:

Impact in beeld

Maart 2020

Marvin Hanekamp, Simon Heesbeen en Lonneke Taks

in opdracht van ActiZ
(pers@actiz.nl)



Berenschot

Aanleiding tot het onderzoek

Om meer zicht te krijgen op de omvang van de regeldruk en de oorzaken daarvan, heeft branchevereniging ActiZ aan Berenschot gevraagd onderzoek te doen naar de externe verantwoordingslast in de verpleeghuiszorg. Het onderzoek is uitgevoerd tussen november 2019 en februari 2020. Deze rapportage biedt inzicht in het aantal regels waar zorgorganisaties aan moeten voldoen en in de impact van deze regels op organisaties. Ook beschrijven we de voornaamste mechanismen die ten grondslag liggen aan externe regeldruk. We illustreren die aan de hand van drie cases. De belangrijkste uitkomsten en cijfers zijn te vinden in de infographic (link opnemen).

De rapportage is als volgt opgebouwd:

Contextschets

1

Conclusies

2

Cases: inzicht in
belangrijkste oorzaken
van externe regeldruk

3

Onderzoeks-
verantwoording

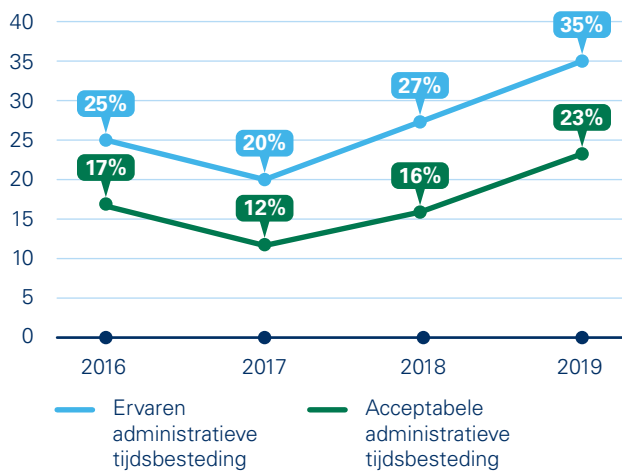
4

1. Contextschets

Zo veel mogelijk tijd voor de cliënt

Werken in de zorg brengt ook de nodige administratieve taken met zich mee. De uitdaging is die zo effectief, efficiënt en gebruiksvriendelijk mogelijk te organiseren, zeker in tijden van personeelstekorten. Een overmaat aan regeldruk doet afbreuk aan het werkplezier en betekent minder tijd voor de cliënt.

Toenemende administratieve tijdbesteding is en blijft groot knelpunt



Grafiek 1 Ontwikkeling ervaren en 'acceptabele' administratieve tijdbesteding (in % van totale werktijd) binnen de VVT

De laatste jaren zijn diverse initiatieven ontplooid om de administratieve tijdbesteding te reduceren. Zorgprofessionals geven echter aan dat zij een steeds groter deel van hun tijd besteden aan administratieve taken. In 2019 betrof dit 35% van de professionals in de ouderenzorg. Tegelijkertijd is de geaccepteerde administratieve tijdbesteding nu ook groter dan vier jaar geleden. Uit [onderzoek](#) van Berenschot blijkt dat minder administratieve tijdbesteding samenhangt met significant meer tijd voor cliënten, meer werkplezier en minder verloop.

Administratieve tijdbesteding kost ouderenzorg miljarden

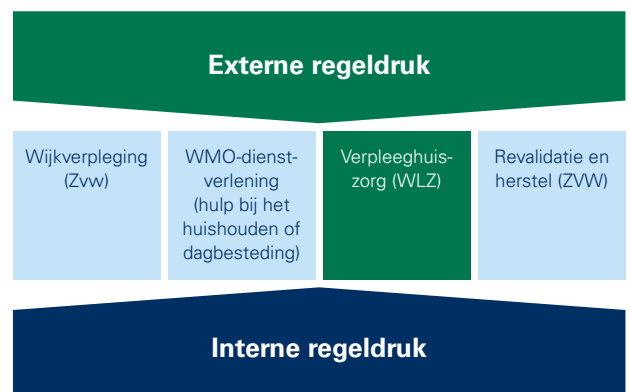
De eerdergenoemde 35% werktijd komt overeen met circa 73.000 fte in de ouderenzorg (vvt-sector) oftewel zo'n € 4 miljard aan salarislasten. Dit komt boven op de tijd en kosten van ondersteunende functies. Het verlagen van de ervaren administratieve tijdbesteding (35%) naar het niveau dat zorgprofessionals in de ouderenzorg acceptabel vinden (23%), zorgt voor 25.000 fte extra 'handen'. Dit komt neer op 1,26 uur meer tijd per cliënt¹⁾ per week.

Externe regeldruk leidt tot interne regeldruk

Administratieve werklust bestaat uit zowel interne als externe regeldruk. Deze staan niet los van elkaar: een belangrijk deel van de interne regeldruk ontstaat door externe regeldruk. Denk aan risico-inventarisaties (zoals beoordeling eigen beheer medicatie, persoonlijke hygiëne, valpreventie) die voortkomen uit landelijke richtlijnen, vastgesteld door de beroepsgroepen zelf. De Inspectie voor Gezondheid en Jeugd (IGJ) hanteert deze richtlijnen en zorgorganisaties laten medewerkers controlelijsten invullen om te kunnen aantonen dat zij de richtlijnen naleven. Of, zoals de IGJ het zelf [verwoordt](#): "De inspectie is niet direct verantwoordelijk voor de regeldruk, maar wij zien natuurlijk wel dat onze bezoeken en rapporten zorgverleners en zorginstellingen wel degelijk aanzet tot extra controlelijsten." Vanwege het grote aantal richtlijnen ontstaat er in de praktijk een stapeling van registraties.

