



RAPPORT

Veldbevraging administratieve lasten

73642 - 13 juni 2025

RAPPORT

Veldbevraging administratieve lasten

73642 - 13 juni 2025

Managementsamenvatting

Inleiding en doel van de veldbevraging

Het ministerie van VWS heeft, namens de Regiegroep Aanpak Regeldruk, Berenschot gevraagd een veldbevraging uit te voeren onder zorgprofessionals met als doel in kaart te brengen wat zorgverleners als zinvolle en niet-zinvolle administratie beschouwen. Hierbij ligt de focus op wat zinvolle administratie is vanuit het perspectief van de zorgprofessional zelf: wat hebben zij nodig voor goede kwaliteit en continuïteit van zorg. De hoofdvraag van de veldbevraging was: 'Uitgaand van een situatie waarbij maximaal 20% van de werktijd wordt besteed aan administratieve taken, welke registraties en regels moeten we dan behouden voor zinnige verslaglegging en verantwoording, en welke stappen kunnen in de dagelijkse praktijk door werkgevers en zorgprofessionals worden gezet om dit te realiseren?' Om antwoord te geven op deze vraag hebben we in drie verschillende sectoren vier teams (twaalf in totaal) door middel van enquêtes en groepssessies bevraagd: in de huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz. De Regiegroep Aanpak Regeldruk was nauw betrokken bij de uitvoering van de veldbevraging. Daarnaast zijn (tussentijdse) resultaten aan de brancheorganisaties gepresenteerd en individueel besproken.

Resultaten van de veldbevraging

Hoewel de meeste taken binnen de huisartsenzorg wel als zinvol worden gezien, geldt tegelijkertijd dat voor deze taken alternatieven of oplossingen zijn aangedragen om ze efficiënter in te richten. Dit geldt met name voor taken die te maken hebben met de zorgverlening aan de patiënt en het werk dat hoort bij het houden van een praktijk. In totaal omvat de categorie 'zinvol, maar moet anders' vijftien taken; een achttal taken wordt als niet-zinvol te worden gezien. Zorgverleners in de huisartsenzorg geven aan dat hun administratieve tijd ruim gehalveerd kan worden: 59% van hun werkbare tijd minder. Dat betekent dat het verschil tussen het aandeel van hun werktijd dat zij in de huidige tijd besteden aan administratie en het aandeel dat ze in de gewenste situatie zouden willen besteden aan administratie, 59% bedraagt.

De categorie 'zinvol, maar moet anders' is ook voor de wijkverpleging veruit de grootste categorie (achttien taken in totaal). Veel van deze taken vergen veel (onnodige) tijd en worden op een inefficiënte wijze uitgevoerd: bijvoorbeeld afstemming met externe zorgverleners, of overdrachten naar andere aanbieders. In mindere mate zijn ook administratieve taken gecategoriseerd als 'niet-zinvol'; deze taken zouden moeten worden afgeschaft of niet bij de wijkverpleging moeten worden belegd. Zorgverleners in de wijkverpleging benoemen dat hun administratieve tijd bijna een derde (29%) minder kan worden, wanneer de huidige tijd die besteed wordt aan administratie wordt vergeleken met de gewenste situatie.

Verschillen tussen deelnemende teams kwamen vooral bij de ggz duidelijk naar voren. Waar het voor het ene team namelijk waardevol zou zijn als de zorgadministratie diverse administratieve taken op zou pakken, is dit voor een team dat 'bemoeizorg' levert geen optie. Bovendien is het belangrijk op te merken dat er geen teams betrokken waren vanuit de jeugd-ggz en de kliniek. Dat gezegd hebbende werden ook voor de ggz veruit de meeste administratieve taken als 'zinvol, maar moet anders' beschouwd: 31 in totaal. Daarnaast waren er drie taken die echt als niet-zinvol werden gezien. Zorgverleners in de ggz geven aan dat hun administratieve tijd met 13% van de werkbare tijd kan afnemen als zij uitgaan van de gewenste situatie ten opzichte van de huidige tijd die ze besteden aan administratie.

De gewenste situatie

De groepssessies en enquêtes schetsten het beeld dat een gewenste werkdag in de huisartsenpraktijk met name gaat om het zien van patiënten en het vervolgens vastleggen van wat relevant is voor de patiënt. Gegevens over de historie van de patiënt verschijnen in de ideale situatie bij aanvang van de afspraak automatisch in beeld en met behulp van AI wordt een verwijzing ingezet, medicatie voorgeschreven of een andere vervolgstap voorgesteld. De huisarts geeft akkoord of zet een andere stap en alle vervolgvragen en andere administratie worden hiervan afgeleid, zoals het zoeken van een plek bij een medisch specialist of beschikbare materialen bij een leverancier. De huisarts zelf hoeft zich hier dan ook niet mee bezig te houden.

In de wijkverpleging benadrukken zorgprofessionals de waarde van de intake, de anamnese en de hierop volgende uitwerking van de anamnese. In de ideale situatie is er binnen de organisatie overeenstemming over de vorm van rapporteren en houdt iedereen zich aan een breed gedragen rapportagediscipline. Bovendien zijn systemen op elkaar afgestemd, waardoor het netwerk van een nieuwe cliënt direct in beeld is bij de intake. Bij daarop volgende zorgmomenten rapporteert de wijkverpleging alleen de bijzonderheden, waarbij gebruik wordt gemaakt van automatisch invullen met behulp van AI, spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen. Updates vanuit andere zorgverleners ziet de wijkverpleegkundige via het gedeelde cliëntenportaal, en het online systeem bekijkt de voorraden van de apotheken en bestelt bij de juiste apotheek de medicatie.

Het werk binnen de ggz kent veel diversiteit, zowel in doelgroepen als in disciplines. Dat maakt een beschrijving van de gewenste situatie lastig. Wij richten ons voor deze beschrijving op met name één van de teams, te weten het FACT-team, wat maakt dat deze resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de ggz als geheel. Rapportages zijn in de gewenste situatie voor dit team beknopter en zorgverleners hanteren eenzelfde werkwijze. Hierdoor is het elektronisch dossier in staat om informatie automatisch en compacter over te dragen, met de nodige koppeling naar andere systemen. Hierbij hebben patiënten via een automatische opt-in toestemming gegeven, waardoor zorgverleners geen aparte overeenkomsten hoeven op te stellen en te laten tekenen. In de gewenste situatie houdt de zorgadministratie zich bezig met het plannen van afspraken en overleggen. Het gebruik van vragenlijsten als ROM, bij suïcide of incidenten, vindt tot slot alleen plaats na beoordeling van de zorgverlener.

Reflectie op de resultaten

Het is belangrijk op te merken dat dit een kleinschalig en kwalitatief onderzoek betreft. Voor de ggz met name gold daarnaast dat de deelnemende teams zeer divers waren en deze tegelijkertijd niet de gehele ggz als sector representeerden. Door de kwalitatieve aard van de veldbevraging zijn de resultaten daarmee niet representatief en generaliseerbaar. Desalniettemin biedt de veldbevraging interessante inzichten als het gaat om het verminderen van administratie, en geldt dat er diverse overeenkomsten zijn tussen de sectoren. Door branchepartijen, beroepsverenigingen en de Regiegroep Aanpak Regeldruk is aangegeven dat de resultaten in grote lijnen worden herkend. Wel is het belangrijk te benoemen dat zorgverleners volgens de partijen vaak nog vrij mild zijn in hun beoordeling van administratieve taken. Brancheorganisaties zijn doorgaans kritischer; zij zouden veel taken eerder als 'niet-zinvol' bestempelen en pleiten voor stevigere maatregelen om administratielast te verminderen. Huidige resultaten vragen om de nodige vervolgstappen, waarbij de verschillende partijen aangeven ook duidelijk een rol voor henzelf te zien.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting 3

Inleiding en doel van de veldbevraging3

Resultaten van de veldbevraging3

De gewenste situatie 4

Reflectie op de resultaten 4

HOOFDSTUK 1

Inleiding 6

1.1 Aanleiding6

1.2 Doel van de veldbevraging6

1.3 Methode7

HOOFDSTUK 2

Resultaten van de veldbevraging 9

2.1 Administratie die 'zinnig is', die 'niet-zinnig is' en die
'zinnig is, maar anders moet' in de huisartsenzorg9

2.2 Administratie die 'zinnig is', die 'niet-zinnig is' en die
'zinnig is, maar anders moet' in de wijkverpleging14

2.3 Administratie die zinnig is, niet-zinnig is en zinnig is,
maar anders moet in de ggz19

HOOFDSTUK 3

De gewenste situatie25

3.1 Maximaal 20% administratie voor de
huisartsenzorg25

3.2 Maximaal 20% administratie voor de
wijkverpleging26

3.3 Maximaal 20% administratie voor de ggz27

HOOFDSTUK 4

Reflectie op de veldbevraging30

4.1 Overeenkomsten tussen de drie sectoren30

4.2 Vergelijking met eerdere onderzoeken32

4.3 Reflectie vanuit de branchepartijen en de
regiegroep33

BIJLAGE 1

Toelichting methode35

BIJLAGE 2

Patiënten-portaal 44

HOOFDSTUK 1

Inleiding

1.1 Aanleiding

Hoewel administratie nodig is voor een goede kwaliteit en de continuïteit van zorg, wordt veel administratie door zorgprofessionals als onnodig en belastend ervaren. Het nut van de administratieve taken is vaak niet helder, er is vaak sprake van dubbele administratie, of het doel ervan – zoals reflectie, leren en verbeteren of het waarborgen van continuïteit van zorg – wordt niet benut.^{1,2,3} Bovendien is de manier van registreren vaak inefficiënt en gebruiksonvriendelijk, wat het uitvoeren van administratieve taken nog meer belastend maakt.⁴

Uit eerder onderzoek vijf jaar geleden kwam al naar voren dat zorgverleners rond de 20% van de totaal gewerkte tijd een acceptabel percentage zouden vinden voor administratietijd.⁵ Tegelijkertijd geven zorgmedewerkers nog altijd aan dat de daadwerkelijke tijdsbesteding rond de 30% ligt en deze cijfers bleven de laatste paar jaar relatief stabiel.⁶ De afspraken rondom het verminderen van administratiedruk in de zorg in het hoofdlijnenakkoord van Kabinet Schoof en de afspraken die in de Regiegroep Regeldruk zijn gemaakt maakten dat hier verandering in moest komen: maximaal 20% administratietijd in de zorg is topprioriteit.⁷

Administratie definiëren wij breed als alle administratieve taken, zowel ten behoeve van patiëntenzorg alsook de administratieve handelingen voor de ondersteunende processen. Denk aan administratie voor contractering, personeelszaken, facilitair en financieel van aard. Ook gaat het niet alleen om regelgeving vanuit VWS maar ook van andere partijen als gemeentes, beroepsgroepen, wetenschappelijk onderzoek of voorvloeiend uit professionele richtlijnen et cetera.

1.2 Doel van de veldbevraging

Het ministerie van VWS heeft, namens de Regiegroep Aanpak Regeldruk, Berenschot gevraagd een veldbevraging uit te voeren onder zorgprofessionals met als doel om in kaart te brengen wat zij als zinvolle en niet-zinvolle administratie beschouwen. Daarbij is de volgende hoofdvraag geformuleerd: ‘Uitgaand van een situatie waarbij maximaal 20% van de werktijd wordt besteed aan administratieve taken, welke registraties en regels moeten we dan behouden voor zinnige verslaglegging en verantwoording, en welke stappen kunnen in de dagelijkse praktijk door werkgevers en zorgprofessionals worden gezet om dit te realiseren?’

In de veldbevraging waren echt de zorgprofessionals aan zet (managers of medewerkers van de backoffice zijn niet bevraagd). Centraal stond hun visie op wat zij als zinvolle administratie zien, welke administratie zij wel zinvol vinden maar waarvan zij vinden dat het anders of efficiënter kan, en welke administratie zij niet zinvol vinden. De kennis, expertise en praktijkervaring van zorgprofessionals zijn bepalend voor de uiteindelijke resultaten en conclusies in dit rapport, waarmee we hebben toegewerkt naar een resultaat dat daadwerkelijk aansluit bij de realiteit van het zorgveld.

1 [Eliens, A., Groot, K. de. Winst halen met \(minder\) verslaglegging. TVZ: 2024](#)

2 [Nuttige registratie last. TVZ: 2024](#)

3 [Is dit wel verantwoord. Raad RVS: 2023](#)

4 [Regeldruk door het ECD, een kwestie van kiezen. Berenschot: 2022](#)

5 [Rapportage administratieve belasting langdurige zorg 2019. Berenschot](#)

6 [AZW: uitkomsten werknemersenquête, 2e kwartaal 202.](#)

7 [Motie van het lid Agema over het halveren van de tijd die zorgmedewerkers kwijt zijn aan administratie. 18 oktober 2023. 29282-538](#)

1.3 Methode

Wij hebben de veldbevraging uitgevoerd onder vier teams in drie verschillende sectoren (twaalf teams in totaal): huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz. Deze teams zijn geworven door de brancheorganisaties zelf, met oog voor diversiteit in werkzaamheden en organisatievormen. Voor wat betreft de ggz is het hierbij goed om op te merken dat er geen teams betrokken waren vanuit de jeugd-ggz en de kliniek. De teams die betrokken waren, betroffen: een IMH-team (Infant Mental Health), een NPI-team (persoonlijkheidsproblemen), een FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) (ernstige psychiatrische problematiek) en een ACT-team (Assertive Community Treatment, bemoeizorg). Daarmee ontbreekt zicht op de administratieve taken binnen de ggz die vanuit de gemeente betaald wordt.

Voor het uitvoeren van de veldbevraging onder de deelnemende teams hebben we gebruikgemaakt van een combinatie van activiteiten:

Enquête onder betrokken teams

Om goed het gesprek te kunnen voeren met de teams en tijdens de teamsessies direct de diepgang op te zoeken, begonnen we de veldbevraging met een voorbereidende enquête. Deze staat in de bijlage opgenomen. Voorafgaand aan deze enquête hebben we in afstemming met de regiegroep (zie toelichting hieronder) een overzicht opgesteld van administratieve taken en deze ingedeeld in vier fasen van het zorgproces:

- Fase 1: het eerste consult of contactmoment
- Fase 2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten
- Fase 3: overdracht, afronding van zorg en declaratie
- Fase 4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team.

Hierbij vroegen we de zorgprofessionals de verschillende taken in te delen in drie categorieën: 'zinvol', 'niet-zinvol' en 'zinvol, maar moet anders'.

Groepssessies met de teams

In drie uur durende groepssessies gingen we met de teams in gesprek over de administratieve taken die zij uitvoeren en welke taken zij als 'zinvol', 'niet-zinvol' en 'zinvol, maar moet anders' beschouwen. Hierbij vroegen we ze ook stil te staan bij de oorsprong of bron van de administratieve taak. Tot slot vroegen we de zorgprofessionals streng te oordelen en hun eigen behoefte en de kwaliteit van zorg centraal te stellen, en niet zo zeer het systeem of de regels. In deze sessies maakten we gebruik van de input vanuit de enquête uit de voorgaande stap.

De groepssessies bestonden uit zes verschillende rondes. Deze staan toegelicht in de bijlage.

Validatiesessies met de teams

Tijdens afzonderlijke sessies voor de huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz hebben wij de resultaten en rode draden uit de groepssessies teruggekoppeld en gevalideerd met de zorgprofessionals. Hierbij waren de resultaten van de vier werksessies per sector gebundeld en presenteerden wij een overkoepelend sectorbeeld. We presenteerden welke administratieve taken de zorgprofessionals als 'zinvol', 'niet-zinvol' en 'zinvol, maar moet anders' beschouwen. Hierbij hebben we per taak de oplossingen of alternatieven gepresenteerd die de deelnemers tijdens de groepssessie hadden aangedragen. Na elke categorie hebben we de input gevalideerd bij de aanwezige zorgprofessionals door middel van een aantal stellingen. Deze staan in de bijlage opgenomen. Na het beoordelen van deze stellingen was er ruimte voor de deelnemers om hun beoordeling toe te lichten.

Tweede enquête onder betrokken teams

Volgend op de eerste enquête en de groepssessies hebben we de teams een tweede enquête toegestuurd. Met deze enquête vroegen we de zorgprofessionals inzichtelijk te maken hoeveel tijd administratieve taken nu kosten en hoeveel tijd de taken volgens hen zouden mogen kosten. Allereerst gaven zij aan hoe vaak zij momenteel een registratie uitvoeren en hoeveel tijd dit gemiddeld kost per keer, gebaseerd op een gemiddelde werkweek. Daarna gaven zij aan hoe vaak zij een registratie in de gewenste situatie zouden uitvoeren en hoeveel tijd dit zou mogen kosten. Ook bij deze enquête vroegen wij de zorgprofessionals om per taak aan te geven of een taak als 1) 'zinvol', 2) 'niet-zinvol', en 3) 'zinvol, maar moet anders' wordt beschouwd.

Op basis van deze resultaten hebben wij zicht gekregen op de huidige tijdbesteding aan de administratieve taken, wat de ideale tijdbesteding aan specifieke taken volgens zorgverleners zou moeten zijn en wat daarmee de potentiële tijdswinst is voor verschillende taken. Deze tweede enquête liep parallel met de validatiesessie met de teams. De resultaten ten aanzien van de tweede enquête waren dan ook geen onderdeel van bovengenoemde validatiesessie.

Afstemming met de regiegroep

De Regiegroep Aanpak Regeldruk was nauw betrokken bij de uitvoering van de veldbevraging. Deze regiegroep is opgericht met als doel om de directe tijd tussen zorgprofessional en patiënt te vergroten en administratieve lasten te verminderen. Binnen de Regiegroep Aanpak Regeldruk zijn zowel alle IZA-partijen vertegenwoordigd als een aantal overige zorgpartijen die niet rechtstreeks onder het IZA vallen.⁸ Tussentijds hebben wij meerdere malen overleg gehad met de regiegroep. Zo hebben wij de werkwijze voor de teamsessies met hen afgestemd en hebben wij de tussentijdse resultaten van wijkverpleging, huisartsenzorg en ggz aan hen teruggekoppeld. Daarnaast heeft gedurende de gehele veldbevraging continu afstemming plaatsgevonden met de gezanten van de regiegroep. VWS was formele opdrachtgever van de huidige opdracht en fungeerde als dagelijks aanspreekpunt.

Terugkoppeling aan de branchepartijen

Behalve aan de regiegroep hebben wij de tussentijdse resultaten ook individueel aan de brancheorganisaties gepresenteerd. Dit waren de LHV, InEen, ActiZ, de Nederlandse ggz, Zorgthuisnl, de V&VN, ZN, FMS en de NVZ. Daarnaast hebben wij het conceptrapport ook persoonlijk besproken met de LHV, Ineen, ActiZ, Zorgthuisnl, V&VN, de Nederlandse ggz en ZN.

HOOFDSTUK 2

Resultaten van de veldbevraging

In dit hoofdstuk beschrijven wij welke administratieve taken en handelingen zorgverleners als 1) 'zinnig', 2) 'zinnig, maar moet anders' en 3) 'niet-zinnig' bestempelen. Daarbij geven we ook aan in welke fase van het zorgproces een taak zich bevindt en wat de herkomst of bron is van de taken, verdeeld over vijf verschillende categorieën. Het betreft taken die voortvloeien uit eisen vanuit: 1) de zorgaanbieder, 2) kwaliteitsstandaarden, 3) overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen, 4) de financiers, 5) wet- en regelgeving. Hierbij is het wel belangrijk om op te merken dat het in sommige gevallen diffuus is en meerdere categorieën door elkaar heen kunnen lopen. Daarnaast benoemen we hoeveel tijdswinst zorgverleners verwachten bij de administratieve taken en handelingen.

