

# “Zorgen” achter het bureau of zorg aan het bed?

Quick scan van registratieverplichtingen van  
professionals in verzorgings- en verpleeghuizen



Oprachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport

ECORYS Nederland BV

Frank van Zutphen  
Arjan Uwland  
Vincent Thio  
Stefan Barkhuysen

Rotterdam, augustus 2007



ECORYS Nederland BV

Postbus 4175

3006 AD Rotterdam

Watermanweg 44

3067 GG Rotterdam

T 010 453 88 00

F 010 453 07 68

E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)

W [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)

K.v.K. nr. 24316726

ECORYS Regio, Strategie &

Ondernemerschap

T 010 453 87 99

F 010 453 86 50



# Inhoudsopgave

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                           | <b>7</b>  |
| <b>1 Achtergrond</b>                          | <b>9</b>  |
| 1.1 Inleiding                                 | 9         |
| 1.2 Vraagstelling                             | 9         |
| 1.3 Aanpak                                    | 10        |
| 1.3.1 Stappen in het onderzoek                | 10        |
| 1.3.2 Methodologisch kader                    | 11        |
| 1.3.3 Wat betekenen de resultaten?            | 12        |
| 1.4 Leeswijzer                                | 13        |
| <b>2 Langdurige zorg</b>                      | <b>15</b> |
| 2.1 Inleiding                                 | 15        |
| 2.2 Zorginstellingen                          | 15        |
| 2.3 Primaire proces (vanuit de zorgvrager)    | 16        |
| 2.4 Structuur zorgteams                       | 17        |
| <b>3 Registratieverplichtingen</b>            | <b>19</b> |
| 3.1 Inleiding                                 | 19        |
| 3.2 Totaaloverzicht registratieverplichtingen | 19        |
| 3.3 Bewonersdossier                           | 21        |
| 3.4 Formulieren intake                        | 22        |
| 3.5 Zorgplan & verpleegplan                   | 23        |
| 3.6 Dagrapportage                             | 23        |
| 3.7 Rapportage per doel / discipline          | 25        |
| 3.8 Zorgzwaartepakket                         | 26        |
| 3.9 MIC/MIP                                   | 27        |
| 3.10 Verslagen                                | 28        |
| 3.11 Interne registraties                     | 28        |
| 3.12 Registraties ondersteunende processen    | 28        |
| 3.13 Herindicatie                             | 29        |
| 3.14 Kwaliteitswet zorginstellingen           | 30        |
| 3.15 HKZ-certificering                        | 31        |
| 3.16 Resumerend                               | 32        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>4 Conclusies en aanbevelingen</b>              | <b>35</b> |
| 4.1 Registratieverplichtingen van de professional | 35        |
| 4.2 Is er een probleem?                           | 36        |
| 4.3 En wat is de oplossing?                       | 37        |
| 4.4 Aanbevelingen                                 | 38        |
| <br>  |           |
| <b>Bijlage 1: Interviewpartners</b>               | <b>41</b> |

# Samenvatting

## Inleiding

1. In deze quick scan is ingegaan op de registratieverplichtingen van professionals in zorginstellingen. Hierbij hebben wij gekeken naar de registratieverplichtingen waar teamleiders, EVV-ers, verzorgenden en verpleeghuisartsen mee te maken hebben. In totaal hebben wij bij negen zorginstellingen gesprekken gevoerd met ruim 40 professionals.
2. Registratieverplichtingen zijn hierbij gedefinieerd als registratieactiviteiten die de professional moet verrichten, die *volgens de professional* veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden. Onder registratieactiviteiten vallen onder meer het invullen van formulieren/rapporten en dergelijke evenals het invoeren van gegevens op een computer.
3. Het resultaat van de studie is een inventarisatie van de registratieverplichtingen, waar – in de perceptie van de professional – oplossingen voor de vermindering van de registratieverplichtingen het meest wenselijk zijn. Het betreft geen integrale meting, maar dat is ook niet noodzakelijk om te kunnen bepalen waar oplossingen gewenst zijn.