Focus op externe regeldruk verpleeghuiszorg

Verder bieden veel zorgorganisaties zorg aan vanuit meerdere financieringsstromen. Elke stroom heeft eigen specifieke regels voor verplichte registratie en informatieverstrekking ter controle en verantwoording. In dit onderzoek hebben wij de externe regeldruk in de verpleeghuiszorg onderzocht, oftewel intramurale zorg voor cliënten met een indicatie vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).



Doel: Merkbaar minder externe regeldruk

Afbakening onderzoek externe verantwoordingslast

1) Op basis van cliënten Wlz-intramuraal, Wlz in thuissituatie en wijkverpleging exclusief medische kindzorg. Bron: Vektis (2017).

Zorgorganisaties: wees ook kritisch op de eigen bedrijfsvoering

Ondanks het feit dat in dit onderzoek de focus op de externe regeldruk ligt, blijkt uit onderzoek van

[Berenschot](#) onder 7.700 zorgprofessionals en [Vilans](#) dat zorgorganisaties ook zelf het nodige ondernemen om de administratieve tijdsbesteding te beperken. Zo zien wij organisaties waar door het gebruik van goed werkende devices zorgprofessionals registraties direct digitaal kunnen uitvoeren. Belangrijke randvoorwaarde is dat medewerkers goed getraind worden om devices efficiënt te gebruiken. Bij een andere zorgorganisatie leidde het voeren van gesprekken over regels tot meer bewustwording van administratie en concrete vermindering, waardoor de organisatie het aantal intern gehanteerde protocollen aanzienlijk kon verminderen.

2. Conclusies

HOOFDCONCLUSIE: minder administratieve belasting start met meer onderling vertrouwen

Voldoen aan honderden externe regels heeft grote impact op de bedrijfsvoering

In ons onderzoek zijn wij 451 externe regels tegengekomen waar zorgorganisaties voor de verpleeghuiszorg aan moeten voldoen. Deze regels zijn afkomstig uit 83 bronnen. Deze hebben wij ingedeeld naar vijf thema's: primair proces, kwaliteit, business control & informatiemanagement, bestuur & management en facilitair. Tabel 1 toont een overzicht van het aantal geïdentificeerde regels per thema. Het totaal aantal regels is in werkelijkheid groter, aangezien wij niet hebben gestreefd naar volledigheid maar ons hebben beperkt tot de regels met de meeste impact. Opvallend is dat bij gesprekspartners en in documenten een totaaloverzicht (link naar inventarisatiebestand met regels) van alle externe regels ontbreekt.

Tabel 2 vermeldt per thema de belangrijkste bronnen van externe regels binnen een verpleeghuisorganisatie.



Thema	Aantal regels
Business control en informatiemanagement	181
Primair proces	155
Bestuur en management	42
Kwaliteit	56
Facilitair	17

Tabel 1 Aantal geïdentificeerde regels per thema.

Thema	Belangrijkste bronnen van externe regels
Primair proces	Wet zorg en dwang, Wet langdurige zorg, Kwaliteitskader, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Business control en informatiemanagement	Jaarverantwoording DigiMV, Wlz-inkoop, NZa kostprijsonderzoek, extra (kwaliteits)gelden, SectorplanPlus, Stagefonds Zorg, indicatoren personeelssamenstelling
Kwaliteit	Kwaliteitsplan, kwaliteitsgelden, Governance Code, kwaliteitsindicatoren, leidraad veilige zorgrelatie en kwaliteitsstandaarden
Facilitair	Arbowet, CCV, HACCP, Drinkwaterbesluit, Bouwbesluit, Arbeidsomstandighedenbesluit, Europese Energie-Efficiency Richtlijn, Warmtewet, ISO-normen
Bestuur en management	Wet verbetering Poortwachter, Arbeidstijdenwet, Wet arbeidsmarkt in balans

Tabel 2 Belangrijkste bronnen van externe regels per thema.

Voorbeelden van regels en hun impact

Naast het aantal regels hebben we waar mogelijk ook de impact van regels in kaart gebracht. Het geheel aan regels heeft grote impact op de bedrijfsvoering van zorgorganisaties. Ter illustratie volgen hier drie voorbeelden van de zeventien geïdentificeerde regels op facilitair gebied met een grote impact.

- *Voedselveiligheid/HACCP*. Voor de sector zijn hygiënecodes opgesteld voor voedselveiligheid. Zo dient de Hygiëncode voor de voedingsverzorging in zorginstellingen en Defensie als leidraad voor de naleving van artikel 3, 4 en 5 van de verordening (EG)852/2004. Alle teksten in de Hygiëncode zijn hierop aangepast. De Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) gebruikt de Hygiëncode als basis voor controle en toezicht. De code geldt niet alleen voor de centrale keuken, maar ook voor het serveren, bewaren en bereiden op de afdeling, activiteitenbegeleiding of in het restaurant. Hoewel het aantal verplichtingen de afgelopen jaren is afgenomen, blijft het al met al fors.
- *Infectiepreventie/WIP-richtlijnen*. De richtlijnen voor infectiepreventie geven invulling aan wet- en regelgeving met betrekking tot onder andere persoonlijke hygiëne van medewerkers, omgang met cliënten, omgang met lichaamsvloeistoffen, wondverzorging, omgang met en opslag medicijnen en steriele middelen, preventie van infectieziekten, isolatie, MRSA, Norovirus, reinigen en desinfectie.
- Ook het *Drinkwaterbesluit* (wettelijke kwaliteitseisen voor drinkwater) heeft grote impact op organisaties. Zo is elke zorgorganisatie verplicht om per locatie een legionella-risicoanalyse te laten uitvoeren door een BRL 6010-gecertificeerd bedrijf. Op basis van de analyse stelt het bedrijf een legionellabeheersplan op waar de zorgaanbieder zich aan dient te houden. Onder het beheersplan vallen onder andere een keerklepcontrole, watertemperatuurmeting, legionella-monstername, het afdoppen en spoelen van leidingen, reinwaterkelder schoonmaken en testen en het periodiek vervangen van binnenwerk kranen.