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de resultaten van de huisartsenzorg, de wijkverpleging en de ggz gepresenteerd, gebaseerd op de input die zorgverleners in de groepsessies, validatiesessies en enquêtes hebben gegeven.

2.1 Administratie die 'zinnig is', die 'niet-zinnig is' en die 'zinnig is, maar anders moet' in de huisartsenzorg

Hoewel de meeste administratieve taken binnen de huisartsenzorg wel als zinnig worden gezien, geldt ook dat voor deze taken tóch alternatieven of oplossingen zijn aangedragen om de taken efficiënter in te richten. Daarom worden deze taken besproken in de categorie 'zinnig, maar moet anders' en spreken wij niet van zinvolle administratie binnen de huisartsenzorg. Daarnaast geldt voor een achttal taken dat deze als helemaal niet zinnig worden bestempeld. Daarom worden de uitkomsten van de huisartsenzorg besproken in twee categorieën: 'zinnig, maar moet anders' en 'niet-zinnig'.

2.1.1 Zinvolle administratie die anders moet

De grootste categorie betreft administratie in de categorie 'zinnig, maar moet anders'. Deze staat weergegeven in tabel 1, inclusief toelichting per taak. Zoals hierboven genoemd gold voor een aantal taken dat ze door zorgprofessionals in eerste instantie werden ingedeeld in de categorie 'zinnig', hoewel zelfs voor de meest zinvolle taken toch wordt aangegeven dat er tijdswinst te behalen valt wanneer een en ander anders wordt ingericht. Dit geldt met name voor de eerste drie taken in onderstaande tabel; taken die te maken hebben met de zorgverlening aan de patiënt en het werk dat hoort bij het houden van een eigen praktijk. Bijvoorbeeld: huisartsen vinden de inschrijving van de patiënt op zichzelf zinnig. Hier komen echter ook onhandige of omslachtige taken en handelingen bij kijken, zoals een bevestiging sturen, het nieuwe dossier verwerken en afspraken met patiënten vastleggen. Huisartsen geven aan dat de uitkomst hiervan ook zinnig is, maar de uitvoering en afstemming met andere zorgverleners op de huidige manier niet. Als eerste aanspreekpunt zijn huisartsen de spin in het web (maar er is geen web).

Voor de meeste taken was het echter duidelijk dat deze nu op inefficiënte wijze plaatsvinden. Dat zijn de overige twaalf taken in tabel 1. Bijvoorbeeld: het vastleggen van consulten en metingen kan volgens de zorgverleners beter met technische oplossingen, zoals automatisch invullen, spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen. Hier staan huisartsen zelf voor aan de lat, maar door drukte overzien ze dit niet altijd en is een nieuwe innovatie vooral een kopzorg.

De volgende vijftien administratieve taken bestempelen huisartsen als 'zinnig, maar moet anders':

Tabel 1. Administratie die zinvol is, maar anders moet.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
De inschrijving	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Dit wordt zinvol gevonden. Wel kan het altijd beter. Bijvoorbeeld met eenvoudige koppelingen binnen systemen, met systemen die elkaar herkennen en door te werken met standaarden.
Voorschrijven medicatie, vervolgspraken en verwijzingen	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Ook de vervolgstap, het voorschrijven van medicatie, het maken van vervolgspraken en/of verwijzingen, wordt door huisartsen zinvol gevonden. Wat hierbij wel zou helpen, zijn afspraken over koppelingen die automatisch openstaan en verbinding met een gedeeld cliëntportaal (zie bijlage voor toelichting).
Bestellen van medicatie	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Bestelling voor medicatie (of andere bestellingen) kunnen huisartsen niet automatisch doorzetten naar andere zorgverleners of de apotheek. Systemen praten niet met elkaar (vooral een groot probleem bij ziekenhuisapotheken), waardoor gegevens handmatig moeten worden ingevoerd. Wat zou helpen is 1) afspraken over koppelingen en daarmee automatisch doorzetten, 2) automatische toestemming daarvoor van patiënten (bijvoorbeeld: LSP staat aan, 'tenzij actief protest') en 3) een handiger bestelsysteem.
Bijhouden praktijk en personeelsbeleid	De zorgaanbieder	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	De eigen praktijk vraagt werkzaamheden voor het onderhouden van de website, facilitaire taken etc., naast personeelsgerelateerde taken, zoals roosters maken. Oplossingen hiervoor raken aan het op orde krijgen van de eigen bedrijfsvoering, maar kleine praktijken overzien dit door drukte niet altijd. Landelijke ondersteuning voor innovaties zouden kunnen helpen.
Overdracht en controleren van dossiers	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 1 – eerste consult of contactmoment Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Huisartsen zeggen veel tijd kwijt te zijn aan afstemming met andere zorgverleners, maar ook met het (meermaals) ophalen van informatie en het rechtzetten van fouten of versieproblemen. Hetzelfde geldt voor dossieroverdrachten en (spoed)verwijzingen. Als eerste aanspreekpunt zijn huisartsen “de spin in het web, maar er is geen web”. Dit vraagt om een centraal portaal (zie bijlage voor toelichting).
Triage, consulten en het vastleggen van de SOEP ⁹	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Dit is zinvol, maar kan altijd beter. Bijvoorbeeld met behulp van automatisch invullen, spraakgestuurd rapporteren en afspraken over wat moet worden gerapporteerd en hoe uitgebreid.
Bestellen materialen en hulpmiddelen voor gebruik in de eigen praktijk	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Dit kost veel tijd en gaat via verschillende systemen. Een efficiënt systeem of één punt voor hulpmiddelen bij één leverancier kan een alternatief bieden. Veel huisartsen hebben de voorkeur voor de apotheek als één leverancier. De vragenlijst vooraf aan het bestellen zou daarbij niet als verantwoordingsformulier moeten gelden, maar optioneel moeten zijn of als keuzehulp moeten dienen.
Declaraties en facturaties	Financiers	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Deze gebeuren nu vaak dubbelop en moeten apart worden aangegeven. Specifiek afgewezen declaraties en het controleren van elkaars declaraties kosten veel tijd. Uitbesteden kost veel geld, en dan moet alsnog worden gecontroleerd. Automatisering (eventueel met behulp van AI), waardoor een en ander niet meer dubbel hoeft te worden geregistreerd en gecontroleerd, zou een oplossing kunnen bieden.
Het opstellen en controleren van rapportages voor onderzoek of ketenzorg-programma's	Kwaliteitsstandaarden	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Het gaat bijvoorbeeld om rapportages voor het keten-programma COPD. Als deze informatie automatisch uit het systeem zou kunnen worden opgehaald, zou dit tijd schelen. Huisartsen hoeven dan niet verschillende data bij verschillende punten aan te leveren.
Indicatoren of benchmarkgegevens	Kwaliteitsstandaarden	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Deze worden op zichzelf wel als zinvol gezien, maar staan niet in verhouding tot de tijd die het kost. Als deze informatie automatisch uit het systeem zou kunnen worden opgehaald, zou dit tijd schelen. Huisartsen hoeven dan niet verschillende data bij verschillende punten aan te leveren.

9 SOEP staat voor: Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan. Dit is een methode die huisartsen gebruiken om medische gegevens in een dossier te registreren.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Eis voor euthanasie: raadplegen onafhankelijk arts	Wet- en regelgeving	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Vanuit de wet is het verplicht dat dit door twee artsen wordt gedaan. Dit wordt in principe zinvol gevonden. Tegelijkertijd is er wel discussie over omdat het veel werk is. Hoe dit precies anders zou moeten, is echter niet duidelijk. Deze tijdsbesteding komt niet heel vaak voor, maar gaat wel gepaard met een grote emotionele impact.
Klachtenverwerking	Wet- en regelgeving	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	De administratieve verwerking van klachten wordt door huisartsen arbeidsintensief gevonden. Een alternatief is een eigen invulling van de klachtenafhandeling die meer gericht is op het leren en verbeteren dan op bewijsvoering en afhandeling van de klacht. Hier geldt echter dat 'defensieve geneeskunde' er niet voor niets is en zolang het tuchtrecht blijft bestaan in de huidige vorm zal dit niet minder worden. Hoe dit anders kan vraagt extra onderzoek.
Registraties in het kader van ondernemerschap	Wet- en regelgeving	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Vanuit de eigen praktijk hebben huisartsen ook registraties die raken aan hun ondernemerschap, zoals het voldoen aan de eisen voor de Wtza en het maken van jaarverslagen en jaarrekeningen. Vooral het opstarten en beëindigen van een praktijk kosten veel tijd. Kleine zorgondernemers hoeven op dit moment al niet aan dezelfde eisen te voldoen als grote praktijken, maar dit zou mogelijk nog minder kunnen. Een oplossingsrichting is een grondslag voor het delen van de gegevens vanuit de Belastingdienst, die deze gegevens vaak al tot zijn beschikking heeft.
Interne overleggen zoals de weekstart en het teamoverleg	De zorgaanbieder	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Hier gaat volgens huisartsen veel tijd in zitten. Verschillende overleggen zouden kunnen worden samengevoegd of ingekort.
Accreditaties (praktijk en BIG), herregistratie Vecozo, Vektis en MTVP en checks voor UZI, ION	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 4 – registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Dergelijke administratie kost veel tijd. Koppelingen zouden een oplossing kunnen bieden, maar hier hebben zorgverleners geen gerichte ideeën over.

2.1.2 Niet-zinnige administratie

Er waren ook genoeg administratieve taken die huisartsen niet zinvol vinden. Deze staan weergegeven in tabel 2, inclusief toelichting per taak.

De autorisatie en controle van de doktersassistent benoemden de huisartsen in eerste instantie als zinvol, maar zij geven aan dit vooral uit te voeren vanwege hun (medische) verantwoordelijkheid bij triage door de doktersassistent. Is deze verantwoordelijkheid met mogelijke consequenties er niet, dan vinden zij de autorisatie en controle niet zinvol. Deze staat dus in onderstaande tabel opgenomen.

Huisartsen zeggen daarnaast veel tijd kwijt te zijn aan verklaringen of verzoeken van andere zorgprofessionals, hulpmiddelenleveranciers, verzekeraars en advocaten. Vaak zijn hier al afspraken over gemaakt, maar zijn deze niet bekend bij de andere partijen. Huisartsen ervaren echter directe druk van patiënten en voldoen dan toch aan deze verklaringen of verzoeken. Volgens hen moet een centraal punt met informatie met inzicht voor alle partijen voldoende kunnen werken. Patiënten kunnen dan zelf kiezen wat zij delen.

Huisartsen geven ook aan dat door specialisten/psychologen etc. veel administratie wordt doorgeschoven. Het gaat om vervolgsafspraken, doorverwijzingen en (herhaal)medicatie. Ook hier zijn wel landelijke afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over verwijzingen, maar die worden slecht nageleefd. Huisartsen proberen anderen hierin 'op te voeden', maar dat lukt niet altijd. Hierbij zouden volgens hen ook officiële afspraken helpen om als 'bewijs' mee te sturen. Huisartsen vinden het ook zinloos dat zij voor andere zorgprofessionals indicaties moeten aanvragen, zoals in het geval van de VVT.

Wat betreft hulpmiddelen vinden huisartsen het niet zinvol dat zij hulpmiddelen bestellen die de patiënt ook (met ondersteuning van een hulpmiddelenleverancier) zelf kan bestellen. Denk hierbij aan incontinentiemateriaal. Hier speelt ook het thema centralisatie. Nu hebben huisartsen voor hulpmiddelen veel plekken en verschillende formulieren. Vaak gaat dit gepaard met informatieverzoeken voorafgaand aan de bestelling ter verantwoording.

De volgende acht administratieve taken bestempelen huisartsen als ‘niet-zinvol’:

Tabel 2. Niet-zinnige administratie.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Autorisatie en controle van de doktersassistent	Wet- en regelgeving	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Huisartsen voeren dit vooral uit in verband met hun (medische) verantwoordelijkheid bij triage door de doktersassistent. Zou deze verantwoordelijkheid er niet zijn, dan vinden zij de autorisatie en controle ook niet zinvol. Dit zou om een aanpassing van de BIG-wet vragen, zodat verantwoordelijkheden anders worden belegd. Wat voor wijzigingen in de wet hier precies voor nodig zijn, vraagt verder onderzoek.
Verklaringen van overlijden	Wet- en regelgeving	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Deze worden als niet-zinvol gezien omdat huisartsen deze vaak op verzoek van andere zorgverleners schrijven, bijvoorbeeld van forensisch artsen. De zorgverlener die de overleden patiënt ziet, zou ook de verklaring van overlijden moeten opstellen.
Inschrijven van passanten	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Het gaat hier bijvoorbeeld om patiënten die vanuit hun vakantieadres huisartsenzorg nodig hebben. Deze patiënten moeten volledig worden ingeschreven om zorg te kunnen leveren, ondanks dat zij passant zijn. Zorgverleners benoemen hier het patiëntenportaal (zie bijlage voor toelichting) als oplossing waarmee alle gegevens direct voorhanden zijn en voor declaratie van zorg niet dubbel hoeven te worden ingevoerd.
Medische verklaringen en informatieverzoeken	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Huisartsen zijn veel tijd kwijt aan verklaringen of verzoeken van andere zorgprofessionals, hulpmiddelenleveranciers, verzekeraars en advocaten, en aan aspecten als parkeervergunningen of verklaringen voor de bedrijfsarts. Hoewel het de regel is dat dit niet door hen wordt gedaan, ervaren huisartsen directe druk en voldoen ze toch aan deze verzoeken. Alternatief is dat hier simpelweg mee wordt gestopt en partijen op een andere manier dergelijke informatie verkrijgen.
Bevestigingen inschrijving en toestemmings-formulieren met patiënt om gegevens te mogen delen	Wet- en regelgeving	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Dit zou een automatische opt-in moeten zijn ('akkoord tenzij'), in plaats van losse overeenkomsten en bevestigingen. Dit is bovendien een voorwaarde voor een werkend centraal schakelpunt (zie bijlage voor toelichting). Dergelijke formulieren worden als niet-zinvol bestempeld en moeten worden afgeschaft. Alleen als patiënten het ergens niet mee eens zijn, moeten zij dit actief aangegeven.
Machtigingen en uitvoeringsverzoeken	Wet- en regelgeving en financiers	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Dit gaat bijvoorbeeld om het machtigen van apotheken om namens de huisarts te bestellen en uitvoeringsverzoeken naar met name de wijkverpleegkundige. Dit kost veel tijd en wordt als niet zinvol ervaren. Vaak zijn hier al afspraken over gemaakt, ^{10,11} maar zijn deze niet bekend bij andere partijen. Een centraal punt met informatie met inzicht voor alle partijen zou een oplossing kunnen bieden.
Bestellen hulpmiddelen voor gebruik door patiënten thuis	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Hulpmiddelen voor de patiënt zelf bestellen kost veel tijd (denk aan incontinentiemateriaal en babyvoeding). Vaak gaat dit gepaard met informatieverzoeken ter verantwoording, voorafgaand aan de bestelling. Een juiste oplossing staat ter discussie en is niet eenduidig, maar dat de patiënt zelf bestelt met eventuele ondersteuning van leverancier of omgeving zou uitgangspunt kunnen zijn en als dat niet kan, bestelt de huisarts, maar dan wel met één, gemakkelijk systeem.
Verwijzingen, indicaties en recepten voor andere zorgprofessionals	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Huisartsen geven aan dat door specialisten en psychologen veel administratie wordt doorgeschoven. Het gaat om vervolgsafspraken, doorverwijzingen en (herhaal)medicatie. Ook hier zijn landelijke afspraken voor, bijvoorbeeld over verwijzingen, maar die worden slecht nageleefd. Huisartsen proberen anderen hierin 'op te voeden' maar dat lukt niet altijd. Huisartsen vinden het ook zinloos dat zij voor andere zorgprofessionals indicaties moeten aanvragen zoals in het geval van de VVT. Hierbij zouden officiële afspraken (die centraal te vinden zijn) helpen om als 'bewijs' mee te sturen. Ook een 'spoorlijn' is een genoemde oplossing, waarmee zorgprofessionals collega's uit andere disciplines snel kunnen bereiken.

¹⁰ Zie bijvoorbeeld: <https://www.ordz.nl/wijkverpleging/actiepunten-sector-wijkverpleging/7-geen-verplicht-uitvoeringsverzoek-via-arts-voor-risicovolle-handeling-afgerond>.

¹¹ Zie bijvoorbeeld: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2023/06/30/uitleg-opdracht-voorbehouden-handelingen>.

2.1.3 Potentiële tijdwinst

Er zijn in totaal 14 ingevulde tweede enquêtes naar ons opgestuurd, waarvan 10 bruikbaar genoeg waren. De vier die niet bruikbaar waren, waren ofwel onvolledig ingevuld, ofwel meer dan 200% van de tijd met administratie bezig. Dit achten wij niet betrouwbaar. Onder de invullers bevonden zich 4 huisartsen, 2 praktijkondersteuners, 3 assistenten en 1 verpleegkundig specialist. Er is sowieso een zeer grote spreiding in hoeveel tijd huisartsen met bepaalde (administratieve) taken bezig zijn. Respondenten vonden het lastig om het aantal minuten per administratieve taak in te schatten, doordat veel administratieve taken tegelijk met zorgactiviteiten plaatsvinden of doordat ze onderdeel zijn van de zorgverlening. Het lukt hun echter goed om de verhouding van de taken ten opzichte van elkaar in te schatten. De uitkomsten geven wij vanwege de lage aantallen en grote spreiding afgerond op hele decimalen weer.

Zorgverleners in de huisartsenzorg geven aan dat hun administratieve tijd ruim gehalveerd kan worden: 59% van hun werkbare tijd minder. Dat betekent dat het verschil tussen het aandeel van hun werktijd dat zij in de huidige tijd besteden aan administratie en in de gewenste situatie, 59% bedraagt. De grootste winst valt te behalen bij zinvolle administratie die anders moet (51% minder van de werkbare tijd). Met het schrappen van niet-zinvolle administratieve taken valt 8% tijdwinst te behalen.

In tabel 3 staat de top 15 van administratieve taken en handelingen waar volgens huisartsen de meeste tijdwinst te behalen valt. De totale lijst van administratieve taken bestond uit 52 losse taken; deze staan hieronder geclusterd weergegeven in de categorieën van subparagraaf 2.1.1 en 2.1.2. Voor de volledige lijst met taken verwijzen wij naar de bijlage.

Tabel 3. Top 15 administratieve taken met de meeste tijdwinst volgens huisartsen.