## Registratieverplichtingen van de professional

4. Uit de quick scan komt het algemene beeld naar voren, dat professionals in zorginstellingen te maken hebben met veel verschillende registratieverplichtingen, die per registratieverplichting op zich niet veel tijd kosten. Echter, door het grote aantal registratieverplichtingen nemen de registratieactiviteiten wel veel tijd in beslag. Professionals in de zorg zien wel heel duidelijk het nut en de noodzaak van de registratieverplichtingen. Er zijn overigens grote verschillen in de tijd en de irritatie als gevolg van registratieverplichtingen bij de verschillende instellingen (mede veroorzaakt door de wijze waarop de instelling is georganiseerd).
5. De meeste tijd gaat zitten in alle registraties die samenhangen met het bewonersdossier (formulieren intake, zorgplan & verpleegplan, dagrapportages en rapportages per doel / disciplines).
6. Daarnaast zijn er verschillende eenmalige registratieverplichtingen die veel tijd hebben gekost en tot irritatie hebben geleid, zoals de invoering van het zorgzwaartepakket en de HKZ-certificering.

## Is er een probleem?

7. Wanneer naar de resultaten van de quick scan wordt gekeken, dan kunnen hieruit de volgende conclusies worden getrokken.
  - De belangrijkste registratieverplichtingen dragen bij aan het primaire proces;
  - Registratieverplichtingen die niet direct (maar indirect) bijdragen aan het primaire proces kunnen wel leiden tot irritatie;
  - Dagrapportages leiden tot veel irritatie.
8. Is er een probleem? Het merendeel van de registratieverplichtingen hangt direct samen met het primaire zorgproces. Er moet weliswaar veel worden bijgehouden, maar deze informatie is van belang voor het verlenen van goede zorg aan de bewoners. Professionals zien het nut hiervan dan ook duidelijk in. Overigens zijn er wel mogelijkheden om een tijdsbesparing op deze registratieverplichtingen te realiseren.
9. Het belangrijkste knelpunt is erin gelegen, dat verzorgenden onvoldoende tijd hebben om dagrapportages goed in te vullen. Aangezien dagrapportages een spil zijn in het verlenen van goede zorg is dit wel een belangrijk aandachtspunt. Dit leidt overigens niet tot problemen op het gebied van het leveren van goede zorg, maar dit leidt wel tot een vermindering van het plezier op het werk.

## En wat is de oplossing?

10. Naast specifieke oplossingen (genoemd in hoofdstuk 3) kunnen de volgende algemene oplossingen worden gegeven voor de vermindering van de tijdsbesteding en de irritatie als gevolg van registratieverplichtingen.
  - Meer inzet van ICT. Hierdoor kan de tijdsbesteding aan registratieverplichtingen worden verminderd. Op dit gebied worden overigens al de nodige initiatieven ondernomen (zoals het Elektronisch Cliënten Dossier);
  - Meer tijd vrijmaken bij verzorgenden. Het knelpunt met de dagrapportages kan worden verminderd door tijd vrij te maken bij verzorgenden. Hiervoor zijn in essentie drie oplossingen: verminderen van de tijd per rapportage, het laten invullen van dagrapportages door anderen (bijvoorbeeld helpenden) of het aannemen van extra personeel.

## Aanbevelingen

11. Daarnaast willen wij nog de volgende aanbevelingen geven ten behoeve van de verdere discussie over het verminderen van de registratieverplichtingen voor professionals bij zorginstellingen.
  - Treedt in overleg met de professional om verder te werken aan oplossingen;
  - Houdt bij invoering van nieuwe regelgeving rekening met de consequenties voor professionals op de werkvloer;
  - Wissel ervaringen tussen zorginstellingen uit.



# 1 Achtergrond

## 1.1 Inleiding

De sector langdurige zorg heeft de komende tijd belangrijke uitdagingen om te overwinnen. Staatssecretaris Bussemaker heeft in haar brief *“Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan”* de verdere uitwerking van het beleid voor de komende kabinetsperiode uiteengezet. De kwaliteit van de zorg staat hierin centraal en hiervoor is het onder meer nodig om in deze kabinetsperiode 5.000 tot 6.000 extra verpleegkundigen en verzorgenden aan te trekken.

Eén van de genoemde alternatieven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren ligt op het gebied van het papierwerk waar professionals in de zorg mee te maken hebben. Een veel gehoord argument in deze discussie is dat professionals op dit moment veel tijd achter het bureau besteden en dat dit gaat ten koste van de tijd voor het leveren van daadwerkelijke zorg. Niet minder belangrijk, het papierwerk zou ook één van de redenen zijn waardoor de waardering van professionals voor hun vak lager wordt en waardoor de werkdruk aan de hoge kant is.

## 1.2 Vraagstelling

De ambitie om de registratieverplichtingen waar professionals in zorginstellingen mee te maken krijgen te verminderen (waardoor de ruimte voor de professional toeneemt en het contact met de cliënt kan worden geïntensiveerd), is de aanleiding geweest voor dit onderzoek. Het is een verwachting dat het plezier in het werk hierdoor kan worden verhoogd. De onderzoeksvraag die dan ook centraal staat in dit onderzoek kan als volgt worden gedefinieerd:

Breng aan de hand van een quick scan in kaart met welke registratieverplichtingen de professionals in de langdurige zorg te maken hebben.