De impact van deze wetten zit hem in meerdere aspecten. Het gaat zowel om tijdsbesteding aan administratieve taken en uitvoering geven aan de code of een plan, als om kosten voor certificering, training, afstemming met en inhuren van externe partijen. Deze externen worden ingezet voor inspectie en/of advies en aanschaf van materiaal.

Stapeling van gegevensregistratie en -uitvraag: elke toezichthouder vanuit zijn eigen perspectief

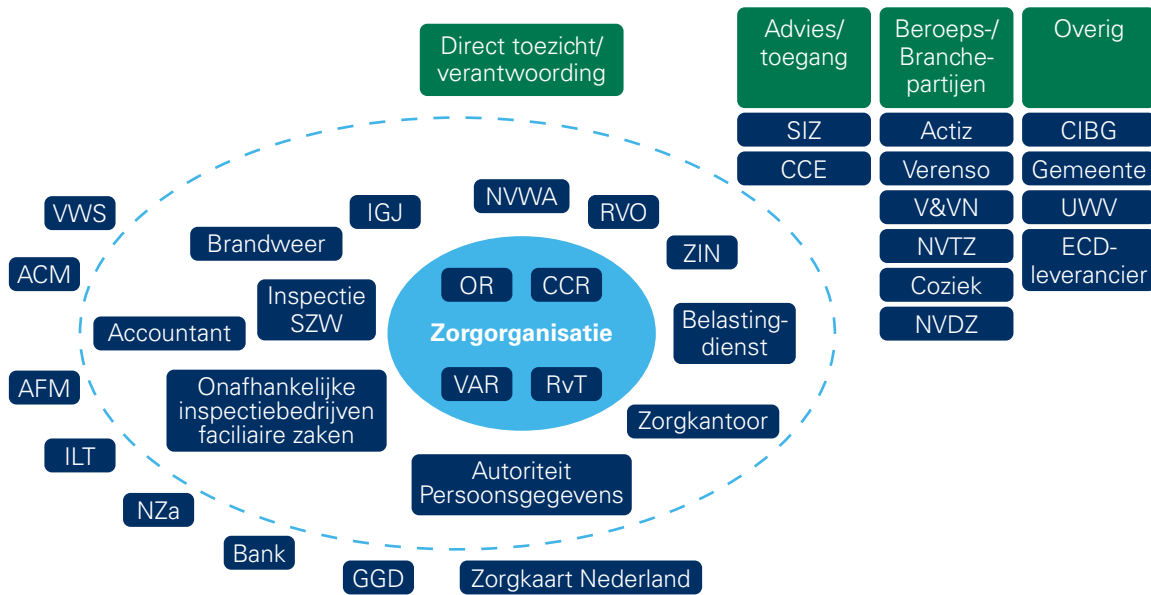
Zorgorganisaties hebben te maken met regels vanuit verschillende domeinen met verschillende toezichthouders. Voor al deze partijen moeten zorgorganisaties gegevens vastleggen en/of verstrekken ter controle en verantwoording. De figuur op de volgende pagina geeft een overzicht (niet limitatief) van partijen waarvoor zorgorganisaties gegevens bijhouden en/of verstrekken.

De eerste schil bestaat uit partijen die *direct toezicht* houden op zorgorganisaties. De tweede schil betreft partijen waarvoor zorgorganisaties ook gegevens registreren of partijen die op hun beurt toezicht houden op de toezichthouders in de eerste schil. Door de veelheid aan partijen vindt een stapeling in het vastleggen en /of verstrekken van gegevens ter controle en verantwoording plaats. Elke organisatie vraagt dit met de beste bedoelingen, maar het totale effect en de impact daarvan op de zorg en de zorgverleners worden onvoldoende bewaakt. Zorgorganisaties ervaren die totale impact als groot.

Op basis hiervan onderschrijven wij de vaststelling van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving in mei 2019²⁾ dat het nodig is toe te werken naar een nieuwe vorm van toezicht houden, zodat zorgorganisaties minder “leverancier van verantwoordingsinformatie ten behoeve van externen worden”.



2) Rapport Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, mei 2019, “Blijk van vertrouwen: anders verantwoord voor goede zorg”



Figuur 1 Overzicht (niet limitatief) van partijen waarvoor zorgorganisaties gegevens bijhouden en/of verstrekken.

“De veelheid aan regels is het gevolg van een cultuur in de zorg gebaseerd op wantrouwen. Toezicht wordt strikter en vindt steeds meer op microniveau plaats”

– manager financiën

Toeziht op microniveau

Vaak genoemde voorbeelden van verantwoording op microniveau zijn de controle van stekkers van huishoudelijke apparaten (ISO-norm), het meten van de temperatuur van de koelkast (HACCP), het noteren van de datum op de verpakking van voedsel (HACCP) en het moeten indienen van het percentage cliënten op de afdeling waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd in het zorgdossier (indicator basisveiligheid).