#	Taak of handeling	Classificatie	Tijdwinst
1	Triage, consulten en het vastleggen van de SOEP	Zinvol, maar moet anders	-15%
2	Voorschrijven medicatie, vervolgafspraken en verwijzingen (inclusief bestellen van medicatie)	Zinvol, maar moet anders	-7%
3	Overdracht en het controleren van dossiers	Zinvol, maar moet anders	-6%
4	Declaraties en facturaties	Zinvol, maar moet anders	-5%
5	Klachtenverwerking	Zinvol, maar moet anders	-3%
6	Verwijzingen, indicaties en recepten voor andere zorgprofessionals	Niet-zinvol	-3%
7	(Telefonisch) overleg over cliënten met andere artsen of zorgverleners	Zinvol, maar moet anders	-2%
8	Scannen en invoeren van fysieke post	Zinvol, maar moet anders	-2%
9	Inschrijving	Zinvol, maar moet anders	-2%
10	Bijhouden praktijk en personeelsbeleid	Zinvol, maar moet anders	-2%
11	Uitvoeren en vastleggen van jaarlijkse controles	Zinvol, maar moet anders	-2%
12	Registraties in het kader van ondernemerschap	Zinvol, maar moet anders	-1%
13	Bestellen hulpmiddelen voor gebruik door patiënten thuis	Niet-zinvol	-1%
14	Medische verklaringen en informatieverzoeken	Niet-zinvol	-1%
15	Het opstellen en controleren van rapportages voor onderzoek of ketenzorgprogramma's	Zinvol, maar moet anders	-1%

2.2 Administratie die ‘zinnig is’, die ‘niet-zinnig is’ en die ‘zinnig is, maar anders moet’ in de wijkverpleging

We bespreken in deze paragraaf de uitkomsten van de wijkverpleging. Bij de wijkverpleging worden de meeste administratieve taken als zinnig ervaren, maar ook hier geldt dat voor de taken tóch alternatieven of oplossingen zijn aangedragen om de taken efficiënter in te richten. Daarom worden deze taken besproken in de categorie ‘zinnig, maar moet anders’ en spreken wij niet van zinvolle administratie. Daarnaast geldt voor tien administratieve taken dat deze als niet-zinnig worden ervaren. Daarom worden de uitkomsten van de wijkverpleging, net als bij de huisartsenzorg, besproken in twee categorieën: ‘zinnig, maar moet anders’ en ‘niet-zinnig’.

2.2.1 Zinvolle administratie die anders moet

De categorie ‘zinnig, maar moet anders’ is vanuit de grootste categorie. Veel van de taken vindt men namelijk wel zinnig, maar vergen veel (onnodige) tijd. Een aantal taken werden door de zorgprofessionals in eerste instantie ingedeeld in de categorie ‘zinnig’. Echter, zelfs voor deze taken bleek dat er in de gewenste situatie tijdswinst te behalen valt. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de beschrijving van de zorgvraag en de arbo-check voor verpleging en verzorging.

Verder bleek uit de teamsessies dat het merendeel van de taken momenteel op een inefficiënte wijze wordt uitgevoerd. Zorgverleners hebben uitgelegd wat de huidige werkwijze inefficiënt maakt en diverse alternatieven aangedragen. Zo gaven zij aan dat veel tijd verloren gaat aan afstemming met externe zorgverleners, waarbij zij lang in de wacht staan. Bovendien zijn overdrachten vanuit andere aanbieders (geriatrie revalidatiezorg of ziekenhuis) niet altijd volledig, waardoor zorgverleners achter de ontbrekende informatie aan moeten gaan. In de teamsessies werd meermaals het alternatief van een gedeeld cliëntportaal aangedragen.

Daarnaast kwam in de teamsessies vaak naar voren dat rapporteren als zinnig en belangrijk wordt ervaren voor het waarborgen van de kwaliteit en continuïteit van zorg. Wel werd aangegeven dat er efficiënter kan worden gewerkt, bijvoorbeeld door spraakgestuurd rapporteren. Een van de redenen waarom administratieve taken in het kader van rapporteren momenteel als ‘zinnig, maar moet anders’ wordt beschouwd, is de onnodige verantwoordingsdrift. Hierdoor wordt er overbodig veel gerapporteerd, wat het lastig en tijdrovend maakt om rapportages terug te lezen.

De volgende achttien administratieve taken bestempelen zorgverleners in de wijkverpleging als ‘zinnig, maar moet anders’:

Tabel 4. Zinvolle administratie die anders moet.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Beschrijving zorgvraag (intake en uitwerking) en opstellen van het zorgplan	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Unaniem wordt aangegeven door zorgverleners dat een intake, een anamnese en het uitwerken daarvan zinnig is. Wel is er discussie over hoe uitgebreid het cliëntverhaal moet worden opgeschreven (dit is voor een casemanager anders dan voor een wijkverpleegkundige). In de organisatie en onder zorgverleners is er vrijheid om meer of minder op te schrijven. Dit vraagt overleg en richting over hoe uitgebreid dit moet.
Arbocheck verzorging en verpleging	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Deze check wordt in principe als zinnig ervaren en het wordt niet nodig geacht hier grote verandering in aan te brengen. Tegelijkertijd wordt er volgens sommige zorgverleners wel ruimte gezien om dit formulier efficiënter in te richten om enige tijdswinst te bewerkstelligen.
Netwerk in kaart brengen (formeel en informeel) en reanimatiebeleid uitvragen	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Van sommige taken is het de vraag of de wijkverpleging die moet doen. Bijvoorbeeld het uitvragen van het netwerk, het uitvragen van het reanimatiebeleid en het uploaden van bijbehorende documenten. Het netwerk of reanimatiebeleid kan al bekend zijn bij de huisarts en/of is passender om daar uit te vragen. Indien elders bekend, vraagt het extra administratie wanneer het opnieuw moet worden uitgevraagd en vastgelegd door de wijkverpleging. Systemen zouden daarbij beter op elkaar moeten aansluiten om dubbele vastlegging te voorkomen.
Dossier aanmaken bij oproepbare zorg (zorg buiten afgesproken tijden, bijvoorbeeld bij alarmopvolging)	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Zorgverleners benoemen hier een centraal patiëntenportaal (zie bijlage voor toelichting) als oplossing waarmee alle gegevens direct voorhanden zijn en niet dubbel hoeven te worden ingevoerd.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Rapportage schrijven en lezen, wijziging van dossier, resultaten per doel en activiteit, intern overleg, inclusief overdrachten aan collega's	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Rapportages zijn zinvol om de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen. Wel zijn systemen vaak onhandzaam en moet er door heel wat velden worden 'heen geklikt'. Ook hier is overbodig veel rapportage. Duidelijke afspraken over wat wel en niet wordt gerapporteerd, kunnen hierbij helpen. Daarnaast kan het altijd beter, bijvoorbeeld met automatisch invullen, spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen.
Intercollegiaal overleg (extern), overdracht vanaf andere disciplines op orde brengen	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Zorgverleners geven aan veel tijd kwijt te zijn aan het afstemmen met andere zorgverleners (met name de huisarts). Overleg is vaak noodzakelijk, maar men komt lang in de wacht of wordt pas teruggebeld buiten de dienst. Een intercollegiale lijn werkt vaak niet sneller; sommigen geven aan steeds vaker de noodlijn te gebruiken, maar dat gaat ook averechts werken. Vanuit andere aanbieders (GRZ of ziekenhuis) zijn overdrachten niet altijd volledig en moet men achter informatie aan. Het alternatief is een gedeeld patiëntenportaal (zie bijlage voor toelichting). Dit zou ook kunnen helpen bij het verwerken van mdo-verslagen.
Bestellen medicatie, inclusief aanmelden nCare/Medido)	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 –zorg-momenten, verrichtingen of consulten	Het aanvragen van medicatie en afstemming met de apotheek is zeer tijdrovend en zou anders moeten; het is nu veel bellen terwijl de apotheek zelf voorraden kan inzien. Een systeem voor alle apotheken met voorraad-inzicht kan voorkomen dat meerdere apothekers moeten worden gebeld.
Afnemen en verwerken van scores en testen	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Het wijzigen van het dossier of het aanbrengen van scores, metingen of klinimetrie vraagt veel kopiëren, knippen en plakken. Deze informatie overdragen of uit het systeem halen, vraagt nogmaals hetzelfde werk, maar dan andersom. Dit kan beter, bijvoorbeeld door automatisch invullen, spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen.
Aftekenen medicatie	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Dit wordt enerzijds zinvol gevonden, maar het is ook de vraag wat ermee wordt gedaan als er incidenten zijn. Dan wordt de afgetekende lijst namelijk al gauw in twijfel getrokken. Alleen aftekenen wanneer medicatie om bepaalde redenen niet of volgens een andere dosering is gegeven, kan een oplossing zijn. Dit biedt meer zekerheid en is bovendien efficiënter.
Melding over incidenten zorg (MIC-formulieren)	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Deze worden wel zinvol gevonden, maar het is niet altijd duidelijk wat ermee gebeurt. Het invullen van MIC-formulieren moet wel worden besproken, om hier met elkaar van te leren. Puur invullen voor verantwoording dat een incident is gemeld, is zinloos.
Aanvragen indicatie/herindicatie, middelen en maatregelen vastleggen (WZD)	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Indien aan de orde is het uitwerken van (her)indicaties tijdrovend voor wijkverpleegkundigen met name de rekenmodule voor de Wlz. Dit kan altijd beter, bijvoorbeeld door automatisch invullen, spraakgestuurd rapporteren, eenvoudige koppelingen en automatische verwerking (zonder aparte Excelsheets).
Overdracht naar andere disciplines, overdracht tijdelijke opname, informatie voor familie, verwanten of mentoren	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	In een overdracht naar andere disciplines en bij tijdelijke opname gaat veel tijd zitten. Informatie moet uit het dossier worden geknipt en geplakt. Ook hier geldt dat een koppeling of gedeeld cliëntportaal een oplossing zou kunnen bieden.
Roosteren, roosterwijzigingen doorvoeren en lezen van het rooster, urenregistratie, patiënt- en rittenplanning en kilometerregistraties	De zorgaanbieder	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Er gaat veel tijd naar dergelijke administratie. In sommige gevallen worden kilometerregistraties niet meer ingevoerd omdat het zo bewerkelijk is. Voor wat betreft de rittenplanning geldt dat de routes niet geautomatiseerd zijn op adres en zelf moeten worden gestructureerd. Ook gaat er tijd verloren wanneer er vanuit roostermakers vragen zijn. Geautomatiseerde rittenplanningen en routes, zonder handmatige invoering en controle, zou een alternatief moeten zijn. Een alternatief voor roosteren is lastiger.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Specifieke taken rolhouder of aandachtsvelder, hr-gerelateerde acties (sollicitaties, financiën van het team bijhouden, inclusief verzuim en benodigd aantal fte's)	De zorgaanbieder	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team.	Dergelijke taken kosten in sommige gevallen veel tijd. Ook wanneer er bijvoorbeeld themaweken zijn (week van de decubitus) waarbij er extra moet worden vastgelegd maar het niet altijd duidelijk is wat er dan met de informatie gebeurt. Dit is een interne opdracht, waarbij er kritisch moet worden gekeken wat nu echt helpt om de zorg te verbeteren en of het wel nodig is dat er daarmee extra informatie wordt vastgelegd.
Aanvraag hulpmiddelen of bestelling plaatsen van materiaal voor eigen/teamgebruik	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Het aanvragen van hulpmiddelen voor eigen gebruik is wel zinvol, maar zou makkelijker moeten. Een alternatief is een systeem voor hulpmiddelen bij één leverancier. De vragenlijst voorafgaand aan het bestellen zou daarbij niet als verantwoordingsformulier moeten gelden, maar als keuzehulp.
Clïëntevaluatie; halfjaarlijks en bij afronding zorg	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Hoe zinvol evaluaties zijn, staat ter discussie. De een vindt het zinvoller om met de patiënt te evalueren dan de ander. In ieder geval zou het verwerken van evaluaties makkelijker kunnen, ook met spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen.
BIG-registraties (accrediatiepunten)	Wet- en regelgeving	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Dergelijke administratie kost veel tijd. Koppelingen tussen scholingsdagen, cursussen en de BIG-administratie zouden mogelijk oplossing bieden, maar hier hebben zorgverleners geen gerichte ideeën over.
Aanmelden en gebeld worden op de teamtelefoon	De zorgaanbieder	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor zijn een koppeling tussen de telefoon en het rooster, en het koppelen van de teamtelefoon aan de persoonlijke telefoon.

2.2.2 Niet-zinvolle administratie

Hoewel in mindere mate zijn ook enkele administratieve taken gecategoriseerd als 'niet-zinvol'. Volgens zorgverleners zouden deze taken moeten worden afgeschaft. Soms werd een alternatief genoemd, zoals een centraal schakelpunt. Daarnaast werd aangegeven dat sommige taken niet bij de wijkverpleging moeten worden belegd. Zorgverleners vinden het bijvoorbeeld niet zinvol dat zij hulpmiddelen bestellen die de patiënt, met ondersteuning van familie of een hulpmiddelenleverancier, zelf kan bestellen.

De volgende tien administratieve taken bestempelen zorgverleners uit de wijkverpleging als 'niet-zinvol':

Tabel 5. Niet-zinnige administratie.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Risico-inventarisatie-lijsten	De financier en kwaliteitsstandaarden	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Deze moeten worden ingevuld op vraag van de auditor van een kwaliteitskeurmerk, die weer wordt gevraagd door de zorgverzekeraar. Deze informatie staat ook in het dossier. Afschaffen of ervoor zorgen dat het dossier en de lijst gekoppeld zijn, zou het alternatief moeten zijn.
Zorgovereenkomsten en toestemmings-formulieren laten ondertekenen	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Zorgovereenkomsten en toestemmingsformulieren laten ondertekenen door de cliënt; dit is tijdrovend en zinloos volgens veel wijkverpleegkundigen. Dit zou kunnen worden afgeschaft binnen een instelling, temeer omdat dit niet verplicht is. ¹²
WID-/bsn-nummer uitvragen en legitimatiecheck	Wet- en regelgeving	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	Het controleren van het bsn-nummer of uploaden van een legitimatie wordt als onzinnig ervaren. Je weet wie er tegenover je zit en er is al het een en ander aan controle aan voorafgegaan bij het inschrijven. Dit moet terug te vinden zijn in een gedeelde omgeving.
Uitvoeringsverzoeken achterhalen/aanvragen en uploaden	De financier en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Uitvoeringsverzoeken kosten veel extra tijd. Bijvoorbeeld: er is insuline voorgeschreven, maar het uitvoeringsverzoek ontbreekt. De wijkverpleegkundige is veel tijd kwijt om hierachteraan te gaan naast het uploaden. Als een huisarts iets voorschrijft, zou er automatisch ook een uitvoeringsverzoek moeten komen in het systeem. In het geval van een voorschrift of verwijzing is dan niet daarbovenop nog een uitvoeringsverzoek nodig voor een (verpleegtechnische) handeling.
Aanvraag pgb	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Dit komt niet heel vaak voor, maar als het voorkomt, kost het heel veel tijd. Wijkverpleegkundigen vinden het eigenlijk niet hun taak. Iemand anders zou dit moeten doen, bijvoorbeeld de cliëntondersteuner via stichting MEE.
Aanvragen/bestellen hulpmiddelen voor cliënt (bijvoorbeeld incontinentie-materiaal of persoonsalarmering cliënt toevoegen)	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Aanvragen van hulpmiddelen voor de cliënt is zeer tijdrovend. Het is de vraag of de cliënt dit niet zelf kan, bijvoorbeeld met behulp van de leverancier. Indien dat niet wenselijk of mogelijk is, zou het in ieder geval veel makkelijker moeten. Afhankelijk van de zorgverzekering van de cliënt worden hulpmiddelen bij een andere leverancier aangevraagd en het verschilt hoe bewerkelijk dit is. Ook zou het verantwoordingsformulier als keuzehulp moeten helpen. Maar los van dat dit veel makkelijker kan, is het de vraag of de cliënt dit niet zelf kan, bijvoorbeeld met behulp van de leverancier.
Verwijzen naar andere zorgverleners	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Dergelijke verwijzingen moeten vaak worden geaccordeerd door de huisarts. Het is onzinnig dat de wijkverpleegkundige een doorverwijzing naar paramedici moet regelen via de huisarts. Het is voor veel verwijzingen overigens niet duidelijk of dit nu noodzakelijk is, maar vaak is het toch bijvoorbeeld de fysiotherapeut die om een doorverwijzing van de huisarts vraagt.
Mailcontact binnen het team	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Dit is meermaals benoemd als niet-zinnig, maar gebeurt veel. Het gaat bijvoorbeeld om extra overdrachten om alles te willen verantwoorden en elkaar te wijzen op dingen die ook in het dossier staan. In de organisatie en onder zorgverleners is er vrijheid om meer of minder naar elkaar te mailen. Dit vraagt overleg en richting over óf en hoe uitgebreid dit moet.
Papieren dossier maken voor cliënt	De zorgaanbieder	Fase 1 – eerste consult of contactmoment	In sommige gevallen wordt nog steeds een papieren dossier gemaakt voor de cliënt, op het moment dat iemand niet digivaardig is. Het is de vraag of hier wel wat mee wordt gedaan. Dit hoeft niet meer, en het is een interne opdracht om dit ook af te schaffen.
Bijhouden declaraties/toe- en afgewezen declaraties	De financier	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Declaraties zouden automatisch moeten kunnen via het ecd, in het kader van 'planning is gelijk aan realisatie, tenzij'. Eveneens zou het toe- of afwijzen van declaraties buiten de zorgverlener om moeten gaan.

¹² <https://www.ordz.nl/actueel/nieuws/2023/04/06/een-schrijftelijke-zorgovereenkomst-is-niet-nodig> en <https://www.mijzo.nl/actueel/stoppen-met-de-zorgovereenkomst/>

2.2.3 Potentiële tijdwinst

Er zijn in totaal twaalf ingevulde tweede enquêtes naar ons opgestuurd, die alle bruikbaar genoeg waren. Onder de invullers bevonden zich twee casemanagers, zes wijkverpleegkundigen en twee verzorgenden IG (individuele gezondheidszorg) niveau 3. Respondenten vonden het lastig om het aantal minuten per administratieve taak in te schatten, doordat veel administratieve taken tegelijk met zorgactiviteiten plaatsvinden of doordat ze onderdeel zijn van de zorgverlening. Het lukt hun echter goed om de verhouding van de taken ten opzichte van elkaar in te schatten. De uitkomsten geven wij vanwege de lage aantallen en grote spreiding afgerond op hele decimalen weer.

Zorgverleners in de wijkverpleging geven aan dat hun administratieve tijd bijna een derde minder kan worden: 29% van hun werkbare tijd minder. Dat betekent dat het verschil tussen het aandeel van hun werktijd dat zij in de huidige tijd besteden aan administratie en in de gewenste situatie, 29% bedraagt.

De grootste winst valt te behalen bij zinvolle administratie die anders moet. Van de 29% totale administratieve tijdwinst is 16% van de werkbare tijd te herleiden naar administratieve taken die de wijkverpleging 'zinvol, maar moet anders' vindt. Van de 29% administratieve tijdwinst is 12% tijdwinst op de werkbare tijd te behalen door het schrappen van niet-zinvolle administratieve taken. Minder dan 1% van de tijdwinst was aangemerkt als 'anders'.

In tabel 6 staat de top 15 van administratieve taken waar volgens de wijkverpleging de meeste tijdwinst te behalen valt. De totale lijst van administratieve taken bestond uit 54 losse taken; deze staan hieronder geclusterd weergegeven in de categorieën van subparagraaf 2.2.1 en 2.2.2. Voor de volledige lijst met taken verwijzen wij naar de bijlage.

Tabel 6. Top 15 administratieve taken met de meeste tijdwinst volgens de wijkverpleging.