Hierbij worden registratieverplichtingen als volgt gedefinieerd:

Registratieactiviteiten die de professional moet verrichten, die veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden. Onder registratieactiviteiten vallen onder meer het invullen van formulieren/rapporten en dergelijke evenals het invoeren van gegevens op een computer.

Belangrijk bij deze definitie is het volgende. Wij hebben hierbij gevraagd naar de perceptie van de professionals. Als een registratieactiviteit *volgens de respondenten* veel tijd kost dan valt deze registratieactiviteit onder de definitie van een registratieverplichting (meer hierover in paragraaf 1.3.2).

## 1.3 Aanpak

De door ons gehanteerde aanpak (stappenplan) voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag sluit aan bij een eerder door ECORYS uitgevoerde quick scan *De professional ontlast. Suggesties voor vermindering van de monitor en registratieverplichtingen op de werkvloer*. In deze studie is gekeken naar de registratieverplichtingen van de medische specialist, de docent in het speciaal onderwijs en de arbeidsdeskundige. In het vervolg van deze paragraaf wordt kort stil gestaan bij de verschillende stappen die wij hebben doorlopen om een kwalitatief goed beeld te krijgen van de registratieverplichtingen van professionals in de zorg.

### 1.3.1 Stappen in het onderzoek

In overleg met de projectbegeleidingsgroep (het ministerie van VWS, Sting en ACTIZ) is een selectie gemaakt van de professionals waar in deze studie naar gekeken is. Het belangrijkste criterium van deze selectie was de verwachting vooraf van professionals die veel met registratieverplichtingen te maken hebben. Hieruit is de volgende selectie naar voren gekomen:

- Teamleider;
- Eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV-ers);
- Verzorgende;
- Verpleeghuisarts.

Allereerst zijn individuele gesprekken gevoerd met de organisaties uit de projectbegeleidingsgroep. In deze gesprekken hebben wij een eerste indruk gekregen van de werkzaamheden en de belangrijkste registratieverplichtingen waar professionals in de zorg mee te maken hebben.

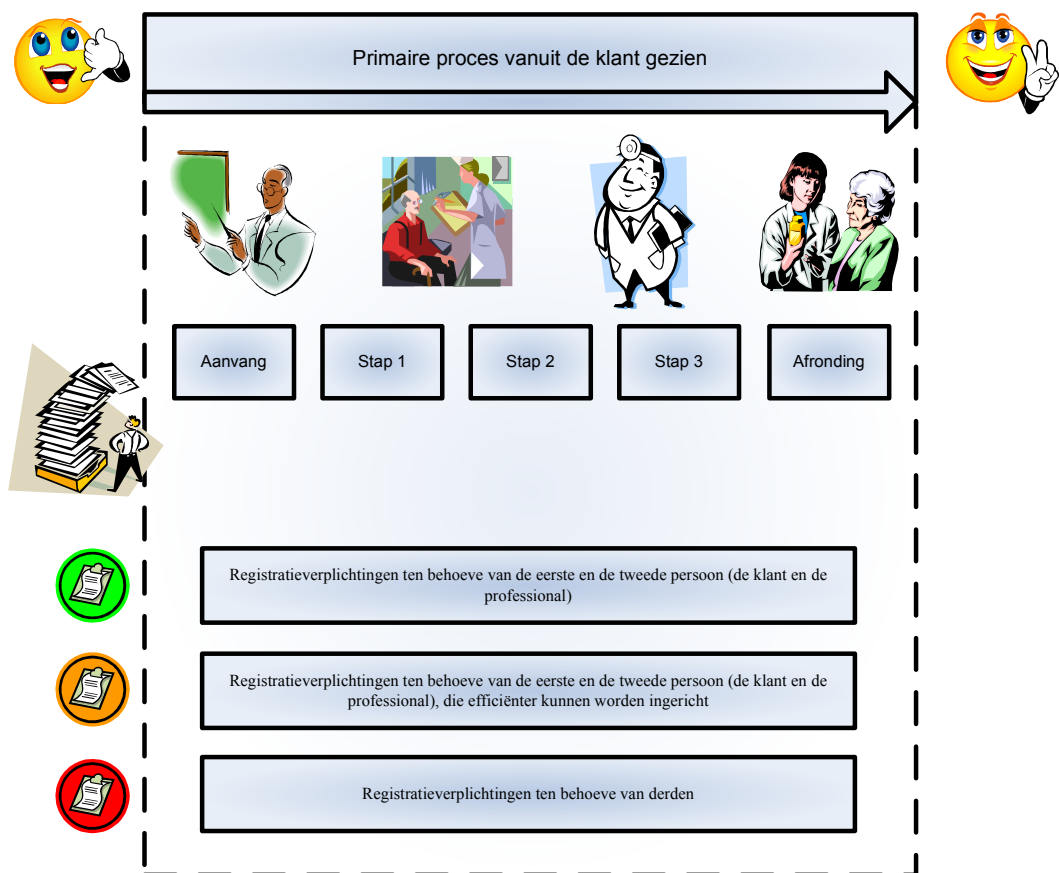
Daarna zijn gesprekken gevoerd met professionals van zorginstellingen. In totaal hebben wij gesprekken gevoerd bij negen verschillende instellingen met ruim 40 professionals (waarvan ongeveer de helft face-to-face interviews en de helft telefonische interviews). In deze gesprekken hebben wij aan professionals gevraagd om *top of mind* aan te geven met welke registratieactiviteiten zij te maken hebben. De centrale vraag was: welke registratieactiviteiten kosten veel tijd en/of leiden tot irritatie. Hierdoor ontstaat er geen volledig beeld van de registratieverplichtingen, maar ontstaat wel een indruk van de belangrijkste knelpunten waar de professional mee te maken heeft. Tevens is aan de geïnterviewden gevraagd om mogelijke oplossingen aan te geven.