“Zo doen wij het thuis ook niet. Waarom dan wel in de zorg? Wij lijken hierin doorgeslagen”

– manager facilitair over het labelen van voeding met houdbaarheidsdatum

Belangrijkste mechanismen binnen cultuur van wantrouwen in de zorg

Uit het onderzoek komen drie belangrijke mechanismen van de ervaren cultuur van wantrouwen naar voren:

- **Incidenten zorgen voor meer regels.** De acceptatie van risico's door politiek, maatschappij en media is zeer beperkt. Bij het beperken van risico's kiest de overheid van oudsher voor 'hard controls': meer formele, tastbare en instrumentele beheersingsmaatregelen, zoals procedures, regels en protocollen.

- **Er is een stapeling van toezicht:** partijen die toezicht houden op zorgorganisaties, zijn op hun beurt ook zelf onderwerp van toezicht. Zo hebben zorgkantoren te maken met toezicht door de NZa en accountants met toezicht van de ACM. Ook zij spelen daarom vaak op zeker en ervaren weinig ruimte voor bijvoorbeeld maatwerk. Zo leidt de stapeling van toezicht tot een strikter toezicht op zorgorganisaties.

- **De angst om als zorgorganisatie negatief in het nieuws te komen.** Veel zorgorganisaties spelen hierdoor liever op veilig en proberen tot in detail aan regels te voldoen in plaats van tegen de verplichte informatieverstrekking in te gaan en de discussie over nut en noodzaak hiervan aan te gaan. Als concreet voorbeeld wordt de 'zwarte lijst' van het Ministerie van VWS genoemd. Zorgorganisaties zijn bevreesd op een dergelijke lijst terecht te komen.

“Toezichthouders vragen veel. Hen 'terugduwen' vraagt lef en kennis. Waar dit ontbreekt, kiezen organisaties veelal voor de veilige weg en administreren meer dan nodig. Regelmatig zonder echt doel (afvinken)”

– business controller

DEELCONCLUSIE 1: financiers en systeempartijen kunnen gegevensuitvragen slimmer op elkaar afstemmen

Onvoldoende samenwerking in de gegevensuitvraag

Figuur 1 laat zien hoeveel partijen gegevens bij zorgorganisaties uitvragen. Deze uitvragen zijn echter onvoldoende onderling afgestemd. Daardoor ontstaat er overlap en worden dezelfde gegevens meermaals uitgevraagd, zij het vaak met een andere definitie of op een ander aggregatieniveau.

- **Iedere partij voor zichzelf.** De voornaamste oorzaak voor onvoldoende samenwerking is dat elke partij zich richt op een specifiek deel van het totale toezicht of de verantwoording. Drie voorbeelden hiervan:
 - Landelijk is afgesproken dat personeelsgegevens bij het Zorginstituut worden aangeleverd. Echter, zowel het CIBG (uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS) als de zorgkantoren vragen deze gegevens ook uit.
 - De NZa heeft gegevens over de bedrijfsvoering nodig voor haar kostenonderzoeken. Deze informatie sluit niet aan bij de bedrijfsvoeringsinformatie in de jaarverslagen en in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording.
 - Wanneer een organisatie een nieuwe locatie bouwt, dient te worden voldaan aan eisen op het gebied van energiemaatregelen vanuit het Bouwbesluit. De gemeente ziet hierop toe voordat een vergunning wordt afgegeven. Vervolgens dient informatie over energiemaatregelen ook te worden aangeleverd aan de RVO in het kader van Europese wetgeving (EED).
- **Consensus leidt tot suboptimaal resultaat.** Een tweede oorzaak is dat waar partijen samen beslissen over de uitvraag van gegevens, zoals over de indicatoren in het Kwaliteitskader, veel partijen een verschillende voorkeur hebben voor de uit te vragen gegevens. Dit leidt uiteindelijk tot een suboptimale uitvraag richting de zorgorganisatie.

Fundamentele veranderingen zijn nodig om bij het uitvragen van deze gegevens de administratieve tijdsbesteding voor zorgorganisaties te verlagen.

“Elke partij vraagt net weer wat anders uit of op een ander detailniveau.”

– informatiemanager

DEELCONCLUSIE 2: nieuwe regels hebben in de praktijk meer impact op zorgorganisaties dan vooraf bedacht

Kwaliteitsgelden en WZD in huidige kabinetsperiode

Bij nieuw beleid of nieuwe regelgeving is er te weinig oog voor de effecten in de praktijk. Daardoor zijn de administratieve lasten in de praktijk veel groter dan beoogd of blijkt de regelgeving zelfs niet goed uitvoerbaar. De Kwaliteitsgelden en de Wet zorg en dwang (Wzd) worden genoemd als de wijzigingen in de huidige kabinetsperiode met de grootste impact op organisaties. In beide gevallen zorgt de regelgeving voor extra inspanningen, zoals overleggen tussen verschillende disciplines, het zelf vertalen van regels naar interne administratie, het inrichten van systemen voor administratie en monitoring, trainingen en de kosten voor ondersteuning van externe adviseurs. Daarnaast bestond er bij inwerkingtreding onduidelijkheid over definities, uitvoering en verantwoording. Zo is bij de Wzd onvoldoende helder wanneer het stappenplan gevolgd moet worden en wanneer niet.

Verantwoordingsystematiek onvoldoende doordacht

Ten aanzien van de Kwaliteitsgelden noemen veel zorgorganisaties als belangrijk knelpunt dat bij de start nog geen systematiek voor de aanvraag en verantwoording beschikbaar was. Zorgorganisaties werden gedurende het boekjaar geconfronteerd met wijzigingen die van invloed waren op hun administratie en bedrijfsvoering voor dat jaar. Zij hadden ondertussen wel al een apart administratief proces ingericht om de benutting van de gelden vast te leggen en te monitoren. Het gevolg was dat zorgorganisaties met terugwerkende kracht aanvullende gegevens moesten verzamelen om de besteding van de gelden volgens de regels te kunnen verantwoorden. Verder wijkt deze administratie mede door het detailniveau van verantwoording af van reeds beschikbare stuur- en verantwoordingsgegevens.