#	Taak of handeling	Classificatie	Tijdwinst %
1	Mailcontact binnen het team	Niet-zinvol	-7%
2	Roosteren, roosterwijzigingen doorvoeren en lezen van het rooster, urenregistratie, patiënt- en rittenplanning en kilometerregistraties	Zinvol, maar moet anders	-5%
3	Rapportage schrijven en lezen, wijziging van dossier, intern overleg, inclusief overdrachten aan collega's	Zinvol, maar moet anders	-4%
4	Aanmelden en gebeld worden op de teamtelefoon	Zinvol, maar moet anders	-3%
5	Aanvragen indicatie/herindicatie	Zinvol, maar moet anders	-1%
6	Risico-inventarisatielijsten	Niet-zinvol	-1%
7	Zorgovereenkomsten en toestemmingsformulieren laten ondertekenen	Niet-zinvol	-1%
8	Aanvragen/bestellen hulpmiddelen voor cliënt (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal of persoonsalarmering cliënt toevoegen)	Niet-zinvol	-1%
9	Verwijzen naar andere zorgverleners	Niet-zinvol	-1%
10	Bestellen medicatie, inclusief aanmelden nCare/Medido)	Zinvol, maar moet anders	-1%
11	WID-/bsn-nummer uitvragen en legitimatiecheck	Niet-zinvol	-1%
12	Intercollegiaal overleg (extern), overdracht vanaf andere disciplines op orde brengen	Zinvol, maar moet anders	-1%
13	Uitvoeringsverzoeken achterhalen/aanvragen en uploaden	Niet-zinvol	-1%
14	Netwerk in kaart brengen (formeel en informeel) en het reanimatiebeleid uitvragen	Zinvol, maar moet anders	-1%
15	Aanvraag pgb	Niet-zinvol	<-1%

2.3 Administratie die zinvol is, niet-zinvol is en zinvol is, maar anders moet in de ggz

Bij de ggz worden ook veruit de meeste administratieve taken als 'zinvol, maar moet anders' beschouwd. Enkele taken werden eerst als 'zinvol' aangemerkt, maar vergen bij nader inzien te veel tijd. Daarom worden deze taken besproken in de categorie 'zinvol, maar moet anders' en spreken wij niet van zinvolle administratie. Daarnaast worden drie administratieve taken als 'niet-zinvol' ervaren. Daarom worden de uitkomsten van de ggz, net als bij de huisartsenzorg en wijkverpleging, besproken in twee categorieën: 'zinvol, maar moet anders' en 'niet-zinvol'.

NB Verschillen tussen deelnemende teams kwamen vooral bij de ggz duidelijk naar voren. Verschillen werden met name zichtbaar tussen het team ACT-team waar bemoeizorg wordt geleverd in vergelijking tot het IMH-team, NPI-team en FACT-team. Deze verschillen worden ook toegelicht bij de taken weergegeven in tabel 7 en 8. Waar het voor het ene team namelijk bijvoorbeeld waardevol zou zijn als de zorgadministratie diverse administratieve taken op zou pakken, is dit voor een team dat 'bemoeizorg' levert, en hiervoor mensen benadert die uit zichzelf geen hulp vragen of accepteren en waarbij commitment een grote rol speelt, geen optie. Dit betekent dat de resultaten zoals gepresenteerd in onderstaande paragrafen in meer of minder mate herkenbaar kunnen zijn voor bepaalde teams. Bovendien is het hierbij belangrijk om nogmaals op te merken dat er geen teams betrokken waren vanuit de jeugd-ggz en de kliniek.

2.3.1 Zinvolle administratie die anders moet

Veel van de administratieve taken vindt men wel zinvol, maar ze vergen veel (onnodige) tijd. Tijdens de start van de behandeling gaat er veel tijd verloren aan het voorbereiden van de intake inclusief het verzamelen en verwerken van informatie. Daarnaast besteden de zorgverleners veel tijd aan het invullen, controleren en invoeren van toestemmingsverklaringen van de cliënt, met name bij de behandeling van jeugdigen. Ook wordt bij start van de behandeling regelmatig een tolk aangevraagd, gaat er tijd naar contact met wachtlijstbeheer voor de wachtlijstcoördinatie, is er sprake van administratie bij zorgmachtigingen en moeten er ID-checks worden gedaan.

Daarnaast is er volgens zorgverleners sprake van uitgebreide rapportage en zijn zij veel bezig met dossiervoering, het invoeren van diverse metingen, labwaarden en klinimetrie, Mutatieformulieren of verwijsbrieven bij wijzigingen en het afsluiten van het dossier. Het (depot)medicatiesysteem wordt als omslachtig en foutgevoelig ervaren, waardoor zorgverleners hier veel tijd aan besteden. Verder zijn zorgverleners veel tijd kwijt aan het plannen van afspraken. Daarnaast kan een efficiëntieslag worden gemaakt bij het verwerken van het crisissignaleringsplan/CPAP in het dossier, het beoordelen van de crisisinterventie/invullen van de alarmkaart en het bijhouden van het digiboard.

In het kader van intercollegiaal contact besteden zorgverleners veel tijd aan het beantwoorden en sturen van mails, waarbij de mails naar de zorgadministratie veelal als dubbelop worden ervaren. Tussentijds intercollegiaal contact met externe zorgverleners kost hen ook veel tijd, mede door de lange wachttijden. In de teamsessies hebben zorgverleners verder veelal benoemd dat verschillende typen aanvragen en verklaringen hen veel tijd kosten, zoals het aanvragen van thuiszorg of een Wmo- of Wlz-indicatie en aanmeldingen voor de transfertafel. In het kader van administratie voor de cliënt zijn zorgverleners ook tijd kwijt aan contact met de cliënt buiten de zorg om, het klaarzetten van informatie voor de cliënt en het afhandelen van klachten.

En hoewel werd aangegeven dat het waardevol is om de kwaliteit van zorg te meten, werd in de sessies duidelijk dat ROM niet het juiste instrument is om deze kwaliteit te meten. Daarnaast wordt het melden van incidenten als zinvol ervaren, echter gebeurt een MIM of VIM-melding nu te weinig door tijdgebrek en het formulier dat lastig is in te vullen. Tot slot besteden zorgverleners veel indirecte tijd aan het uitvoeren van interne administratieve taken, zoals het bijwerken van protocollen, het maken/lezen van roosters en het aanvragen van verlof. De zorgadministratie zou hierbij een rol kunnen spelen in het overnemen van een deel van deze interne taken, zoals het bijhouden van personele bezetting, HR-gerelateerde acties en het opstellen van dagprogramma's of werkagenda's, alsmede van persoonlijke taken zoals urenregistraties, declaraties en het bijhouden van vakkennis.

Ggz-zorgverleners bestempelen de volgende 31 administratieve handelingen als 'zinvol, maar moet anders':

Tabel 7. Administratie die zinvol is, maar anders moet.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Vorbereiden intake, inclusief informatie verzamelen en verwerken	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden, overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Hoewel het verzamelen van informatie ten behoeve van de intake als zinvol wordt ervaren, geven zorgverleners aan dat er zoveel informatie wordt aangeleverd dat je door de bomen het bos niet meer ziet; deze aangeleverde informatie kan compacter. Zorgverleners moeten bovendien zelf de cliënt of verwijzer bellen in het geval van incomplete informatie. Als alternatief zou de zorgadministratie hier ook een rol in kunnen spelen. Ook wordt aangegeven dat vaak nog een papieren intakeformulier naar de cliënt wordt verstuurd en moeten antwoorden op intakevragen momenteel in het dossier worden gekopieerd en geplakt. Een koppeling van het intakeverslag met het dossier kan ervoor zorgen dat niet meer hoeft te worden verwezen naar het intakeverslag. Hier valt dus een automatiseringsslag te maken.
Invullen, controleren en invoeren toestemmingsverklaringen cliënt	Wet- en regelgeving	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Bij start van de behandeling moeten diverse toestemmingsverklaringen worden getekend door de cliënt. Vooral bij de behandeling van jeugdigen is dit een administratieve taak die veel tijd vergt. Zo moet bij elke contact met derden bijvoorbeeld eerst toestemming worden gevraagd aan de ouders. Dit zou een automatische opt-in moeten zijn ('akkoord tenzij'), in plaats van losse overeenkomsten en bevestigingen. Als patiënten het ergens niet mee eens zijn, moeten zij dit in dat geval actief aangeven.
Tolk aanvragen	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Wanneer er een tolk moet worden aangevraagd, kost dit de zorgprofessional veel tijd, soms voor het in de wachtrij staan alleen al 15 minuten. Vaak staat al in de verwijfsbrief aangegeven dat er een tolk nodig zal zijn. Het zou de zorgverleners tijd schelen als de zorgadministratie de tolk voortaan aanvraagt.
Wachttijstcoördinatie, inclusief raadplegen, plaatsing en contactmoment tijdens wachttijd	De zorgaanbieder	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Cliënten moeten via een mutatieformulier op de wachtlijst worden geplaatst. Zorgverleners geven aan dat het zou helpen als het basisformulier van het mutatieformulier al zou zijn ingevuld. Tijdens de wachttijd vragen cliënten aan zorgverleners naar updates. Zorgverleners hebben daartoe vervolgens als tussenpersoon contact met wachtlijstbeheer. Het zou hen helpen als de zorgadministratie hier een rol in kan spelen.
Administratie bij zorgmachtigingen	Wet- en regelgeving	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	De eerste zorgmachtiging duurt maximaal zes maanden. Hierna kan de rechter aansluitend een zorgmachtiging afgeven voor maximaal een jaar. Dit kan ieder jaar opnieuw, mits er aan alle voorwaarden voor een zorgmachtiging wordt voldaan. Wanneer de zorgmachtiging afloopt, moet deze opnieuw worden aangevraagd door de zorgverlener, met veel administratie tot gevolg. Een alternatief zou zijn om bij verlenging van de zorgmachtiging de informatie van de oorspronkelijke aanvraag te laten staan en alleen informatie aan te passen waar nodig. Bovendien kost overname of overdragen van een zorgmachtiging veel tijd en dubbel werk. Door middel van automatisering en digitalisering zou tijd kunnen worden bespaard.
WID-nummer-/bsn-nummer-/legitimatiecheck (inclusief ontheffing aanvragen bij ontbreken ID-kaart)	Wet- en regelgeving	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Zorgverleners zijn vaak veel tijd kwijt aan de legitimatiecheck van cliënten. Bij de ID-check moeten het nummer en de geldigheidsdatum worden opgeschreven en gemaild naar het secretariaat voor in het dossier. Als er geen ID-kaart is, moet er apart ontheffing worden aangevraagd.
Rapportages lezen, schrijven en monitoren van de behandeling	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Rapportages zijn nodig om naadloos samen te kunnen werken als team. Er moet echter beknopter worden gerapporteerd. Momenteel wordt er zodanig uitgebreid gerapporteerd dat niet alles wordt gelezen. Deze rapportagediscipline is vooral een interne opdracht.
Invoeren metingen, labwaarden en klinimetrie	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	De metingen van labwaarden worden als zinvol ervaren maar de verwerking hiervan is omslachtig. Vaak moeten de labwaarden handmatig worden ingevuld. Een alternatief hierbij is bijvoorbeeld een automatische koppeling tussen dossier en het laboratoriuminformatiesysteem.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Mutatatieformulieren of verwijzbrieven invullen in het kader van wijzigingen in behandeling/ behandelingen en add-ons zoals EMDR verwerken	De zorgaanbieder	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Voor iedere verandering, bijvoorbeeld het inschakelen van een nieuwe behandelaar, moeten de zorgverleners een mutatieformulier invullen. Daarnaast moet de zorgverlener ook een aanmelding maken voor een add-on-interventie zoals EMDR-therapie of diagnostiek. Dit vergt veel administratietijd van de zorgverlener.
Medicatie/ overbruggings-recepten checken, voorschrijven en bestellen inclusief aanmelden bij bijvoorbeeld Medido	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Het systeem wordt als omslachtig en foutgevoelig omschreven. Voor het aanvragen van een medicatierecept moet alles worden gekopieerd. Daarnaast komt medicatie soms niet aan, waarna de zorgverlener bij de apotheek moet nagaan waarom de medicatie niet is aangekomen. Dit proces kan efficiënter worden vormgegeven. Hierbij wordt wel aangegeven dat in het geval van een nieuwe cliënt het makkelijker is als diegene is ingeschreven bij het LSP.
Plannen van vervolg-/ behandelafspraken (cliëntenplanning)	De zorgaanbieder	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Zorgverleners zijn veel tijd kwijt aan het plannen en herplannen van afspraken. In het geval van een no-show moet de zorgverlener een nieuwe afspraak inplannen. Zorgverleners geven aan dat het zelf inplannen van de intake enerzijds zorgt voor een warmer contact met de cliënt en meer commitment oplevert, anderzijds geven zij ook aan dat het veel tijd zou schelen als de zorgadministratie dit overneemt. Voor een team dat bemoeizorg levert, en hiervoor mensen benadert die uit zichzelf geen hulp vragen of accepteren, is het beleggen van de planning bij de zorgadministratie echter geen optie.
Depotmedicatie invoeren in agenda/ methadon-contact-momenten boeken	Wet- en regelgeving en kwaliteits-standaarden	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Het invoeren van depotmedicatie en het boeken van methadoncontact zou volgens zorgverleners door middel van een standaard vinkjessysteem moeten plaatsvinden.
Rapportage, melding en evaluatie bij suicide	Wet- en regelgeving en kwaliteits-standaarden	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Hoewel het door zorgverleners als heel zinvol wordt ervaren om na suicide met elkaar te praten, wordt de bijbehorende administratie en het invullen van het bijbehorende formulier als regiebehandelaar minder zinvol gevonden. Dit zou minder kunnen.
Crisissignalering in het dossier verwerken, evalueren en beoordeling crisisinterventie	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Iedere patiënt moet een signaleringsplan hebben waarin wordt toegelicht wat je doet in geval van crisis, ook als dit eigenlijk niet relevant is. Alternatief is dat er niet voor iedere patiënt een signaleringsplan hoeft te worden aangemaakt. Daarnaast is het verwerken van het plan in het dossier erg inefficiënt; het signaleringsplan moet worden ingescand, toegevoegd aan het dossier, vervolgens moet worden aangegeven waar het signaleringsplan is toegevoegd. Het systeem zou hier veel efficiënter op kunnen worden ingericht. De benaming van dit formulier verschilt per organisatie; zo wordt het signaleringsplan ook wel het crisispreventie-actieplan (CPAP) genoemd.
Digiboard/dashboard raadplegen en/of bijwerken	De zorgaanbieder	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Zorgverleners maken gebruik van een gezamenlijk digiboard, waarop cliëntnamen en bijbehorende informatie staan weergegeven. Dit digiboard wordt iedere ochtend ingezet voor de overdracht. Zorgverleners moeten vervolgens zelf het digiboard bijwerken en actueel houden. Het rapporteren van bijzonderheden in het digibord zou sneller kunnen. Voor een efficiëntieslag zou het helpen om het digiboard te koppelen aan het dossier.
Afronding en (laten) sluiten dossier	De zorgaanbieder	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Bij afronding van de behandeling moet de zorgverlener een aantal handelingen verrichten om het dossier af te ronden en af te (laten) sluiten. Dit zou efficiënter kunnen. Voor wat betreft de behandeling van jeugdigen wordt in dit kader opgemerkt dat er een afsluitende brief naar de ouders moet worden verstuurd. Dit is zinvol maar kan altijd beter, bijvoorbeeld met behulp van automatisch invullen en spraakgestuurd rapporteren.
Intercollegiaal contact intern en mails beantwoorden	De zorgaanbieder	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Zorgverleners besteden veel tijd aan het beantwoorden en sturen van mails, met name naar de zorgadministratie. Zorgverleners benoemen deze mails naar de zorgadministratie veelal als dubbelop. Melden dat een patiënt gezien is, is bijvoorbeeld een extra handeling. De zorgadministratie zou zelf meer informatie uit het dossier kunnen halen. Als het gaat om mailcontact naar andere teams in het kader van de planning of het coördineren van de agenda, zou de zorgadministratie überhaupt meer over kunnen nemen.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Tussentijds intercollegiaal contact andere zorgverleners, extern inclusief overdrachten	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Afstemmen met externe zorgverleners kost veel tijd, mede door lange wachttijden. Hierbij zou een intercollegiale lijn of vast spreekuur voor overleg met de huisarts bijvoorbeeld kunnen helpen. Bovendien zou het inzetten van AI voor het maken van een samenvatting of intakebrief, of een format dat tekst automatisch kopieert naar een huisartsenbrief, zorgen voor meer efficiëntie. Daarnaast zou het versturen van brieven naar de huisarts op basis van 'één knop' moeten werken, in plaats van de vele handelingen die nu nodig zijn. Ideaal gezien zou er voor de huisarts een koppeling kunnen worden gecreëerd die het mogelijk maakt dat de huisarts mee kan lezen; een 'need to know'-dossier. De verstuurknop zou een oplossing voor de korte termijn zijn en het gedeelde dossier voor de lange termijn.
Aanvraag indicaties/herindicaties	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 2 zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Zorgverleners hebben veel aanvragen en verklaringen benoemd die zij momenteel moeten doen die buiten hun directe behandeling vallen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het aanvragen van thuiszorg of een Wmo- of Wlz-indicatie en aanmeldingen voor de transfertafel. Alternatief is dat partijen op een andere manier dergelijke informatie verkrijgen, bijvoorbeeld via sociale wijkteams of maatschappelijk werkers.
Afhandelen klachten cliënt	Wet- en regelgeving	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Het afhandelen van een klacht van een cliënt kan veel tijd kosten. Bij klachtenafhandeling gaat de zorgverlener in gesprek met de cliënt die een klacht heeft, om de afhandeling vervolgens te verwerken in het systeem. Een alternatief lijkt niet direct voorhanden te zijn, maar er wordt wel aangegeven dat het administratietijd kost en mogelijk efficiënter kan.
Contactmomenten met cliënt buiten zorg om en informatie klaarzetten voor cliënt ten behoeve van inzage dossier	De zorgaanbieder	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Zorgverleners geven aan dat het aanzetten of koppelen van e-health (dossier voor de cliënt) momenteel totaal niet goed werkt. De informatie van het cliëntensysteem zou door iemand anders dan de zorgverlener naar het patiëntensysteem kunnen worden overgezet om tijd van de zorgverlener te besparen.
Checklists, vragenlijsten of formulieren in het kader van kwaliteitsindicatoren of wetenschappelijk onderzoek	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Sommige organisaties zijn verbonden aan wetenschappelijk onderzoek. In dat geval moeten zorgverleners vaak toestemming vragen aan de cliënt om gegevens te gebruiken voor onderzoek, en tussentijds verschillende vragenlijsten invullen of bijvoorbeeld video-opnames maken en uploaden. Betere ondersteuning door onderzoeksassistenten zou de benodigde tijdsinvestering van zorgverleners ten behoeve van onderzoek moeten minimaliseren.
ROM (vragenlijst voor beginmeting, tussenmeting en eindmeting) en eventueel LI-RIK (inclusief: invullen eventueel met cliënt, versturen, etc.)	De financier en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	ROM is nu los van het behandeldossier en men heeft het idee dat er nu niets mee gebeurt. Er wordt aangegeven dat het waardevol is om de kwaliteit van zorg te meten maar dat ROM hiervoor niet het juiste instrument is; er wordt gevraagd om een efficiënter en beter alternatief.
Formulier medisch noodzakelijke zorg invullen (bij onverzekerden)	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Met het formulier medisch noodzakelijke zorg kan vergoeding worden aangevraagd wanneer zorg is verleend aan een onverzekerde cliënt. Op dit moment is er nog geen alternatief voor het invullen van dit formulier, maar het vraagt veel administratie.
Meldingen over incidenten: Meldingen incidenten (MIM), Veilig incident melden (VIM) en aangifte doen	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Het melden van incidenten wordt als zinvol ervaren, maar door tijdgebrek gebeurt een VIM-melding nu te weinig. Ook wordt er aangegeven dat de MIM-formulieren lastig zijn om in te vullen. Een idee is hierbij dat op basis van de informatie in de rapportage automatisch een melding kan worden gemaakt.
Vooraanmelding crisissituatie, telexmelding	Wet- en regelgeving en kwaliteitsstandaarden	Fase 3 – overdracht, afronding van zorg en declaratie	Een vooraanmelding crisissituatie wordt door zorgverleners ervaren als veel en dubbel werk. De benodigde informatie kan namelijk in het dossier worden teruggevonden. Koppelingen zouden hierbij mogelijk een oplossing kunnen bieden.
Gebeld worden op de noodtelefoon, binnendienst, voorwacht dienst	De zorgaanbieder	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	In het geval van binnendienst is de zorgverlener de gehele dag contactpersoon van een team via de mail en via de telefoon. Vaak moeten zij het contact hierbij ook rapporteren. De zorgadministratie zou hier mogelijk een rol in kunnen spelen, zodat het minder administratie vraagt van de zorgverlener.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Interne taken	De zorgaanbieder	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Zorgverleners voeren momenteel veel interne administratieve taken uit, zoals het bijwerken van protocollen, het maken/lezen van roosters en verlof aanvragen. Dit vergt veel indirecte tijd van de zorgverleners. Een alternatief voor deze taken is lastiger. Wel zou de zorgadministratie een rol kunnen spelen in het overnemen van een deel van de interne taken, zoals het bijhouden van personele bezetting, hr-gerelateerde acties en opstellen van dagprogramma's of werkagenda's.
Het bijhouden van vakkennis	De zorgaanbieder en kwaliteitsstandaarden	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Vakkennis bijhouden door bijvoorbeeld e-learnings, feedbackgesprekken, lunchreferaten en supervisie wordt als zinvol ervaren, maar kan ook anders. Afhankelijk van de invulling binnen de organisatie maar ook door de persoon zelf is de tijdsinvestering voor het bijhouden van vakkennis groter of kleiner.
Urenregistraties, het bijhouden van de weekstatus	De financier, de zorgaanbieder en wet- en regelgeving	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Momenteel moeten zorgverleners ieder contactmoment met de cliënt registreren, ook korte, tussentijdse telefoongesprekken met cliënten (circa vijf minuten). Dit korte gesprek moeten zij vervolgens rapporteren. Deze korte rapportages worden dan ook als niet-zinvol ervaren. Wanneer de zorgverleners deze gesprekken echter niet rapporteren, kunnen zij de zorg niet declareren. Volgens zorgverleners zou een alternatief zijn om een budget per patiënt in te stellen.
Declaraties	De financier	Fase 4 –registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Er gaat veel tijd naar het declareren van reistijd: postcodes invullen, tijd en kilometers opzoeken en invullen. Automatisering zou hiervoor een oplossing kunnen bieden.