### 1.3.2 Methodologisch kader

Wij hebben ervoor gekozen om de resultaten voor de verschillende professionals op een vergelijkbare wijze als in de eerder door ECORYS uitgevoerde studie *De professionals ontlast* te presenteren.

In het onderstaande figuur is het algemene kader weergegeven. In hoofdstuk twee wordt nader ingegaan op het primaire zorgproces en in hoofdstuk drie worden de registratieverplichtingen behorend bij het zorgproces ingevuld. Dan wordt ook een nadere en specifieke uitleg gegeven van dit algemene kader.

Figuur 1.1 Schematische presentatie resultaten



Uitgangspunt van de analyse is geweest het primaire proces van de dienstverlening aan de klant (bovenaan weergegeven in de figuur van *aanvang* tot en met *afronding*). Dit primaire proces bestaat uit verschillende stappen die de klant moet doorlopen om een dienst af te nemen.

In het onderste gedeelte van de figuur zijn de registratieverplichtingen van de professional weergegeven. Hiervoor hebben wij een onderscheid gemaakt naar drie typen registratieverplichtingen:

- Groen: registratieverplichtingen ten behoeve van de eerste en de tweede persoon (de klant en de professional);
- Oranje: registratieverplichtingen ten behoeve van de eerste en de tweede persoon (de klant en de professional), die efficiënter kunnen worden ingericht;
- Rood: registratieverplichtingen ten behoeve van derden (andere partijen in de keten).

Belangrijk! Een registratieverplichting die in het rood is aangegeven is dus niet een registratieverplichting die per definitie slecht of overbodig is, maar een registratieverplichting die niet *direct* bijdraagt aan het primaire proces.

Op deze manier ontstaat inzicht in de registratieverplichtingen die bij de verschillende stappen in het primaire proces horen en ontstaat snel inzicht in hoeverre het gaat om bijvoorbeeld eenmalige registratieverplichtingen of terugkerende registratieverplichtingen. Tevens ontstaat er een eerste beeld of de professionals met veel registratieverplichtingen te maken hebben en daarmee in hoeverre oplossingen gewenst zijn.

### 1.3.3 Wat betekenen de resultaten?

De quick scan geeft een beeld van de registratieverplichtingen die in de perceptie van de professionals veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden. Hiermee wordt geen volledig beeld gegeven van de registratieverplichtingen waar professionals mee te maken hebben. Daarbij hebben wij alleen de registratieverplichtingen meegenomen, die meerdere malen genoemd zijn.

Het volgende is van belang bij de interpretatie van de resultaten. Wanneer een professional aangeeft dat een registratieverplichting veel tijd kost, dan hoeft dit nog niet te betekenen dat deze registratieverplichting in werkelijkheid ook veel tijd kost. Wij geven in deze studie dan ook geen oordeel of een registratieverplichting in werkelijkheid *veel tijd* kost<sup>1</sup>.