“Onjuiste inschatting van de impact van nieuwe regels is vooral het gevolg van een (te) grote afstand tussen de beleidsmakers en de werkvloer”

– bestuurder

DEELCONCLUSIE 3: vooral tijdelijke en incidentele uitvragen vergen veel tijd en aandacht

Afwijkend administratief proces

Uit de gesprekken blijkt dat de tijdelijke regelingen en incidentele uitvragen vanuit financiers en systeempartijen relatief veel tijd en aandacht vergen van zorgorganisaties. Zo sluit de gegevensuitvraag vaak niet direct aan op de beschikbare gegevens uit de bestaande administratie. Ook moeten zorgorganisaties daardoor scherp blijven op bijvoorbeeld de uitnutting van een budget of de voorwaarden voor uitkering van de gelden. Tabel 3 op deze pagina toont de meest genoemde voorbeelden, waarvan het SectorplanPlus en de Kwaliteitsgelden de meeste recente zijn.

“De inspanningen om kwaliteitsgelden te verantwoorden zijn 90% ten opzichte van 10% voor de reguliere Wlz-zorg”

– business controller

SectorplanPlus is een meerjarige subsidie (2017-2021) van het Ministerie van VWS voor werkgevers in de sector zorg en welzijn om een extra impuls te geven aan opleidingsprojecten die gericht zijn op nieuwe instroom, met ontslag bedreigde werknemers, scholing binnen de organisatie via de beroepskwalificerende scholing of opleidingen tot praktijk-/werkbegeleiders.

Organisaties die in meerdere werkgeversregio's actief zijn, moeten meerdere aanvragen indienen. Voor de verantwoording dienen zorgorganisaties op individueel niveau, per deelnemer aan een opleidingsproject, een getekende overeenkomst met gedetailleerde informatie in te dienen. Voor deelnemers aan een externe opleiding moet een getekende presentielijst met persoonsgegevens, informatie over de opleiding en een drievoudige ondertekening te worden ingediend.

Teneinde verplichte registratie en verantwoording terug te dringen, is het wenselijk om kritisch te kijken naar tijdelijke en incidentele regelingen en uitvragen.

Ook de Kwaliteitsgelden zijn een tijdelijke regeling. Vanaf 2019 worden die als afzonderlijk budget beschikbaar gesteld. Per 2022 worden ze toegevoegd aan de reguliere tarieven. Zorgorganisaties noemen dit frustrerend. Zij hadden liever gezien dat dit budget al eerder in de tarieven was opgenomen. Daarnaast geven zij aan dat zij de tijd en middelen die zij nu besteden aan administratie, monitoring en verantwoording van de besteding van de kwaliteitsgelden, liever besteden aan hun cliënten.

Tijdelijke / Incidentele administratieve taken

Kwaliteitsgelden

CBS-enquêtes

Kwaliteitsindicatoren (want veranderend)

RVO-enquêtes

GGD audits

NZA-kostprijsonderzoek

SectorplanPlus gelden

Tabel 3 Overzicht tijdelijke en incidentele uitvragen (niet limitatief).



3. Cases: inzicht in belangrijke oorzaken van regeldruk

CASUS 1: Hoe toezicht op de naleving van richtlijnen leidt tot een afvinkcultuur (richtlijn Beoordeling eigen beheer medicatie)

Richtlijnen worden als norm gehanteerd

Zorgprofessionals krijgen diverse richtlijnen van beroepsverenigingen en kennisinstituten aangereikt om goede en verantwoorde zorg te kunnen leveren. Denk aan richtlijnen voor een veilige omgang met medicatie, vallen, voeding of decubitus of verslaglegging in het algemeen. In de praktijk 'ontwikkelen' deze richtlijnen en standaarden zich veelal onbedoeld tot normen omdat professionals en zorgorganisaties deze richtlijn als zodanig gaan hanteren en/of omdat de IGJ erop gaat toezien.

Stapelning van vragenlijsten in het ECD

Een voorbeeld hiervan is de richtlijn Beoordeling eigen beheer medicatie (BEM). Dit is een risico-inventarisatie-instrument voor zorgprofessionals, om te beoordelen in welke mate een cliënt zijn eigen medicatie kan beheren en innemen. In principe is de zorgprofessional vrij deze richtlijn te vertalen naar de eigen praktijk. De IGJ controleert of de toepassing van dergelijke richtlijnen voldoende binnen de organisatie is geborgd. Daarom kiezen veel zorgorganisaties ervoor een vragenlijst in het elektronisch cliëntendossier op te nemen en zorgmedewerkers te vragen deze in te vullen. Vanwege het grote aantal richtlijnen ontstaat er in de praktijk een stapeling van vragenlijsten.

Afvinken zonder duidelijk nut en noodzaak

Wanneer er op die manier toezicht wordt gehouden, grijpen medewerkers ook terug op deze vragenlijsten. Zij hebben het gevoel dat de inspectie over hun schouder meekijkt en in reactie op hun onzekerheid gaan ze zaken vastleggen. Het gevolg is dat zorgmedewerkers zo veel vragenlijsten moeten invullen, dat het eigenlijke doel – het inventariseren van risico's – ondergeschikt is aan het afvinken van de vragenlijsten. Dit doen medewerkers ook in situaties waarin zij vinden dat het weinig toegevoegde waarde heeft, om toch aan de verplichting te voldoen.