2.3.2 Niet-zinnige administratie

De ggz beschouwt drie administratieve taken als niet-zinnige administratie. Zij vinden de hoeveelheid tijd die zij kwijt zijn aan het verlenen van informatie aan derde partijen niet zinvol. Een mogelijk alternatief hiervoor zou zijn dat deze partijen op een andere manier informatie verkrijgen. Bovendien ervaren ggz-zorgverleners het registreren van de zorgvraagtypering, waarbij de vragen te weinig aansluiten op de praktijk, als niet zinvol.

Het is wenselijk dat de zorgverzekeraar deze informatie direct uit het dossier kan halen. Tot slot zijn zorgverleners veel tijd kwijt aan het helpen van hun cliënten bij administratie. Een mogelijk alternatief is dat andere typen zorgverleners, afkomstig uit het sociaal werk, dergelijke taken voor cliënten op zich nemen.

De volgende drie administratieve taken bestempelt de ggz als 'niet-zinnig':

Tabel 8. Administratie die niet-zinnig is.

Taak of handeling	Bron of herkomst van de taak	Fase	Toelichting en/of alternatief
Intercollegiaal contact, derde partijen (geen andere zorgverleners)	Overdrachten tussen of het betrekken van andere zorgverleners, aanbieders, sectoren of partijen	Fase 3 –overdracht, afronding van zorg en declaratie	Ggz-zorgprofessionals zijn veel tijd kwijt aan verklaringen of informatieverzoeken van derde partijen, zoals contact met woonvoorzieningen, gemeentes of buurtteams. Hoewel het geen regel is dat het door hen wordt gedaan, voldoen ze toch aan deze verzoeken. Alternatief is dat derde partijen op een andere manier dergelijke informatie verkrijgen.
Zorgvraagtypering registreren (inclusief HoNOS invullen)	Wet- en regelgeving	Fase 1 – het eerste consult of contactmoment	Diverse zorgverleners geven aan dat het als zinloos wordt ervaren om de zorgvraagtypering te registreren. De vragen zouden te weinig aansluiten bij de praktijk. Een alternatief is gewenst waarbij dergelijke informatie direct uit het dossier voorkomt.
Cliënt helpen bij administratie voor derde partijen en maatschappelijke taken voor de cliënt verzorgen	De zorgaanbieder	Fase 2 – zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Zorgverleners zijn veel tijd kwijt met het regelen van administratie voor cliënten en het uitvoeren van maatschappelijke taken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om kinderbijslag aanvragen, uitkeringen aanvragen en reiskosten declareren. Andere typen zorgverleners, bijvoorbeeld vanuit sociaal werk, zouden dit soort taken moeten oppakken.

2.3.3 Potentiële tijdwinst

Er zijn in totaal acht ingevulde tweede enquêtes naar ons opgestuurd, waarvan zeven bruikbaar genoeg waren. De ene die niet bruikbaar was, was onvolledig ingevuld. Onder de invullers bevonden zich één verpleegkundig specialist, twee psychologen, één orthopedagoog, één ambulante behandelaar, één agoog en één volledig team dat de enquête samen heeft ingevuld. Zij zijn onderdeel van verschillende teams: een NPI-team (specialist in persoonlijkheidsstoornissen), een Assertive Community Treatment-team, een Flexible Assertive Community Treatment-team en een Infant Mental Health-team. De uitkomsten geven wij vanwege de lage aantallen afgerond op hele decimalen weer.

Zorgverleners in de ggz geven aan dat hun administratieve tijd met gemiddeld 13% van de werkbare tijd kan afnemen; aanzienlijk minder dan in de huisartsenzorg en de wijkverpleging.

Dat betekent dat het verschil tussen het aandeel van hun werktijd dat zij in de huidige tijd besteden aan administratie en in de gewenste situatie, 13% bedraagt. De grootste winst valt te behalen bij zinvolle administratie die anders moet (12% van de werkbare tijd minder). Met het schrappen van niet-zinvolle administratieve taken valt 1% van de werkbare tijd als tijdwinst te behalen.

In tabel 9 staat de top 15 van administratieve taken en handelingen waar volgens zorgverleners in de ggz de meeste tijdwinst te behalen valt. De totale lijst van administratieve taken bestond uit 52 losse taken; deze staan hieronder geclusterd weergegeven in de categorieën van subparagrafen 2.3.1 en 2.3.2. Voor de volledige lijst met taken verwijzen wij naar de bijlage.

Tabel 9. Top 15 administratieve taken met de meeste tijdwinst volgens zorgverleners in de ggz.

#	Taak of handeling	Classificatie	Tijdwinst
1	Rapportages lezen, schrijven en monitoren van de behandeling	Zinvol, maar moet anders	-3%
2	Administratie in het kader van zorgmachtiging	Zinvol, maar moet anders	-2%
3	Plannen van vervolg- en behandelafspraken (cliëntenplanning)	Zinvol, maar moet anders	-2%
4	Intercollegiaal contact intern en mails beantwoorden	Zinvol, maar moet anders	-1%
5	Tussentijds intercollegiaal contact andere zorgverleners, extern inclusief overdrachten	Zinvol, maar moet anders	-1%
6	Vorbereiden intake nieuwe cliënt, inclusief informatie verzamelen en verwerken intake	Zinvol, maar moet anders	-1%
7	Zorgvraagtypering registreren (inclusief HoNOS invullen)	Niet-zinvol	-1%
8	Urenregistratie	Zinvol, maar moet anders	-1%
9	Invullen, controleren en invoeren toestemmingsverklaringen cliënt	Zinvol, maar moet anders	-1%
10	Cliënt helpen bij administratie voor derde partijen en maatschappelijke taken verzorgen	Niet-zinvol	-<1%
11	Depotmedicatie invoeren in agenda/methadoncontact boeken	Zinvol, maar moet anders	-<1%
12	Aanvraag indicaties/herindicaties	Zinvol, maar moet anders	-<1%
13	Contactmomenten met cliënt buiten zorg om en informatie klaarzetten voor cliënt ten behoeve van inzage dossier	Zinvol, maar moet anders	-<1%
14	Afronding en (laten) sluiten dossier, ook brief voor afsluiting aan ouders	Zinvol, maar moet anders	-<1%
15	Interne taken	Zinvol, maar moet anders	-<1%

HOOFDSTUK 3

De gewenste situatie

Uit het voorgaande hoofdstuk blijkt dat het mogelijk is om als zorgverlener door toepassing van alternatieven veel minder tijd bezig te zijn met administratie ten opzichte van de huidige situatie. De vraag van deze veldbevraging was echter als volgt: 'Uitgaand van een situatie waarbij maximaal 20% van de werktijd wordt besteed aan administratieve taken, welke registraties en regels moeten we dan behouden voor zinnige verslaglegging en verantwoording?'

Uit de tweede enquête bleek dat zorgverleners het moeilijk vonden om hun daadwerkelijke administratieve tijdsbesteding in te schatten, en zij gaven aan veel meer tijd aan administratie te besteden dan normaliter uit onderzoeken blijkt. Om toch te kunnen beoordelen of een maximum van 20% administratietijd haalbaar is, streven wij naar een halvering van de administratietijd. Kijkend naar andere onderzoeken, waar de inschatting is dat zorgverleners 40% van hun tijd besteden aan administratie, zal een halvering van de administratieve tijd in deze veldbevraging logischerwijs leiden tot maximaal 20% administratietijd voor zorgverleners.

Om antwoord te kunnen geven op de vraag welke administratie zorgverleners willen behouden met als maximum 20% van hun werktijd, maken wij een beschrijving van de gewenste situatie. Deze beschrijving baseren we op de sessies met de teams, de enquêtes en de validatiesessies.

3.1 Maximaal 20% administratie voor de huisartsenzorg

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners in de huisartsenzorg het mogelijk achten dat hun administratieve tijd ruim gehalveerd wordt: 59% van de werkbare tijd minder. Onderstaande tabel laat zien welke administratieve taken huisartsen nog wel uitvoeren wanneer zij maximaal 20% van hun tijd aan administratie besteden en hoeveel tijd in minuten dit van hun dag kost. Omdat de zorgverleners niet precies hun daadwerkelijke tijdsbesteding kunnen inschatten, maar wel de verhouding tussen de huidige en de gewenste situatie, hebben wij de door hen ingeschatte tijdsbesteding verdeeld over de maximale tijdsbesteding van 20% per werkdag van acht uur (maximaal 96 minuten). Hierdoor ontstaat een indicatie van de tijdsbesteding per administratieve taak.

Tabel 10. Administratieve taken in de huisartsenzorg bij maximaal 20% administratietijd.

Fase	Administratieve taak	Tijd als onderdeel van maximaal 20%
1: het eerste consult of contactmoment	Inschrijving	7 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Triage, consulten en het vastleggen van de 'SOEP'	28 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Voorschrijven medicatie, vervolgspraken en verwijzingen	18 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Telefonisch overleg over cliënten met andere artsen of zorgverleners	4 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Overdracht en controleren van dossiers	6 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Declaraties en facturaties	4 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Uitvoeren en vastleggen van jaarlijkse controles	2 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Bijhouden praktijk en personeelsbeleid	1 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Klachtenverwerking	6 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Registraties in het kader van ondernemerschap	4 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Interne overleggen zoals de weekstart en het teamoverleg	12 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Overleggen voor regionale samenwerking op organisatieniveau met andere zorgaanbieders of regionale partners	3 min.
Totaal		96 min.

De gewenste dag in de huisartsenzorg

Wij hebben een aantal huisartsen gevraagd hoe een ideale dag als huisarts eruitziet, rekening houdend met de gewenste situatie. De centrale vraag is dan: wat doe je nog wél? Wat uit onze groepssessies en enquêtes naar voren is gekomen, schetst het beeld dat dit met name gaat om het zien van patiënten en het vervolgens alleen vastleggen van wat relevant is voor de patiënt of de patiëntpopulatie. Dit gaat bijvoorbeeld over de zorgvraag en eventuele vervolgstappen. Gegevens over de historie van de patiënt verschijnen in de ideale situatie bij aanvang van de afspraak automatisch in beeld; daar hoeft de huisarts niet naar te zoeken. Met behulp van AI wordt vervolgens een verwijzing ingezet, medicatie voorgeschreven of een andere vervolgstap voorgesteld, op basis van wat is besproken met de patiënt. De huisarts geeft akkoord of zet een andere stap en alle vervolgvragen en andere administratie worden hiervan afgeleid, zoals het zoeken van een plek bij een medisch specialist of beschikbare materialen bij een leverancier. De huisarts zelf hoeft zich hier dan ook niet mee bezig te houden.

3.2 Maximaal 20% administratie voor de wijkverpleging

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners in de wijkverpleging het mogelijk achten dat hun administratieve tijd bijna een derde minder wordt: 29% van hun werkbare tijd minder. Dat is minder dan de gewenste halvering. Op basis van de gesprekken met de zorgverleners maken wij hieronder een nog strengere keuze over welke taken zorgverleners in de wijkverpleging als zinvol beschouwen in de gewenste situatie en hoe vervolgens een werkdag eruit zou kunnen zien. Het gaat dan om het anders organiseren van achttien administratieve taken, wat bij elkaar 19% extra tijdswinst oplevert. In totaal is de tijdswinst dan 48%, wat bij benadering een halvering is van de administratieve tijd.

Deze zestien taken zijn:

1. aanvragen/bestellen hulpmiddelen voor cliënt (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal of persoonsalarmering cliënt toevoegen)
2. dossier aanmaken bij oproepbare zorg
3. reanimatiebeleid uitvragen en uploaden van bijbehorende documenten
4. bestellen medicatie, inclusief aanmelden nCare/Medido
5. aftekenen medicatie
6. aanvragen pgb
7. aanvragen of bestellen eigen hulpmiddelen (bijvoorbeeld wondzorg)
8. uitvoeringsverzoeken achterhalen/aanvragen en uploaden
9. aanvragen indicatie/herindicatie, middelen en maatregelen vastleggen (WZD)
10. cliëntevaluatie: halfjaarlijks en bij afronding zorg
11. bijhouden declaraties (toe- en afgewezen declaraties)
12. roosteren, roosterwijzigingen doorvoeren en lezen van het rooster, urenregistratie, patiënt- en rittenplanning en kilometerregistraties
13. risico-inventarisatielijsten
14. BIG-registraties (accreditatiepunten)
15. aanmelden en gebeld worden op de teamtelefoon
16. specifieke taken rolhouder of aandachtsvelder, hr-gerelateerde acties (sollicitaties, financiën van het team bijhouden, inclusief verzuim en benodigd aantal fte's), e-learningen.

De volgende tabel laat zien welke administratieve taken zorgverleners in de wijkverpleging nog wél uitvoeren wanneer zij maximaal 20% van hun tijd besteden aan administratietijd en hoeveel tijd in minuten dit dan van hun dag kost. Omdat de zorgverleners niet precies hun daadwerkelijke tijdsbesteding kunnen inschatten, maar wel de verhouding tussen de huidige en de gewenste situatie, hebben wij de door hen ingeschatte tijdsbesteding verdeeld over de maximale tijdsbesteding van 20% per werkdag van acht uur (maximaal 96 minuten). Hierdoor ontstaat een indicatie van hun tijdsbesteding per administratieve taak.

Tabel 11. Administratieve taken in de wijkverpleging bij maximaal 20% administratietijd.

Fase	Administratieve taak	Tijd als onderdeel van maximaal 20%
1: het eerste consult of contactmoment	Intercollegiaal overleg (extern), overdracht vanaf andere disciplines op orde brengen	7 min.
1: het eerste consult of contactmoment	Beschrijving zorgvraag (intake en uitwerking) en opstellen van het zorgplan	21 min.
1: het eerste consult of contactmoment	Netwerk in kaart brengen (formeel en informeel)	2 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Afnemen en verwerken van scores en testen	1 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Rapportage schrijven en lezen, wijziging van dossier, resultaten per doel en activiteit, intern overleg, inclusief overdrachten aan collega's	46 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Overdracht naar andere disciplines, overdracht tijdelijke opname, informatie voor familie, verwanten of mentoren	4 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Melding over incidenten zorg (MIC-formulieren)	1 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Arbocheck verzorging en verpleging	2 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Mailcontact binnen het team	13 min.
Totaal		96 min.

De gewenste dag in de wijkverpleging

De input die wij vanuit de groepssessies en enquêtes hebben gekregen, vormt de basis voor een indeling van de gewenste dag. Hierbij staat het uitvoeren van zinvolle administratie centraal, waar indien nodig een efficiëntieverbetering is doorgevoerd.

De zorgprofessionals benadrukken de waarde van de intake, de anamnese en de hierop volgende uitwerking van de anamnese. In de ideale situatie is er binnen de organisatie overeenstemming over de vorm van rapporteren en houdt iedereen zich aan een breed gedragen rapportagediscipline. Bovendien zijn systemen op elkaar afgestemd, waardoor het netwerk van een nieuwe cliënt direct in beeld is bij de intake.

Bij daarop volgende zorgmomenten rapporteert de wijkverpleging alleen de bijzonderheden. Op deze manier wordt er tijd bespaard bij het doorlezen van rapportages van anderen en kan informatie snel worden teruggevonden. Doordat collega's de beknopte rapportages lezen, is het niet nodig om extra overdrachten naar elkaar te mailen of collega's te wijzen op zaken die in het dossier zijn terug te vinden. Voor het rapporteren maken de zorgprofessionals gebruik van automatisch invullen met behulp van AI, spraakgestuurd rapporteren en eenvoudige koppelingen.

De wijkverpleegkundige ziet in het gedeelde cliëntenportaal dat de huisarts nieuwe uitslagen heeft geüpload en hierbij heeft aangegeven dat een wijziging in medicatie nodig is. Het online systeem bekijkt de voorraden van de verschillende apotheken en bestelt bij de juiste apotheek de medicatie voor de wijkverpleegkundige. Dit gebeurt volledig automatisch zonder zijn of haar inzet. Via de automatisch gegenereerde rittenplanningen leest de wijkverpleegkundige de route en gaat door naar de volgende cliënt.

3.3 Maximaal 20% administratie voor de ggz

Uit de resultaten blijkt dat zorgverleners in de ggz het ook mogelijk achten dat hun administratieve tijd minder wordt: 13% van hun werkbare tijd minder. Dat is te weinig voor de gewenste halvering. Op basis van de gesprekken met de zorgverleners maken wij hieronder een nog strengere keuze in welke taken zorgverleners in de ggz als zinvol beschouwen en hoe vervolgens een werkdag voor een zorgverlener in de ggz er in de gewenste situatie uit zou kunnen zien. Het gaat dan om het anders organiseren van 22 administratieve taken, wat bij elkaar 16% extra tijdwinst oplevert. In totaal is de tijdwinst dan 30% op de totale werkbare tijd, wat bij benadering een halvering is van de administratieve tijd. Op dit moment schatten de zorgverleners in de ggz hun administratietijd namelijk gemiddeld op 63%.

Het betreft de volgende 22 taken:

1. afronding en (laten) sluiten dossier, ook brief voor afsluiting aan ouders
2. checklists, vragenlijsten of formulieren voor wetenschappelijk onderzoek
3. cliënt-eindvragen invullen in HUP
4. conclusie en advies invullen beleidsformulier
5. informatie klaarzetten voor cliënt voor inzage dossier
6. declaraties
7. depotmedicatie invoeren in agenda/methadoncontact boeken
8. formulier medisch noodzakelijke zorg invullen (bij onverzekerden)
9. interne taken
10. invullen, controleren en invoeren toestemmingsverklaringen cliënt
11. medicatie/overbruggingsrecept checken, voorschrijven en bestellen, inclusief aanmelden bij bijvoorbeeld Medido
12. Mutatieformulieren of verwijfsbrieven invullen in het kader van wijzigingen in behandeling/behandelaren, en add-ons zoals EMDR verwerken
13. plannen van vervolg-/behandelafspraken (cliëntenplanning)
14. ROM (vragenlijst voor beginmeting, tussenmeting en eindmeting) en eventueel LIRIK (inclusief eventueel invullen samen met cliënt, versturen etc.)
15. tolk aanvragen
16. urenregistratie
17. vakkennis bijhouden
18. vastleggen middelen en maatregelen (Wzd)
19. vooraanmelding crisissituatie, telxmelding
20. voorbereiden intake nieuwe cliënt, inclusief informatie verzamelen
21. wachtlijstcoördinatie, inclusief raadplegen en plaatsing
22. WID-nummer-/bsn-nummer-/legitimatiecheck (inclusief ontheffing aanvragen bij ontbreken ID-kaart).

Let op: De diversiteit tussen de deelnemers aan de ggz bij deze veldbevraging is groot. Hierdoor is het niet mogelijk om een keuze te maken tussen administratieve taken voor het gewenste maximum van 20% die ook breder te trekken is over de gehele ggz. Wij baseren de keuze voor gewenste administratie om die reden met name op een team dat we hebben gesproken tijdens de veldbevraging, in dit geval een FACT-team. Dit FACT-team maakte scherpe keuzes bij de beoordeling van de administratieve taken en gaf meer taken het oormerk niet-zinvol dan de andere teams. Daarmee zijn onderstaande keuzes echter niet representatief voor andere disciplines binnen de ggz, zoals de jeugd-ggz, de (poli)klinieken en outreachende teams en crisisteam.

De volgende tabel laat zien welke administratieve taken deze zorgverleners in de ggz nog wél uitvoeren wanneer zij maximaal 20% van hun tijd aan administratie besteden en hoeveel tijd in minuten dit dan van hun dag kost. Omdat deze zorgverleners niet precies hun daadwerkelijke tijdsbesteding kunnen inschatten, maar wel de verhouding tussen de huidige en de gewenste situatie, hebben wij de door hen ingeschatte tijdsbesteding verdeeld over de maximale tijdsbesteding van 20% per werkdag van acht uur (96 minuten). Hierdoor ontstaat een indicatie van hun tijdsbesteding per administratieve taak.

Tabel 12. Administratieve taken in de ggz bij maximaal 20% administratietijd.

Fase	Administratieve taak	Tijd als onderdeel van maximaal 20%
1: het eerste consult of contactmoment	Verwerken intake	8 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Rapportages lezen, schrijven en monitoren van de behandeling	32 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Contactmomenten met cliënt buiten zorg om	2 min.
2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten	Invoeren metingen / klinimetrie	3 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Tussentijds intercollegiaal contact andere zorgverleners, extern inclusief overdrachten	12 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Crisissignalering in het dossier verwerken, evalueren en beoordeling crisisinterventie	1 min.
3: overdracht, afronding van zorg en declaratie	Administratie in het kader van zorgmachtiging	4 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Digiboard/dashboard raadplegen en zo nodig bijwerken	2 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Gebeld worden op de noodtelefoon, binnendienst, voorwachtdienst	2 min.
4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team	Intercollegiaal contact intern en mails beantwoorden	30 min.
Totaal		96 min.

De gewenste dag in de ggz

Het werk binnen de ggz kent veel diversiteit, zowel in doelgroepen alsook in disciplines. De beschrijving van de gewenste dag betekent daarmee een flinke slag om de arm. Kijkend naar de voorgestelde alternatieven tijdens de veldbevraging, richten wij ons voor het beschrijven van de gewenste situatie zoals gezegd op het FACT-team, waarmee dit geen representatieve weergave is voor de gehele ggz. Desalniettemin maakt het de mogelijke vertaling van de alternatieven naar de dagelijkse praktijk in de ggz wel zichtbaar.

Rapportages zijn in de gewenste situatie beknopter en zorgverleners hebben een werkwijze die voor iedereen hetzelfde is en die zij gedisciplineerd volgen. Hierdoor is het elektronisch dossier in staat om informatie automatisch en compacter over te dragen aan collega's, ook bij een overdracht naar andere zorgverleners. De elektronische dossiers zijn gekoppeld en dit vraagt geen handelingen van de individuele zorgverleners. Het elektronisch dossier werkt zo goed dat dit op basis van de rapportage de juiste informatie voor een aanvraag of voor een verlenging van een zorgmachtiging genereert. De zorgverlener hoeft deze enkel nog te accorderen. Hetzelfde geldt voor het signaleringsplan, de afronding van zorg, de overdracht naar de huisarts en ook het aanvragen van diagnostiek of medicatie. Hierbij hebben patiënten via een automatische opt-in toestemming gegeven, waardoor zorgverleners geen aparte overeenkomsten hoeven op te stellen en te laten tekenen.

Zorgverleners in het FACT-team besteden veel tijd aan de organisatie van zorg. Denk hierbij aan het plannen van afspraken met cliënten, het plannen van multidisciplinaire overleggen, contacten van de verwijzer, het aanvragen van een tolk of de coördinatie van wachtlijsten. In de gewenste situatie is het de zorgadministratie die dit werk van zorgverleners overneemt. Dit zou centraal georganiseerd kunnen worden voor meer efficiëntie, maar ook decentraal met een administratief medewerker voor elk team. In het laatste geval is namelijk sprake van meer persoonlijke kennis van het team en cliënten, wat helpend kan zijn in het kader van commitment.

Het gebruik van vragenlijsten als ROM, bij suïcide of incidenten, vindt tot slot in de gewenste situatie alleen plaats na beoordeling van de zorgverlener, en niet standaard voor iedere cliënt. Dat betekent dat dergelijke vragenlijsten bijvoorbeeld enkel worden ingevuld wanneer de situatie aanleiding geeft tot een juiste beoordeling of verwerking, of nuttig kan zijn om er lering uit te trekken.

HOOFDSTUK 4

Reflectie op de veldbevraging

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de resultaten van de veldbevraging gepresenteerd. In dit hoofdstuk gaan we in op de overeenkomsten tussen de drie sectoren, maken we een vergelijking met resultaten uit eerdere onderzoeken en geven we een beschrijving van hoe branchepartijen en beroepsverenigingen, inclusief de Regiegroep Aanpak Regeldruk, op de resultaten van de veldbevraging reflecteren.

4.1 Overeenkomsten tussen de drie sectoren

Voorop staat dat de resultaten zoals gepresenteerd in dit rapport een reflectie zijn van het perspectief van de verschillende professionals die hebben deelgenomen aan de groepssessies. Het is echter belangrijk op te merken dat dit een kleinschalig en grotendeels kwalitatief onderzoek betreft. Aan elke sessie namen tussen de vijf en tien zorgprofessionals deel, wat neerkomt op ongeveer dertig deelnemers per sector. Voor de ggz met name gold daarnaast dat de vier deelnemende teams zeer divers waren. Door de kwalitatieve aard van de veldbevraging zijn de resultaten daarmee niet representatief en niet direct generaliseerbaar naar de drie sectoren als geheel.

Als het gaat om categorisering van de administratie, geldt dat er diverse overeenkomsten zijn tussen de huisartsenzorg, ggz en wijkverpleging. Omdat daarom geldt dat er voor sommige taken ook gezamenlijk actie zou kunnen worden ondernomen, gaan we in de onderstaande paragrafen in op deze rode draden en geven we aan waar in grote lijnen de overlap tussen de sectoren zit. Zowel bij de huisartsen als bij de wijkverpleging en ggz geldt dat de meeste administratieve taken als zinvol worden ervaren, maar voor deze zinvolle taken geldt dat er tóch tijdswinst te behalen valt of alternatieven zijn aangedragen om de taken efficiënter in te richten. Daarom spreken we bij deze taken van zinvolle administratie die anders moet.

Zinvolle administratie die anders moet

Allereerst wordt het vastleggen van de triage of de zorgvraag beschouwd als zinvolle administratie. De uitkomsten van de intake leggen de zorgverleners vast, dat is ook zinvol. Wel is er soms discussie over hoe uitgebreid de zorgvraag of het cliëntverhaal moet worden opgeschreven. Te veel vastleggen zorgt ervoor dat het lezen van dossiers tijdrovend wordt. De huidige vrijheid om meer of minder vast te leggen vraagt overleg en richting over hoe uitgebreid dit moet binnen de organisatie.

Verder is de cliëntoverdracht, en de hierbij komende communicatie met zorgverleners, meermaals naar voren gebracht. Het ophalen van informatie en het rechtzetten van fouten of versie-problemen vraagt veel tijd. Bovendien geven zorgverleners aan veel tijd te besteden aan afstemming met andere (externe) zorgverleners door de lange wachttijd aan de telefoon. Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan één centraal portaal waar zij in kunnen om te bewerken of zaken toe te voegen (zie uitleg bijlage 1).

Bij een aantal administratieve taken heerst onduidelijkheid over wie de taak hoort op te pakken. Deze onduidelijkheid vraagt veel tijd. Bijvoorbeeld het uitvragen van het netwerk; dit zou op een eenduidige manier en eenmalig moeten worden vastgelegd bij één zorgverlener. Dit geldt ook voor het uitvragen van reanimatiebeleid en het uploaden van de bijbehorende documenten. Na eenmalige vastlegging kan het meermaals worden gedeeld, bijvoorbeeld via het centrale patiëntportaal.

Daarnaast kwam gedurende de veldbevraging vaak naar voren dat rapporteren als zinvol en belangrijk wordt ervaren om zo de kwaliteit en continuïteit van zorg te waarborgen. Wel wordt aangegeven dat er efficiënter kan worden gerapporteerd door het inzetten van spraakgestuurd rapporteren, automatisch invullen en eenvoudige koppelingen. Vooral kleine zorgaanbieders overzien deze ontwikkeling niet door drukte, waarbij een nieuwe innovatie vooral een kopzorg is. Hier zou een landelijke leidraad of systeem kunnen helpen.

Een van de redenen waarom administratieve taken in het kader van rapporteren momenteel als ‘zinvol, maar moet anders’ worden beschouwd, is de verantwoordingsdrift die ook zorgverleners zelf zien. Hoewel deze niet altijd terecht is, is dit ook een gevolg van alle wet- en regelgeving, en dan specifiek de angst voor het tuchtrecht, aldus een aantal zorgverleners. Hierdoor wordt er overbodig veel gerapporteerd, wat het lastig en tijdrovend maakt om rapportages in dossiers te lezen. Deze ‘rapportagediscipline’ is daarmee veelal het gevolg van externe factoren, maar vooral ook een interne opdracht om mee aan de slag te gaan.

Het aanvragen van hulpmiddelen en medicatie wordt ook als zinvol ervaren, maar zou makkelijker moeten zijn. Afhankelijk van het product of de zorgverzekering worden hulpmiddelen bij verschillende leveranciers aangevraagd. Dit gaat gepaard met verschillende formulieren, naast uitgebreide informatieverzoeken vooraf aan de bestelling ter verantwoording. Dit geldt ook voor het aanvragen van medicatie en afstemming met de apotheek. Koppelingen tussen het voorschrijven van medicatie of hulpmiddelen, het voorraadbeheer en de bestellingen bij de apotheek of hulpmiddelenleverancier zouden ook deze administratieve taak efficiënter kunnen maken.

Zorgverleners hebben meerdere interne overleggen, zoals teamoverleggen, een weekstart en overleggen voor taken als rolhouder of aandachtsvelder. Deze taken worden als ‘zinvol, maar moet anders’ beschouwd. Dergelijke taken kunnen veel tijd kosten en brengen administratie met zich mee. Afhankelijk van de invulling binnen de organisatie maar ook door de persoon zelf is de administratieve belasting groter of kleiner. Voor bijvoorbeeld themaweken waarbij er extra moet worden vastgelegd, is het een interne opdracht om na te gaan wat helpt om de zorg te verbeteren en of het daadwerkelijk nodig is om extra informatie vast te leggen.

Tot slot werd de administratieve verwerking van klachten en incidenten gecategoriseerd als ‘zinvol, maar moet anders’, waarbij zorgverleners de taak als arbeidsintensief benoemen. Een alternatief dat zij voorstellen is een eigen invulling van de incidentverwerking of klachtenafhandeling, die meer gericht is op het leren en verbeteren dan als bewijsvoering van de afhandeling van de klacht of het incident.

Niet-zinvolle administratie

Enkele administratieve taken werden als ‘niet-zinvol’ geclassificeerd, hoewel in aantal minder dan de categorie ‘zinvol, maar moet anders’. Zo worden inschrijfformulieren, overeenkomsten en toestemmingsverklaringen als niet-zinvol beschouwd. Zorgverleners stellen voor dat cliënten of patiënten automatisch al akkoord zijn met de overeenkomst en toestemming geven voor het delen van gegevens wanneer zij gebruikmaken van de zorgverlening, tenzij de cliënt of patiënt nadrukkelijk geen toestemming geeft voor bijvoorbeeld het delen van gegevens.

Bovendien geven zorgverleners aan veel tijd kwijt te zijn aan machtigingen of uitvoeringsverzoeken van en voor andere zorgprofessionals of apotheken. Vaak zijn hier al afspraken over gemaakt, maar zijn deze niet breed bekend. Zorgverleners proberen, tevergeefs, anderen hierin ‘op te voeden’. Hierbij zouden officiële afspraken (die ergens te vinden zijn) helpen om als ‘bewijs’ of toelichting mee te sturen. Wat betreft het bestellen van hulpmiddelen vinden zorgverleners dat de patiënt dit met ondersteuning van familie of een hulpmiddelenleverancier zelf zou moeten kunnen.

4.2 Vergelijking met eerdere onderzoeken

Beschouwende vergelijking

Berenschot onderzoekt sinds 2016 jaarlijks de administratieve tijdsbesteding onder zorgprofessionals in onder andere de vvt en ggz ('enquête ervaren werklust administratieve taken').¹³ Uit deze enquête komt naar voren dat zorgprofessionals begrijpen dat goede zorg niet zonder administratie kan en dat velen de combinatie met cliënt- of patiëntgebonden taken zelfs als afwisselend ervaren. Verslaglegging is cruciaal en dient meerdere doelen, maar onnodige, onduidelijke en dubbele registraties vergroten de registratielast.¹⁴ Dit kwam zeer duidelijk naar voren in de groepssessies in alle sectoren. Vooral opvallend was dat zorgverleners veel begrip konden opbrengen voor het nut van registraties elders in de keten. Dat blijkt ook uit het feit dat weinig administratie als 'niet-zinvol' werd aangemerkt, maar het merendeel als 'zinvol, maar moet anders'.

De LHV heeft in 2023 onderzoek gedaan naar de administratieve lasten in de huisartsenzorg.¹⁵ Ook hieruit blijkt dat huisartsen administratieve handelingen die zij tot hun werk vinden behoren als minder belastend bestempelen, zoals het vastleggen van patiëntgebonden gegevens, het uitschrijven van recepten en verwijzingen. Dit zijn cliëntgebonden handelingen die in de veldbevraging in eerste instantie als 'zinvol' werden bestempeld, zij het dat een efficiëntieslag mogelijk is. Procesadministratie, zoals verantwoording, informatieverzoeken van derden en contractering van zorgverzekeraars, ervaren zij als meer belastend en minder tot het werk behoren. In de veldbevraging geven huisartsen aan dat deze administratie in de gewenste situatie zou moeten worden gehalveerd.

Cijfermatige vergelijking

Het CBS onderzoekt jaarlijks administratieve tijdsbesteding bij werknemers in de brede zorg- en welzijnssector. Het is belangrijk dat hierin onderscheid wordt gemaakt tussen cliëntgebonden medewerkers (zorgverleners) en niet-clientgebonden medewerkers (alle andere functies variërend van administrateur tot manager), aangezien de regiegroep in het leven is geroepen om de zorgverlener te ontregelen. De cijfers met dit onderscheid hadden wij door een eerder maatwerkverzoek tot onze beschikking.¹⁶

Uit dit onderzoek van het CBS blijkt dat zorgverleners in de huisartsenzorg gemiddeld 38% van hun totale werktijd aan administratie besteden. Als dit wordt uitgesplitst naar administratie ten behoeve van de verlening van zorg aan cliënten en ten behoeve van de organisatie, management en/of beleid, besteden huisartsen hier respectievelijk 26% en 12% van hun totale werktijd aan. De LHV stelt dat 65% van de huisartsen ten minste 20% van de tijd aan administratie besteedt.¹² De onderzoeken zijn dus niet een-op-een met elkaar te vergelijken, omdat net andere indicatoren worden gehanteerd. In de tweede enquête van de veldbevraging vonden wij dat zorgverleners het lastig vonden om het aantal minuten per administratieve taak in te schatten. De huidige en gewenste administratieve tijd lag vaak nog veel hoger dan bovenstaande onderzoeken beschrijven.

In de VVT-sector (waar wijkverpleging onder valt) besteden zorgverleners volgens het CBS gemiddeld 28% van hun totale werktijd aan administratie. Uitgesplitst is dit 18% ten behoeve van de verlening van zorg aan cliënten en 10% ten behoeve van de organisatie, management en/of beleid. De VVT-sector is in het CBS-onderzoek een van de sectoren met de minste administratieve tijdsbesteding. Het is echter lastig te vergelijken met de brede VVT-sector, waar bijvoorbeeld ook de thuisondersteuning onder valt, waar relatief minder hoeft te worden geadmistreerd. Het is wel in lijn met de uitkomsten van het jaarlijkse onderzoek van Berenschot. In de tweede enquête van de veldbevraging zagen wij dat zorgverleners het lastig vonden om het aantal minuten per administratieve taak in te schatten. De huidige en gewenste administratieve tijd lag vaak nog veel hoger dan bovenstaande onderzoeken beschrijven.

In de ggz besteden zorgverleners volgens het CBS 34% van hun totale werktijd aan administratie; dit ligt in lijn met het onderzoek van Berenschot. Daarvan wordt 23% besteed ten behoeve van de verlening van zorg aan cliënten en 11% ten behoeve van de organisatie, management en/of beleid. Een wat ouder onderzoek beaamt dat zorgverleners in de ggz ongeveer een derde van hun tijd kwijt zijn aan administratie.¹⁷ In de tweede enquête van de veldbevraging zagen wij dat zorgverleners een grotere administratieve tijdsbesteding inschatten.

¹³ Jaarlijkse Enquête Administratieve Tijdsbesteding, Berenschot.

¹⁴ Berenschot, 2022; Regeldruk door het ECD, een kwestie van kiezen.

¹⁵ LHV, 2023; Peiling Administratieve lasten en verplichtingen.

¹⁶ AZW: uitkomsten werknemersenquête, 2e kwartaal 2023.

¹⁷ Onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg, GGZ Nederland (2017).

4.3 Reflectie vanuit de branche-partijen en de regiegroep

Zoals beschreven in paragraaf 1.3 hebben we onze tussentijdse resultaten voorgelegd aan individuele branchepartijen, beroepsverenigingen en de Regiegroep Aanpak Regeldruk. Tijdens de gesprekken met deze partijen werd aangegeven dat de resultaten vaak in grote lijnen werden herkend. Veel aanvullingen, aanscherpingen of correcties betroffen details van specifieke taken. Wanneer het om feitelijke aanvullingen ging die geen invloed hadden op de indeling van taken in de drie categorieën of op de uitkomsten met betrekking tot potentiële tijdswinst, zijn deze verwerkt in de resultaten in hoofdstuk 2.