Regels en administratie worden de standaard

Daarnaast is het voor zorgmedewerkers steeds meer vanzelfsprekend om te werken met veel protocollen en regels. Dit wordt hen tijdens de opleiding al bijgebracht en uit onderzoek van [Berenschot](#) blijkt dat de acceptatiegrens onder zorgprofessionals de afgelopen vier jaar is toegenomen (zie pagina 1). Mogelijk is dit het gevolg van de grote aandacht voor dit onderwerp en het gevoel bij zorgmedewerkers dat zij er zelf weinig aan kunnen doen. Al met al leidt dit ertoe dat zij nieuwe (extra) externe regels sneller accepteren en zo uiteindelijk de administratieve werklust toeneemt.



CASUS 2: Hoe de uitvoerbaarheid van nieuwe wetgeving onvoldoende wordt getoetst: Wet Zorg en Dwang

Van Bopz naar Wzd en Wvggz

De Wzd en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, op 23 januari 2018 aangenomen door de Eerste Kamer, zijn per 1 januari 2020 van kracht geworden. Deze wetten vervangen de Wet Bopz. De Wzd regelt dat aan een persoon met een psychogeriatrische stoornis of een verstandelijke beperking, tegen diens wil, zorg verleend kan worden als dat nodig is om te voorkomen dat diegene zichzelf of iemand anders ernstig benadeelt. Dit wordt in de Wzd onvrijwillige zorg genoemd. De wet schrijft hierbij een stappenplan voor dat toegepast moet worden om onvrijwillige zorg in te zetten (uitsluitend als geen enkele lichtere interventie past en er daadwerkelijk sprake is van een hoog risico). Het stappenplan moet echter ook gevolgd worden bij specifieke vormen van vrijwillige zorg, zoals beperkingen van bewegingsvrijheid in de vorm van een bedhek.

Spanning tussen wet en praktijk

Al voor de invoering van de beide wetten hebben zorgorganisaties en veldpartijen kritiek geuit. Tijdens gesprekken blijkt dat onvoldoende duidelijk is wanneer een cliënt onder de Wzd en/of Wvggz valt, hoe de externe verantwoording zal plaatsvinden, wie binnen de organisaties welke taken en verantwoordelijkheden krijgt en welke rol externe deskundigen vervullen.

Verder zijn er twijfels geuit over de uitvoerbaarheid in de praktijk. Voor sommige maatregelen is overleg tussen een groot aantal professionals nodig. Gezien de krapte op de arbeidsmarkt en de bijbehorende schaarste van bijvoorbeeld specialisten ouderengeneeskunde (SO), zijn dergelijke overleggen een grote uitdaging. Voor het doorlopen van het stappenplan zijn ten minste twee SO's nodig met elk een aparte rol en verantwoordelijkheid.

De wet is per 1 januari 2020 in werking getreden. Hoewel de minister begin dit jaar 2020 als een [overgangsjaar](#) aanduidt, is de wet al onverkort van kracht. Met andere woorden, wanneer er sprake is van een geschil, zal de rechter toetsen of de regels uit de wet correct zijn nageleefd.³⁾

Impact op zorgorganisaties groter dan gedacht

De implementatie van de Wzd ervaren zorgorganisaties als tijdrovend. Zij geven aan tijd kwijt te zijn aan het:

- herinrichten van diverse processen (zorg en administratie) passend bij het te hanteren stappenplan;
- vertalen in rollen, taken en verantwoordelijkheden en werkwijze;
- trainen van medewerkers voor een goede invulling, werkwijze en administratie;
- inrichten van een klachtenprocedure en vastlegging van goedkeuringen en afstemming met externe partijen over bijvoorbeeld een klachtencommissie of een Wzd-arts.

Hoewel er een regeldruktoets is uitgevoerd om de impact van het wetsvoorstel op zorgorganisaties te bepalen, is dit niet gebeurd op de definitieve versie van de wet. Dit terwijl het voorstel op diverse punten is geamendeerd. Zorgorganisaties ervaren de uitvoerbaarheid van de wet als complex. Het beeld bestaat dat deze wetten tot stand zijn gekomen vanuit een ideaalbeeld. Hierbij wordt volgens veel zorgorganisaties de huidige ingewikkelde systematiek onvoldoende in het achterhoofd gehouden en ervaren zorgorganisaties een te grote afstand tussen waar wetten worden bepaald en uitgedacht en de werkvloer. Het gevoel heerst dat deze situatie voorkomen had kunnen worden wanneer er beter samen met het veld zou zijn nagedacht over de implementatie en wanneer de regeldruktoets op de volledige wet zou zijn uitgevoerd. Ook was het volgens zorgorganisaties beter geweest om tijdig pilots met de diverse processen uit te voeren; nu waren de bevindingen pas in [december 2019](#) bekend.

3) Voor civiele en tuchtrechtelijke geschillen. De IGJ geeft meer ruimte door in het overgangsjaar op de geest en niet op de letter van de Wet Zorg en Dwang te handhaven.

CASUS 3: Hoe de uitvoering van vooral tijdelijke regelingen veel tijd en aandacht vragen van zorgorganisaties (kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg).

Nieuwe bewindvoerder(s), extra gelden en programma's zorgen voor extra regels

Minister De Jonge van VWS stelde vanaf 2019 via een afzonderlijk kwaliteitsbudget extra kwaliteitsgeld beschikbaar vanuit het programma 'Thuis in het verpleeghuis'. In de periode 2019-2021 komt hierdoor in totaal € 2,1 miljard aan extra gelden beschikbaar, bedoeld om de kwaliteit in verpleeghuizen verder te verbeteren. Zorgorganisaties en zorgkantoren maken hier binnen de landelijke kaders afspraken over.