Daarnaast werden soms inhoudelijke opmerkingen gemaakt ten aanzien van de resultaten. Zo werd bijvoorbeeld opgemerkt dat in de wijkverpleging afstemming met gemeenten met betrekking tot zorg vanuit de Wmo in de toekomst mogelijk meer administratie gaat vragen. Daarnaast werd eraan getwijfeld of de autorisatie en controle van de doktersassistenten inderdaad als niet-zinvol bestempeld kon worden, of dat dit toch een onvermijdelijke verantwoordelijkheidsverdeling betreft. Ook werd in een enkel geval een vraagteken geplaatst bij de resultaten als het gaat om de mogelijke tijdswinst die zorgverleners inschatten bij bepaalde taken. Dit gold bijvoorbeeld voor 'klachtenverwerking' in de huisartsenpraktijk. Deze werd namelijk lager ingeschat dan de potentiële tijdswinst die uit de veldbevraging blijkt, vooral vanwege de incidentie. Omdat we in deze veldbevraging echter willen vasthouden aan de input van zorgverleners zelf, hebben we ervoor gekozen op basis van dergelijke opmerkingen geen aanvullingen op taken of correcties aan te brengen in potentiële tijdswinst zoals gepresenteerd in hoofdstuk 2.

Een belangrijk punt dat tijdens de gesprekken met de branchepartijen verder naar voren kwam en goed is om te benoemen, is dat zorgverleners volgens de betrokken partijen vaak nog vrij mild zijn in hun beoordeling van administratieve taken. Veel taken worden als zinvol beschouwd, maar bij doorvragen blijkt er vaak toch ruimte voor verbetering of verandering. Hierdoor verschoven taken naar de categorie 'zinvol, maar moet anders'. Het oordeel dat een taak echt niet zinvol is voor de zorgverlener bleek voor veel deelnemers lastig te maken. Brancheorganisaties zijn hierin doorgaans kritischer; zij zouden bepaalde taken en registraties eerder als 'niet-zinvol' bestempelen en pleiten voor stevigere maatregelen om administratieve lasten te verminderen. De categorie 'zinvol, maar moet anders' wordt door hen dan ook als een veelal veilige keuze gezien.

Hoewel hier in de teamsessies nadrukkelijk aandacht aan is besteed en zorgverleners zijn gestimuleerd om kritisch te oordelen, bleek het vaak lastig om los van de huidige situatie te denken. Administratie is zo ingebakken in de dagelijkse praktijk dat er een zekere cultuur heerst 'dat het nu eenmaal zo moet'. Dit maakt het moeilijker voor zorgverleners om toekomstscenario's te verkennen en buiten de bestaande verplichtingen te denken, hetgeen ook niet gek is na al die jaren waarin administratie alleen maar is toegenomen.

Tot slot gaven de verschillende branchepartijen en beroepsorganisaties aan dat, hoewel de veldbevraging veel inzichten en richting biedt, het ook duidelijk om verdere verdieping en verbreding vraagt. Er wordt door de partijen benadrukt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de sectoren als geheel en dat de veldbevraging uitgebreid zou moeten worden naar een groter aantal respondenten en meer variatie onder de teams, met name in de ggz. Op die manier krijgen de oplossingsrichtingen die benoemd zijn in dit rapport meer verdieping, wat noodzakelijk is voordat de resultaten kunnen worden omgezet in acties.

In de discussie hoe huidige resultaten kunnen leiden tot beleidskeuzes en aanpassingen in het systeem, zien de partijen overigens wel een duidelijke rol voor zichzelf. Bovendien worden dergelijke stappen en acties binnen de sectoren momenteel al gezet; denk bijvoorbeeld aan het Transitieprogramma Regeldruk ggz.¹⁸ Waar de ene partij bovendien invloed heeft aan de werkgeverskant, kan een andere partij zich bijvoorbeeld richten op overdrachten, dossierkoppelingen of de vereisten rondom declaraties. In het actieplan dat zal volgen op deze rapportage, maken we inzichtelijk welke partijen welke verantwoordelijkheden en rollen op zich kunnen nemen om opvolging te geven aan de acties die uit deze veldbevraging voortkomen. Ook komen daar eventuele oplossingsrichtingen aan bod die niet uit de teamsessies naar voren zijn gekomen, maar wel door de branchepartijen zijn genoemd.

¹⁸ https://www.ggzcommunity.nl/iza+cordinatoren/documenten_iza/handler-downloadfiles.ashx?idnv=2979742#:~:text=In%202025%20staat%20de%20introduce%20van%20het,last%20in%20de%20ggz%20te%20overminderen%20tot

Bijlagen

BIJLAGE 1

Toelichting methode

Enquête onder betrokken teams

Om goed het gesprek te kunnen voeren met de teams en tijdens de teamsessies direct de diepgang op te zoeken, begonnen we de veldbevraging met een voorbereidende enquête. De toelichting over de enquête en de vragen uit de enquête staan hieronder uiteengezet.

Beste zorgverlener,

Stel dat administratie nog maar maximaal 20% van je werktijd mag kosten; welke administratie voer je dan nog uit en welke niet? Het antwoord op deze vraag is een belangrijk onderdeel voor het maken van nieuw beleid voor het halveren van de tijd die aan administratie wordt besteed.

Zorgverleners besteden nu zo'n 30 tot 40% aan administratie. Dat is te veel en we willen de administratietijd over vijf jaar halveren. Het ministerie van VWS vraagt Berenschot om samen met jou te kijken hoe jij maximaal 20% van je werktijd kunt besteden aan zinvolle administratie. En wat zinvol is, dat bepaal jij.

Wij nodigen jou en je hele team daarom uit voor een werksessie waarin we samen in gesprek gaan en we deze zinvolle administratie gaan bepalen. Tijdens de werksessies draaien we de vraag om. We kijken niet per administratieve taak, regel of verantwoording of deze zinvol is. De vraag die centraal staat is: 'Stel, je mag maximaal 20% van je werktijd besteden aan administratie, welke administratie wil jij dan uitvoeren?' Na deze werksessie organiseren we vervolgens een validatiesessie. We kijken dan samen of we jouw input goed hebben geïnterpreteerd en of er nog iets ontbreekt.

Ter voorbereiding van de sessies ontvang je ook een vragenlijst. Met deze vragenlijst vragen we je alvast na te denken over welke verschillende administratieve taken je hebt. Ook vragen we aan jou welke administratie jij 'zinvol', 'niet-zinvol' of 'zinvol, maar moet anders' vindt.

Na de sessie sturen we je een tweede vragenlijst. Met deze tweede vragenlijst willen we ophalen hoe jij en andere zorgverleners jullie tijd op dit moment verdelen over de zinvolle administratie en hoeveel tijd de niet-zinvolle administratie kost. Zo meten we precies of de zinvolle administratie ook past in 20% van je werktijd.

We nodigen je van harte uit om deze eerste vragenlijst in te vullen. Jouw input is heel belangrijk voor de halvering van de administratieve tijd. Het invullen van deze vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten. Jouw antwoorden behandelen we vertrouwelijk en verwerken we anoniem.

Je kunt de vragenlijst openen door op de volgende link te klikken: [\[link naar de vragenlijst\]](#) Mocht je nog vragen en/of opmerkingen hebben bij de vragenlijst, dan kun je contact opnemen met Amber Angenent, via a.angenent@berenschot.nl.

Bij voorbaat hartelijk dank voor jouw medewerking!

Met vriendelijke groet,

George Braam | Senior managing consultant

Vragenlijst 1. Inzicht in zinvolle en niet-zinvolle registraties ter voorbereiding van werksessies

Pagina 1

Wij willen je vragen alvast na te denken over de registraties, administratie en verantwoording die je tijdens je werk uitvoert. We willen je vragen om tijdens het invullen van deze vragenlijst te denken aan een gemiddelde werkweek. Hieronder stellen wij je een aantal vragen over de administratie die je tijdens je werkweek wel en niet zinvol vindt om uit te voeren.

Pagina 2

Vraag 1:

Als je maximaal 20% van jouw werktijd aan administratie mag besteden, welke administratieve taken/registraties zou je dan uitvoeren? Benoem de top 5 van zinvolle registraties.

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

Vraag 2:

Als je maximaal 20% van jouw werktijd aan administratie mag besteden, welke administratieve taken/registraties zou je dan **niet** uitvoeren? Benoem de top 5 van niet-zinvolle registraties.

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

Vraag 3:

Van welke administratieve taken/registraties uit vraag 1 vind je dat deze **anders** kunnen worden uitgevoerd om ze zinnig of efficiënter te maken? Bijvoorbeeld door middel van digitalisering, of uitbesteding van deze taak aan iemand anders.

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

Pagina 3

De registraties en administratie die je tijdens jouw werk uitvoert, kunnen we indelen in een aantal fasen die je samen met de patiënt of cliënt doorloopt: vanaf het eerste contactmoment, gevolgd door zorgmomenten en registraties en overdrachten. Deze fasen kunnen weer opgedeeld worden in categorieën en bijbehorende taken. Wij willen aan jou voorleggen of deze categorieën volledig en juist zijn voor jouw werksituatie. Deze categorieën zullen we namelijk ook gebruiken tijdens de werksessie. De taken die wij noemen zijn bedoeld als voorbeeld en sluiten mogelijk niet volledig aan bij jouw sector.

Wij onderscheiden de volgende fasen en categorieën:

1. Fase 1: informatie die je vastlegt tijdens een eerste consult of contactmoment

Categorie 1 – Screening, triage, intake en onderzoek:

- Beschrijving zorgvraag, behoeften, klachten en signalen
- Diagnosestelling
- Informatie over de patiënt/cliënt
- NAW-gegevens
- Anders, namelijk ...

Categorie 2 – Behandelplan, zorgplan of dossier:

- Opstellen van (behandel)doelen
- Beschrijving van (cliënt)activiteiten
- Vaststellen metingen voor monitoring
- Anders, namelijk ...

2. Fase 2: informatie die je vastlegt over de zorgmomenten, verrichtingen of consulten

Categorie 3 – Dagelijkse rapportage van stand van zaken of bijhouden dossier:

- Aanmaken bezoek/consult
- Resultaten per doel
- Verloop per activiteit
- Invoeren metingen/klinimetrie
- Vastleggen middelen en maatregelen (WZD)
- Anders, namelijk ...

Categorie 4 – Informatie of instructies voor of van andere (para)medici:

- Voorschrijven medicatie
- Afnemen en verwerken van scores, vragenlijsten en testen
- Verwijzingen of uitvoeringverzoeken naar andere zorgverleners
- Overdracht aan collega's
- Melding over incidenten zorg
- Anders, namelijk ...

Categorie 5 – Periodieke evaluatie:

- Maandrapportages of rapportages per doel
- Cliëntevaluatie of evaluaties van interventies
- Evaluaties door middel van klinimetrie
- Evaluatie over cliëntbegeleiding of patiëntenzorg
- Evaluatie over hygiëne
- Evaluatie over voeding
- Anders, namelijk ...

3. Fase 3: registraties of handelingen die je uitvoert om de geleverde zorg gedeclareerd te krijgen

Categorie 6 – Interne registraties:

- Bijhouden zorgproductielijsten
- Bijhouden personele bezetting
- Bijhouden declaraties / toe- en afgewezen declaraties
- Urenregistratie
- Dienstovereenkomsten
- Aanvraag indicaties/herindicatie
- Aanvraag hulpmiddelen
- Aanvraag machtigingen
- Anders, namelijk ...

4. Fase 4: registraties of handelingen die je uitvoert voor de organisatie of het team waarin je werkt

Categorie 7 – Kwaliteitsregistraties:

- Hygiënerapporten of infectiepreventie
- HKZ, PREZO, NPA, keurmerken
- HACCP
- Kwaliteitsindicatoren
- Legionellaregistraties
- BIG-registraties (accreditatiepunten)
- Anders, namelijk ...

Categorie 8 – Plannen en roosteren:

- Cliëntenplanning
- Roosteren zorgmedewerkers
- Opstellen dagprogramma's of werkagenda's
- Anders, namelijk ...

Categorie 9 – Overleg en overdracht:

- Mdo's
- Uitwerken notulen
- Informatie voor familie, verwanten of mentoren
- Anders, namelijk ...

Categorie 10 – Overige, incidentele en niet-wekelijkse administratie, bijvoorbeeld:

- Specifieke aan rolhouder of aandachtsvelder gebonden taken
- Melding over incidenten gebouwveiligheid, facilitair etc.
- Aanpassingen in het zorgproces als gevolg van zorgcontractering
- Administratie voor jaarverslag en de Belastingdienst
- Anders, namelijk ...

Vraag 4:

Is wat jou betreft het overzicht hierboven juist en volledig? Zo nee, welke categorieën mis je nog?

Groepssessies met de teams

De groepssessies bestonden uit vijf verschillende rondes:

- *Ronde 1.* Dit was een open gesprek over wat zorgprofessionals als zinvolle administratie beschouwen. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan taken die bijdragen aan de kwaliteit van zorg, continuïteit van zorg of communicatie tussen zorgprofessionals. Tijdens deze fase werden vaak ook eerste frustraties gedeeld over de huidige manier van werken, ondanks de insteek om met elkaar in gesprek te gaan over zinvolle administratie.
- *Ronde 2.* De deelnemers werden verdeeld over de vier fasen zoals hierboven benoemd (eerste consult tot aan registraties of handelingen voor de organisatie). Ze werden gevraagd om alle administratieve taken die zij binnen een fase uitvoeren, op te schrijven. In deze fase werd ook de input verwerkt die het team in de eerste enquête had geleverd. Hierbij vroegen wij hen, indien mogelijk, ook de oorsprong van de administratieve taak te noteren.
- *Ronde 3.* De deelnemers schoven ieder een fase door en voegden eventueel ontbrekende administratieve taken toe. De administratieve taken werden vervolgens plenair teruggekoppeld door de deelnemers. Deze terugkoppeling bood deelnemers de kans om eventuele onduidelijkheden of vragen over de administratieve taken toe te lichten.
- *Ronde 4.* De deelnemers gingen nogmaals uiteen, verdeeld over de vier fasen, en werden gevraagd de opgeschreven administratieve taken te verdelen over de drie categorieën 'zinvol', 'niet-zinvol' en 'zinvol, maar moet anders'.
- *Ronde 5.* Tot slot werden de onderverdeelde administratieve taken in de categorieën 'zinvol', 'niet-zinvol' en 'zinvol, maar moet anders' plenair besproken. Dit bood de deelnemers de kans om de keuze voor de indeling toe te lichten. Bovendien bood dit de groep de mogelijkheid om de indeling aan te passen als een duidelijke meerderheid het niet eens was met de door collega's gemaakte indeling. In deze laatste fase werd ook uitvoerig stilgestaan bij alternatieven en oplossingen voor de administratieve taken die werden ingedeeld in de categorie 'zinvol, maar moet anders'. NB Hoewel voor alle drie de sectoren gold dat zorgverleners in eerste instantie ook taken indeelden in de categorie 'zinvol', bleek tegelijkertijd dat voor al deze taken toch een verbetering of alternatief werd gesuggereerd om de taak efficiënter in te richten. Om die reden zijn er in hoofdstuk 2 voor geen van de drie sectoren taken ingedeeld in de categorie 'zinvol'.

Validatiesessies met de teams

Tijdens afzonderlijke sessies voor de huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz hebben wij de resultaten en rode draden uit de groepssessies teruggekoppeld en gevalideerd met de zorgprofessionals. De input is gevalideerd bij de aanwezige zorgprofessionals door middel van een aantal stellingen.

Stellingen voor de administratieve taken in de categorie 'zinvol':

- Hier staan alle zinvolle administratieve taken. Het is compleet.
- Deze administratieve taken zijn echt zinvol. Deze hoeven niet anders.
- De geboden oplossingen zijn kansrijk. Dit zijn werkbare alternatieven.

Stellingen voor de administratieve taken in de categorie 'zinvol, maar moet anders':

- Hier staan alle administratieve taken die als 'zinvol, maar moet anders' worden beschouwd. Het is compleet.
- Deze administratieve taken zijn echt 'zinvol, maar moet anders'. Behouden, maar in andere vorm.
- De geboden oplossingen zijn kansrijk. Dit zijn werkbare alternatieven.

Stellingen voor de administratieve taken in de categorie 'niet-zinvol':

- Hier staan alle niet-zinvolle administratieve taken. Het is compleet.
- Deze administratieve taken zijn echt niet zinvol. Stoppen is nodig.
- De geboden oplossingen zijn kansrijk. Dit zijn werkbare alternatieven.

Tweede enquête onder betrokken teams

Volgend op de eerste enquête en de groepssessies hebben we de teams een tweede enquête toegestuurd. Hierin vroegen wij de zorgverleners aan te geven hoe vaak ze een administratieve taak uitvoeren per week en hoeveel minuten de taak per keer kost. Dit noemden we de huidige situatie. Daarnaast vroegen we de zorgverleners aan te geven hoe vaak per week ze de taken zouden willen uitvoeren in de gewenste situatie, en ook hoelang de taak dan maximaal mag duren. Op die manier konden wij de tijdsduur van de taak in minuten per week berekenen en de tijdsduur van de taak in het percentage van de werktijd. De taken zijn opgesteld op basis van de jaarlijkse enquête administratieve tijdsbesteding van Berenschot, en aangepast naar aanleiding van de groepssessies met de teams. De administratieve taken uit deze tweede enquête staan hieronder.

In totaal zijn 52 administratieve taken aan de huisartsen voorgelegd.

Fase 1: het eerste contactmoment met (nieuwe) patiënt

Inschrijving nieuwe patiënten

Bijvoorbeeld:

- controle inschrijving bij vorige praktijk
- opvragen gegevens bij vorige huisarts
- vastleggen algemene gegevens als bsn/NAW
- inscannen en opslaan inschrijfformulier

Verwerken dossier nieuwe patiënten

Bijvoorbeeld:

- opschonen en kloppend maken dossier
- controle op verzekeringsgegevens
- bijwerken medicatielijsten en recepten
- inscannen en invoeren papieren dossiers

Inschrijven passanten of vluchtelingen

Versturen inschrijving patiënten

Bijvoorbeeld:

- versturen bevestiging inschrijving naar patiënt
- versturen afwijzing

Invullen toestemmingsverklaring door patiënt voor delen gegevens (opt-in)

Invullen en opvragen toestemmingsverklaring beide ouders bij minderjarige patiënt

Vastleggen netwerk patiënt

Bijvoorbeeld:

- formeel netwerk als behandelaren
- informeel netwerk als contactpersonen bij nood

Telefonische triage en vastleggen in dossier

Aanmaken bezoek/consult/afpraak/vervolgafpraak

Anders, namelijk ...

Fase 2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten

Beschrijving zorgvraag (SOEP), diagnosestelling, consult vastleggen

Digitale communicatie met patiënt en vastleggen telefonisch advies

Bijvoorbeeld:

- beantwoorden chatfunctie en e-consult

Bijhouden van het dossier

Bijvoorbeeld:

- invoeren metingen, scores, testen en klinimetrie
- uitslagen koppelen van onder andere lab/soa/uitstrijkje
- aanpassen van memo's
- nalopen dossiers op fouten

Opstellen en vastleggen ACP-afspraken met patiënt

Bijvoorbeeld:

- reanimatiebeleid
- euthanasieverklaring

Scannen en invoeren van fysieke post

Bijvoorbeeld:

- bloedwaardes
- testen door specialisten

Voorschrijven (herhaal)medicatie en maken/accorderen recepten

Voorschrijven herhaalrecept en accorderen recepten van andere behandelaren

Aanvragen metingen of testen

Bijvoorbeeld:

- soatesten
- kweken
- labaanvragen

Uitvoeren en vastleggen van jaarlijkse controles

Bijvoorbeeld:

- zorgmijders
- screening na miltoperatie
- herhaalrecepten bij levenslange indicaties
- chronische zorg

Autoriseren en controleren van werkzaamheden van huisarts- of doktersassistent

Anders, namelijk ...