Hoewel binnen de sector verheugd wordt gereageerd op de extra middelen, zijn zorgorganisaties ook kritisch op het ontstaan van "weer een nieuw potje". Het zorgstelsel kent reeds een groot aantal financieringsstromen met bijbehorend aanvraag-, registratie- en verantwoordingsprocessen. Partijen pleitten ervoor om deze extra middelen zo snel mogelijk deel te laten uitmaken van de reguliere tarieven en zo extra administratieve lasten te beperken.

Grotere administratieve belasting dan gedacht

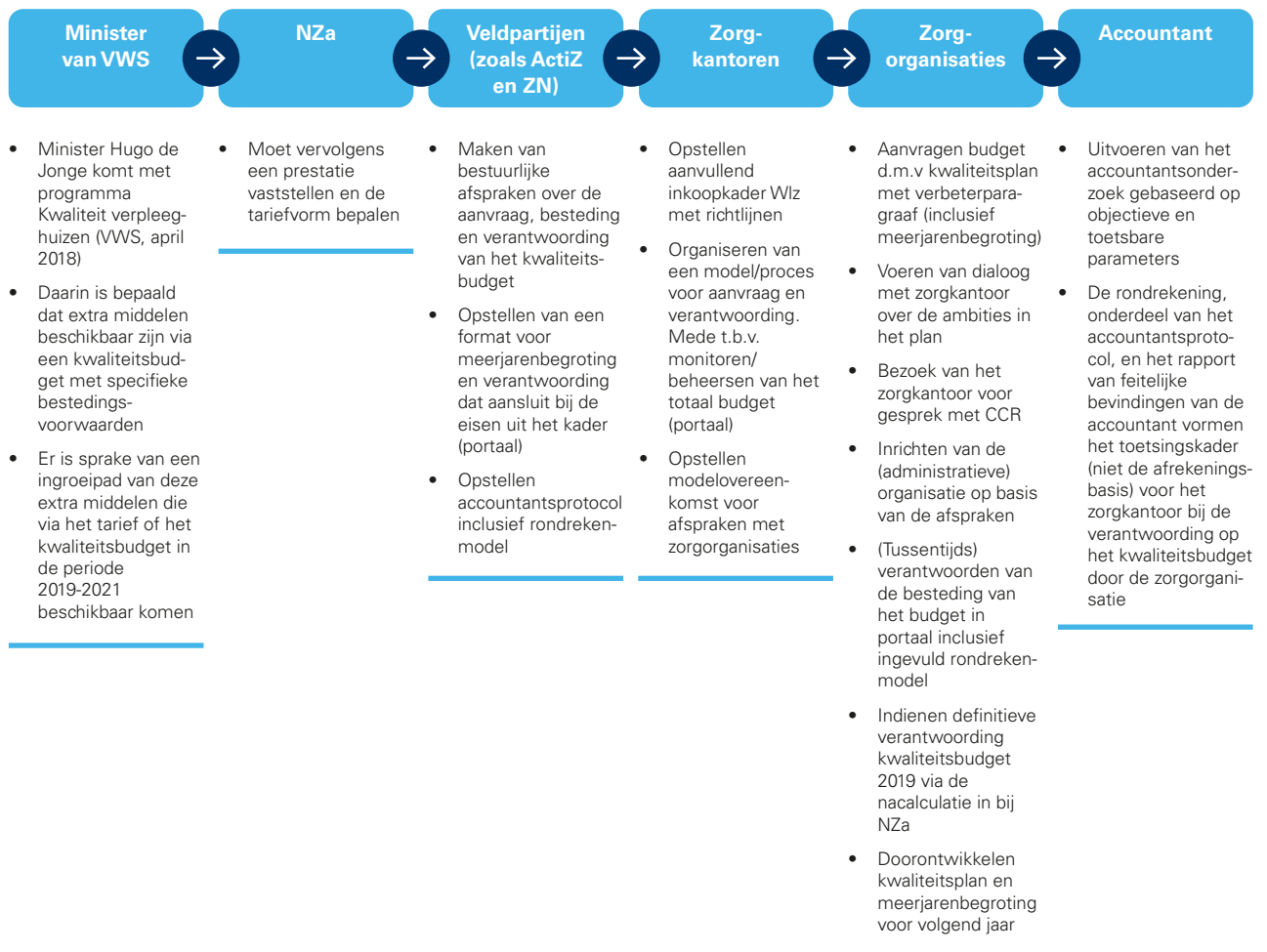
Het verzoek om de middelen in de tarieven op te nemen, werd niet ingewilligd. En de angst binnen de sector dat hierdoor de administratieve belasting zou stijgen, blijkt terecht. Zorgorganisaties geven aan in 2019 veel tijd kwijt te zijn geweest met het aanvragen, monitoren en verantwoorden van deze gelden. Zij noemen als voornaamste oorzaken:



- *Extra administratief proces.* Zorgorganisaties moeten eerst een kwaliteitsplan met meerjarenbegroting indienen en vervolgens een administratief proces inrichten om de benutting van de aangevraagde gelden te kunnen monitoren en ook te kunnen verantwoorden. Deze administratie wijkt mede door het detailniveau van verantwoording af van de inrichting van de reeds beschikbare administratie en verantwoordingen. Tevens verschilt de gegevensuitvraag van de gegevens die worden aangeleverd voor het jaarverslag en Jaardocument Maatschappelijke verantwoording.
- *Dubbel werk door onvoldoende uitgewerkt verantwoordingsproces.* De monitoring en verantwoording van de kwaliteitsgeld door zorgorganisaties werden bemoeilijkt doordat het portaal waarin zorgaanbieders gegevens moeten aanleveren om het aangevraagde kwaliteitsbudget te onderbouwen en de besteding (tussentijds) te verantwoorden pas in april 2019 beschikbaar kwam en er sprake was van onvolkomenheden. Daarnaast was het accountantsprotocol met bijbehorende rondrekenmodel pas eind 2019 voorhanden. In dit protocol staan de eisen voor het accountantsonderzoek. Het rondrekenmodel heeft verder geen directe relatie met de afspraken tussen zorgorganisaties en zorgkantoren; zorgaanbieders geven aan dat het een stapeling betreft van extra administratie en verantwoording. Vanwege het laat beschikbaar zijn van de verantwoordingseisen moesten zorgorganisaties bovendien met terugwerkende kracht nog ontbrekende gegevens verzamelen om aan de verantwoordingseisen te kunnen voldoen.
- *Complexiteit van de regeling leidt tot onzekerheid.* De berekening van het kwaliteitsbudget is complex en wordt beïnvloed door diverse factoren. Dat maakt het voor zorgorganisaties lastig om goed in te schatten op welk budget zij aanspraak kunnen maken. Het gevolg hiervan is onzekerheid in de bedrijfsvoering.

Operationalisering naar praktijk waaiert uit langs vele partijen

Een voorname oorzaak van de regeldruk bij de inzet van het kwaliteitsbudget is dat bij de start onvoldoende is nagedacht welke gevolgen een afzonderlijk budget heeft voor de praktijk. Daarnaast is ook onvoldoende nagedacht over hoe zorgkantoren en zorgorganisaties dit zouden kunnen inpassen in hun bestaande processen en administratie. Tevens is een groot aantal partijen betrokken geweest bij het operationaliseren van het kwaliteitsbudget (zie onderstaand schema). Elke partij stelt vanuit zijn eigen taak en bevoegdheden andere eisen aan de aanvraag, besteding en verantwoording. Zorgorganisaties zitten aan het einde van de lijn en krijgen hierdoor te maken met stapeling van eisen en een geheel nieuw (tijdelijk) administratief proces.



Schema: Betrokken partijen bij het operationaliseren van het kwaliteitsbudget.

4. Onderzoeksverantwoording

Voor het onderzoek hebben wij de volgende gefaseerde aanpak gehanteerd.

1

Start en documentstudie

Door middel van desk research en een inventarisatie van bronnen bij experts vanuit Actiz zijn relevante documenten verzameld en vervolgens bestudeerd. Hierbij zijn in totaal 83 documenten gebruikt. Uit deze bronnen zijn regels gefilterd op de thema's primair proces, business control en informatiemanagement, management en bestuur, kwaliteit en facilitair. Daarnaast zijn een aantal kenmerken van deze regels in kaart gebracht.

2

Gespreksronde ActiZ

De opgestelde inventarisatie in fase 1 is middels gesprekken met experts vanuit Actiz getoetst op volledigheid. Hierna zijn aanvullende documenten bestudeerd en zijn gesprekstopics voor verdiepende gesprekken met zorgorganisaties vastgesteld.

3

Gespreksronde zorgorganisaties

Bij vier ouderenzorgorganisaties verspreid door Nederland zijn twintig gesprekken gevoerd: vier gesprekken per ieder thema. Tijdens deze gesprekken is ingegaan op de regels met de ervaren grootste impact, de ontwikkelingen hierin de afgelopen kabinetsperiode, hoe dit zorgorganisaties beïnvloedt en hoe zij hiermee omgaan. Ook zijn mechanismen die ten grondslag liggen aan regeldruk beschreven, zijn cases ter illustratie vastgesteld en is hierop verder verdiept.

4

Oplevering eindproducten

In deze fase zijn de bevindingen uitgewerkt in een infographic, eindrapportage en een opgemaakte versie van de Excel met inventarisatie.

Contactpersonen ActiZ

Marc van Eck
Senior beleidsadviseur

Lotte Vlaar
Junior beleidsadviseur

Onderzoekers Berenschot



Marvin Hanekamp
Managing director Bedrijfsvoering,
Informatiemanagement en
Benchmarking
m.hanekamp@berenschot.nl



Simon Heesbeen
Senior consultant Bedrijfsvoering,
Informatiemanagement en
Benchmarking
s.heesbeen@berenschot.nl



Lonneke Taks
Consultant zorg en welzijn
l.taks@berenschot.nl



Berenschot

Berenschot is een onafhankelijk organisatieadviesbureau met 350 medewerkers wereldwijd. Al 80 jaar verrassen wij onze opdrachtgevers in de publieke sector en het bedrijfsleven met slimme en nieuwe inzichten. We verwerven ze en maken ze toepasbaar. Dit door innovatie te koppelen aan creativiteit. Steeds opnieuw. Klanten kiezen voor Berenschot omdat onze adviezen hen op een voorsprong zetten.

Ons bureau zit vol inspirerende en eigenwijze individuen die allen dezelfde passie delen: organiseren. Ingewikkelde vraagstukken omzetten in werkbare constructies. Door ons brede werkteerrein en onze brede expertise kunnen opdrachtgevers ons inschakelen voor uiteenlopende opdrachten. En zijn we in staat om met multidisciplinaire teams alle aspecten van een vraagstuk aan te pakken.

Berenschot Groep B.V.

Europalaan 40, 3526 KS Utrecht
Postbus 8039, 3503 RA Utrecht
030 2 916 916
www.berenschot.nl
[in /berenschot](https://www.linkedin.com/company/berenschot)