Fase 3: overdracht, afronding van zorg en declaratie

Verwijzingen naar andere zorgverleners na consult in eigen praktijk

Bijvoorbeeld:

- medisch specialisten
- ook spoedzorg

Verwijzingen van behandelaren of zorgverleners naar anderen na behandeling buiten praktijk

Bijvoorbeeld:

- van Centrum voor Jeugd en Gezin naar ggz
- van traumachirurg naar orthopeed
- van specialist ouderengeneeskunde naar diëtist

Aanvraag hulpmiddelen voor gebruik in de praktijk en voorraadbeheer

Bijvoorbeeld:

- hechtdraad en mesjes
- wondmateriaal

Aanvraag hulpmiddelen voor gebruik door patiënt

Bijvoorbeeld:

- incontinentiemateriaal
- personenalarmering
- drinkvoeding

Uitvoeringsverzoeken of machtigingen voor andere zorgverleners

Bijvoorbeeld: - voor de wijkzorg

Overdracht aan collega's binnen de huisartsenpraktijk

Bijvoorbeeld:

- andere huisartsen
- doktersassistenten
- praktijkondersteuners
- verpleegkundig specialisten

(Telefonisch) overleg over cliënten met andere artsen of zorgverleners

Bijvoorbeeld:

- telefonisch in de wacht staan bij medisch specialist
- vastleggen afspraken in dossier

Verklaringen bij overlijden of na euthanasie (ook voor forensisch artsen)

Informatievoorziening aan patiënt

Bijvoorbeeld: - opstellen en versturen informatiebrieven over bloeddruk of anticonceptie

Informatieverzoeken of verklaringen voor externen

Bijvoorbeeld:

- voor de gemeente aangaande parkeervergunning
- voor de bedrijfsarts aangaande ziekte
- voor de patiënt aangaande wachtlijstbemiddeling

Aanvraag indicaties/herindicatie

Bijvoorbeeld:

- Wmo - indicatie
- Wlz - indicatie

Bijhouden declaraties / toe- en afgewezen declaraties

Bijvoorbeeld:

- registratie van prestaties
- M&I-verrichtingen

Invullen vragenlijsten voorafgaand aan aparte declaraties

Bijvoorbeeld:

- GFI voor ouderenzorgprotocol
- voor patiënten zonder verzekering

Controles en opstellen rapportages voor onderzoek of ketenzorgprogramma's

Bijvoorbeeld:

- ketenprogramma COPD
- onderzoek naar zorgmijders

Uitschrijven van patiënt (overdracht, dossier versturen, etc.)

Anders, namelijk ...

Fase 4: registraties of handelingen, persoonlijk of voor de organisatie of het team

Administratieve verwerking van klachten

Administratie rondom BIG-registratie en accreditatiepunten

Kilometerregistratie (inclusief reiskosten)

Beroepskostendeclaratie

Interne overleggen, zoals weekstart, teamoverleg, beoordeling etc.

Specifieke aan rolhouder of aandachtsvelder gebonden taken

Bijhouden personele bezetting

Bijvoorbeeld:

- opstellen rooster praktijkmedewerkers

Personeelsbeleid en administratie

Bijvoorbeeld:

- organisatie meeloopstage
- werving nieuwe collega's

Interne (kwaliteits)projecten en werkzaamheden voor de huisartsenpraktijk

Bijvoorbeeld:

- bijhouden website huisartsenpraktijk

Overleggen voor regionale samenwerking op organisatieniveau met andere zorgaanbieders of regionale partners

Administratie voor WTZA

Overleg en meldingen over gebouwveiligheid, facilitair etc.

Financiële administratie waaronder facturatie

Administratie voor jaarverslag en de Belastingdienst

Anders, namelijk ...

In totaal zijn 54 administratieve taken aan de wijkverpleging voorgelegd.

Fase 1: het eerste consult of contactmoment (inclusief inschrijving patiënt)

Beschrijving zorgvraag, behoeften, klachten en signalen

Bijvoorbeeld:

- intake en aanmaken en opstellen zorgplan
- voeren en uitwerken van een indicatiegesprek

Zorgovereenkomsten en toestemmingsformulieren invullen

Netwerk in kaart brengen (formeel, zoals huisarts, apotheek en specialist) en informeel (contactpersoon en indien relevant belastbaarheid mantelzorgers)

WID-nummer-/bsn-nummer-/legitimatiecheck

Papieren dossier maken voor de cliënt en contactpersoon

Overdracht vanaf andere disciplines (zoals verpleeghuizen, huisartsen, ziekenhuizen) lezen en waar nodig op orde brengen

Arbocheck verzorging en verpleging

Persoonsalarmering cliënt toevoegen

Dossier aanmaken bij oproepbare zorg

Reanimatiebeleid uitvragen en uploaden van bijbehorende documenten

Anders, namelijk ...

Fase 2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten

Rapportage schrijven, waaronder metingen

Rapportage lezen

Resultaten per doel

Verloop per activiteit

Voorschrijven en bestellen van medicatie inclusief aanmelden nCare/ Medido

Aftekenen van medicatie

Melding over incidenten zorg (MIC-formulieren)

Aanvraag indicaties/herindicatie

Bijvoorbeeld:

- Wlz-rekenmodule
- CIZ-aanvraag Wlz

Aanvraag pgb

Aanvraag hulpmiddelen of bestelling plaatsen van materiaal voor eigen gebruik of teamgebruik

Aanvraag hulpmiddelen of bestelling plaatsen van voeding/ wondmateriaal/incontinentiemateriaal voor individueel gebruik door cliënt

Aanvraag machtigingen of uitvoeringsverzoek aanvragen of achterhalen, inclusief uploaden

Vastleggen middelen en maatregelen (WZD)

Wijzigen van het zorgplan/behandelplan

Bijvoorbeeld:

- uit zorg melden
- mutaties doorvoeren en iemand weer uit zorg melden wanneer zorg niet nodig is

Afnemen en verwerken van scores, vragenlijsten en testen in het kader van wondverzorging

Afnemen en verwerken van scores, vragenlijsten en testen anders dan wondverzorging

Maandrapportages per doel schrijven

Maandrapportages per doel lezen

Clïentevaluatie of evaluaties van interventies

Anders, namelijk ...

Fase 3: overdracht, afronding van zorg en declaratie

Verwijzingen naar andere zorgverleners

Bijvoorbeeld: - inschakelen van fysiotherapie of ergotherapie

Mdo's over bespreking complexe patiënten

Dagelijks tussentijds intercollegiaal overleg (extern, bijvoorbeeld met de huisarts)

Overdracht naar andere disciplines bij afronding zorg

Overdracht tijdelijke opname

Bijhouden declaraties / toe- en afgewezen declaraties

Bijvoorbeeld: - Medimo gegevens aanleveren

Urenregistratie

Kilometerregistratie

Anders, namelijk ...

Kwaliteitsregistraties zoals risico-inventarisatielijsten

Bijvoorbeeld: - risico-inventarisatie zoals valrisico of risico op decubitus

BIG-registraties (accreditatiepunten)

Anders, namelijk ...

Fase 4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team

Clïëntenplanning/dagprogramma opstellen

Bijvoorbeeld: - wijzigingen in zorgtijd/zorgmoment van de cliënt

Routeplanning maken

Roosteren zorgmedewerkers

Bijvoorbeeld: - lezen van het rooster

Intercollegiaal overleg (intern)

Mails beantwoorden

Informatie voor familie, verwanten of mentoren

Bijvoorbeeld:

- toelichten van dossier
- uitleg Medido
- uitleggen takenpakket van de wijkverpleging aan mantelzorger

Aanmelden en gebeld worden op de teamtelefoon

Specifieke aan rolhouder of aandachtsvelder gebonden taken

Bijvoorbeeld:

- begeleiden van stagiairs
- decubitus aandachtsvelder

Hr-gerelateerde acties (sollicitaties, financiën van het team bijhouden, inclusief verzuim en benodigd aantal fte's)

Maken van e-learnings

Anders, namelijk ...

In totaal zijn 52 administratieve taken aan de ggz voorgelegd.

Fase 1: het eerste consult of contactmoment (inclusief inschrijving patiënt)

Vorbereiden intake nieuwe client

Bijvoorbeeld:

- cliënt aanmelden
- intake inplannen (eventueel afstemmen/accorderen in agenda en noteren dat het heeft plaatsgevonden, betrekken van andere ouder indien nodig)
- basisonderzoek
- uit-detentieverklaring verwerken
- intakeformulier opsturen (soms met cliënt invullen) en formulier ouders scannen

Informatie over cliënt verzamelen

Bijvoorbeeld:

- informatie inwinnen en lezen van eerdere verwijzer of behandelaars
- nagaan of cliënt de nodige informatie heeft aangeleverd
- gezagregister raadplegen

Intake verwerken

Bijvoorbeeld:

- diagnose/DSM schrijven, invoeren en verwerken
- intakeverslag schrijven
- behandelplan en -doelen (ook hulpverleningsplan) opstellen en verwerken
- netwerk in kaart brengen, zowel formeel als informeel (familie, ketenpartners, etc.)
- intakeproces declareren en registreren
- vragenlijsten verzamelen en verwerken, en eventueel cliënt helpen

Zorgvraagtypering registreren (inclusief HoNOS invullen)

Invullen, controleren en invoeren toestemmingsverklaringen cliënt

Bijvoorbeeld:

- voor onderzoek
- van ouders bij kinderen
- algemeen; delen van informatie met andere zorgverleners
- verklaring van behandeling
- akkoord opvragen van cliënt voor huisartsenbrief

Verwerking MAB-melding, aangifte

Formulier medisch noodzakelijke zorg invullen (bij onverzekerden)

Administratie in het kader van zorgmachtiging

Bijvoorbeeld:

- aanvragen of overnemen van zorgmachtiging
- invoeren in het systeem
- registreren van interventies vanuit de zorgmachtiging
- overdragen zorgmachtiging
- klachtenzitting bij verplichte zorg waar patiënt het niet mee eens is

Tolk-aanvragen

Depotmedicatie invoeren in agenda / methadoncontact boeken

Conclusie advies beleidsformulier invullen

Checklists, vragenlijsten of formulieren voor wetenschappelijk onderzoek

Wachtlijstcoördinatie, inclusief raadplegen en plaatsing

Contactmoment met cliënt tijdens wachttijd

Contact met de cliënt of ouders buiten de zorgmomenten om

Bijvoorbeeld:

- uitwisseling contactgegevens
- onderzoeksverslag maken voor cliënt of ouders
- mailcontact

WID-nummer-/bsn-nummer-/legitimatiecheck (inclusief ontheffing aanvragen bij ontbreken ID-kaart)

Fase 2: zorgmomenten, verrichtingen of consulten

Intercollegiaal contact, intern

Bijvoorbeeld:

- mailen naar zorgadministratie
- introductie cliënt in vergadering team
- evalueren en bespreken van behandelplan
- verwerken van het intern overleg
- Mdo plannen en registreren

Plannen van vervolg-/behandelaafspraken (cliëntenplanning)

Bijvoorbeeld:

- herplannen (intake)
- adviesgesprek
- crisis-intakegesprekken
- aanvragen groepstherapie
- cliënt op agenda plaatsen voor (intake) mdo-bespreking
- inplannen bespreking van het behandelplan
- plannen jaarlijks metabole screening
- boostersessies
- plannen driehoeksoverleggen betrokken behandelaren

Digiboard/dashboard raadplegen en/of bijwerken

Invoeren metingen/klinimetrie

Bijvoorbeeld:

- lab aanvragen
- evaluaties over voeding
- evaluaties over hygiëne
- scoren van testen

Medicatie/overbruggingsrecept checken, voorschrijven en bestellen inclusief aanmelden bij bijvoorbeeld Medido

Rapportages lezen, inclusief het monitoren van de behandeling

Rapporteren en verslagen schrijven

Van bijvoorbeeld:

- zorgafstemmingsgesprek
- maandrapportages of rapportages per doel
- cliëntevaluatie of evaluaties van interventies
- decursus na contact met cliënt
- casus conceptualisatie EMDR schrijven
- rapportage bij risico suïcidaliteit
- verslag uitschrijven van ontwikkeling anamnese

Vastleggen middelen en maatregelen (WZD)

Mutatieformulieren of verwijzingsbrieven invullen in het kader van wijzigingen in behandeling/behandelaren, en add-ons zoals EMDR verwerken

ROM (vragenlijst voor beginmeting, tussenmeting en eindmeting) en eventueel LIRIK (inclusief: invullen eventueel met cliënt, versturen etc.)

Aanvraag indicaties/herindicaties

Bijvoorbeeld:

- WLZ-indicatie aanvragen
- Wmo
- Wvggz
- wijziging verplichte zorg
- aanvraag thuiszorg
- aanmelden voor opname
- aanmelden transfertafel

Meldingen over incidenten

Bijvoorbeeld:

- incidenten melden (MIM)
- veilig incident melden (VIM)

Clïënt helpen bij administratie voor derde partijen en maatschappelijke taken verzorgen

Bijvoorbeeld:

- aanmelden UNO
- reiskostenoverzicht cliënt
- kinderbijslag aanvragen
- KDC inschrijven
- aanvraag gezinscoach
- uitkering aanvragen

Jaarlijkse evaluatie crisispreventieactieplan

Fase 3: overdracht, afronding van zorg en declaratie

Overdracht aan zorgverleners, extern

Bijvoorbeeld:

- verwijzing naar andere zorgverlener
- overdracht naar nieuwe behandelaar
- intake/tussentijdse brief naar de huisarts opstellen en versturen
- terugkoppeling andere ggz-aanbieders
- overdracht tijdelijke opname
- afsluitbrief opstellen en versturen naar verwijzer/huisarts
- huisarts informeren per brief
- rapportage schrijven bij afrondende zorg

Tussentijds intercollegiaal contact andere zorgverleners, extern (geen overdracht)

Bijvoorbeeld:

- plannen en overleggen met veiligheidshuis (PGA)
- jaarlijkse evaluatie behandelplan inclusief versturen naar de huisarts
- overleg geneesheer-directeur, ketenpartners, huisarts, apotheek, betrokken aanbieders zoals gezinscoach en school
- melding/overleg Veilig Thuis
- overleg met huisarts indien vervolg nodig is

Intercollegiaal contact, derde partijen (geen andere zorgverleners)

Bijvoorbeeld:

- consulten met het sociaal domein (gemeente of buurtteams)
- overleg levenslooppaak
- aanvragen bewindvoering
- contact met woonvoorzieningen (niet op cliëntniveau)
- informatie verlenen aan advocaat of leerkracht over cliënt
- Schengen medicatieverklaring of brief in het Engels
- UWV-brieven versturen
- meldingen over incidenten gebouwveiligheid, facilitair etc.
- afstemmen derden/andere hulpverleners naar aanleiding van intake

Informatie klaarzetten voor cliënt ten behoeve van inzage dossier

Bijvoorbeeld:

- e-health aanzetten of koppelen
- informatie overzetten naar inzage dossier cliënt

Rapportage, melding en evaluatie bij suïcide

Vooraanmelding crisissituatie, telexmelding

Crisissignalering in het dossier verwerken, crisisinterventiebeoordeling

Cliënteindvragen invullen in HUP

Afronding en (laten) sluiten dossier, ook brief voor afsluiting aan ouders

Fase 4: registraties of handelingen voor de organisatie of het team

Declaraties

Bijvoorbeeld:

- parkeerkosten en auto wassen
- bonnetjes declareren
- reistijd en administratietijd
- bijhouden declaraties / toe- en afgewezen declaraties

Gebeld worden op de noodtelefoon, binnendienst, voorwacht dienst

Vakkennis bijhouden

Bijvoorbeeld:

- e-learnings
- 360 gradenfeedback-gesprekken
- BIG-registraties (accreditatiepunten)
- lunchreferaten, registratie van interviews voor beroepsverenigingen
- deskundigheidsbevordering en supervisie

Protocollen bijwerken

Roosters maken en lezen, verlof aanvragen, bijhouden personele bezetting, opstellen dagprogramma's of werkagenda's

Urenregistratie

Bijvoorbeeld:

- weekstatus accorderen

Interne taken

Bijvoorbeeld:

- nieuwe collega's inwerken of stagiaars begeleiden, werk coördineren
- vakantieplanning regelen

Hr-gerelateerde acties

Bijvoorbeeld:

- inwerken
- aanvragen benodigdheden zoals fiets/laptop
- ziekmelding
- Altraplein bijhouden
- nieuwsbrief lezen
- jaargesprek voorbereiden

Mails beantwoorden

Netwerkbijeenkomsten

Bijvoorbeeld:

- met ziekenhuizen of CJG

Klachtenafhandeling cliënt

Lijsten invullen in het kader van kwaliteitsindicatoren en keurmerken

Bijvoorbeeld:

- HKZ
- Dekra-audit

BIJLAGE 2

Patiënten-portaal

Veel zorgverleners geven aan dat zij veel tijd kwijt zijn aan het overdragen van patiënteninformatie. Dit geldt zowel binnen zorgaanbieders als tussen zorgaanbieders. Na de overdracht van deze informatie zijn deze zorgverleners nogmaals veel tijd kwijt aan het verbeteren en corrigeren van de verkregen informatie.

Als alternatief voor de overdracht stellen zorgverleners een gedeeld patiëntenportaal voor. Dit patiëntenportaal is uitgebreider dan een schakelpunt, maar beperkter dan een gedeeld patiëntendossier. Bij het portaal gaat het, naast het delen van algemene persoonsgegevens, om het delen van (toestemmings)formulieren, uitslagen, recepten en start- of stopmutaties voor zorgverlening.

Het is nadrukkelijk niet de wens van zorgverleners dat zij in het portaal cliëntverhalen, memo's, rapportages of persoonlijke aantekeningen met andere zorgverleners delen. De wens is om feitelijke dossierinformatie met elkaar te delen die belangrijk is voor de triage, diagnose of het bepalen van de zorgvraag.

Een centrale landelijke organisatie van het patiëntenportaal door bijvoorbeeld VWS of het ZIN heeft de voorkeur van de zorgverleners. Zij merken op dat het portaal dan ook kan bijdragen aan het aanleveren van productie- of kwaliteitsinformatie.





‘WIJ ZIJN BERENSCHOT, GRONDLEGGER VAN VOORUITGANG’

Nederland is continu in ontwikkeling. Maatschappelijk, economisch en organisatorisch verandert er veel. Al ruim 85 jaar volgen wij als adviesbureau deze ontwikkelingen op de voet en werken we aan een vooruitstrevende samenleving. De behoefte om iets fundamenteels te betekenen voor mens en maatschappij zit in onze genen. Met onze adviezen en oplossingen hebben we dan ook actief meegebouwd aan het Nederland van vandaag. Altijd op zoek naar duurzame vooruitgang.

Alles wat we doen is onderzocht, onderbouwd en vanuit meerdere invalshoeken bekeken. Zo komen we tot gefundeerde adviezen en slimme oplossingen. Die zijn op het eerste gezicht misschien niet altijd de meest voor de hand liggende. Juist deze eigenzinnigheid maakt ons uniek. Daarbij zijn we niet van symptoombestrijding. En gaan pas naar huis als het is opgelost.

Berenschot Groep B.V.

Van Deventerlaan 31-51, 3528 AG Utrecht

Postbus 8039, 3503 RA Utrecht

030 2 916 916

www.berenschot.nl