Het doel van deze studie is om een eerste inventarisatie te maken van de registratieverplichtingen, waar – in de perceptie van de professional – oplossingen voor de vermindering het meest wenselijk zijn. Door de perceptie van de professional als eerste uitgangspunt te nemen wordt voorkomen dat er naar papieren oplossingen<sup>2</sup> wordt gezocht. Er wordt gekeken naar oplossingen waar de professional mee geholpen is.

De door ons gehanteerde methode (*top of mind* vragen naar registratieactiviteiten die veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden) heeft tot resultaat dat dit doel wordt gerealiseerd.

---

<sup>1</sup> Uiteraard zijn de resultaten wel gecorrigeerd voor zogenaamde mispercepties. In dergelijke – vaak individuele gevallen – geven respondenten aan dat zij bepaalde registratieactiviteiten moeten uitvoeren, terwijl uit nader onderzoek blijkt, dat dit niet het geval is (er blijkt dan bijvoorbeeld geen verplichting te zijn voor de registratieactiviteiten).

<sup>2</sup> Zie ook de opmerkingen uit het rapport van de Algemene Rekenkamer *Reductie administratieve lasten voor het bedrijfsleven* over de reductie van de administratieve lasten in relatie tot de reductie van de merkbare administratieve lasten. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30605, nr. 2.

Merk hierbij ook het volgende op. Het is mens eigen om de bestede tijd voor leuke activiteiten te onderschatten en om de bestede tijd voor minder leuke activiteiten te overschatten. De registratieactiviteiten die als minder prettig worden ervaren, komen dan automatisch naar voren bij deze onderzoeksmethode.

## 1.4 Leeswijzer

Na dit inleidende hoofdstuk wordt in hoofdstuk twee ingegaan op het primaire zorgproces weergegeven vanuit het oogpunt van de zorgvrager. Hoofdstuk drie beschrijft de registratieverplichtingen waar professionals mee te maken hebben. In dit hoofdstuk wordt eveneens ingegaan op de bevindingen uit de interviews en op de mogelijke oplossingen voor het verminderen van de registratieverplichtingen. In hoofdstuk vier tot slot worden de conclusies opgenomen. Dit hoofdstuk sluit af met een beschouwing van de resultaten en de aanbevelingen.



## 2 Langdurige zorg

### 2.1 Inleiding

Alvorens we ingaan op de registratieverplichtingen van professionals op de werkvloer van zorginstellingen, schetsen we in dit hoofdstuk eerst een beeld van de sector. De eerste paragraaf geeft een nadere beschouwing van het verschil tussen een verpleeg- en verzorgingshuis. Vervolgens behandelen we het primaire proces gezien vanuit de zorgvrager. Tot slot besteden we aandacht aan de structuur binnen een zorgteam en gaan in op de werkzaamheden die door de verschillende professionals worden uitgevoerd. Dit is van belang aangezien er een grote verscheidenheid is in de manier waarop verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn georganiseerd.

### 2.2 Zorginstellingen

In deze quick scan hebben wij gesproken met professionals die werkzaam zijn bij zorginstellingen. Voor de volledigheid wordt een korte beschrijving gegeven van beide typen zorginstellingen (verpleeghuizen en verzorgingshuizen).

#### *Verpleeghuizen*

Een verpleeghuis was in het verleden bedoeld voor mensen die na een ziekenhuisopname of na een revalidatieperiode intensieve verpleging of verzorging nodig hebben. In de loop van de tijd zijn verpleeghuizen zich echter ook gaan richten op mensen met lichamelijke en psychogeriatrische problemen (dementie). Waar in een verzorgingshuis de meeste mensen nog enigszins de regie over hun eigen leven kunnen voeren, kunnen de bewoners van een verpleeghuis dit veelal niet meer. Daarnaast bieden verpleeghuizen ook deskundigheid aan mensen die in een verzorgingshuis wonen.

#### *Verzorgingshuizen*

Kenmerkend voor een verzorgingshuis is dat bewoners een woonruimte hebben achter een 'eigen voordeur'. Dit houdt in dat het verzorgingshuis wel verzorging levert, maar de bewoners hun eigen huisarts en eventuele behandelaars aanhouden. Bewoners leven als het ware zelfstandig, maar kunnen wel gebruik maken van allerlei diensten zoals servicediensten, dagopvang, dagverzorging en maaltijdverstrekking. Eventueel kan extra aanvullende zorg worden geboden waar dat nodig is. Bewoners van een verzorgingshuis krijgen hulp en ondersteuning bij die dingen in het dagelijkse leven waar ze zelf geen grip (meer) op hebben, onder meer op lichamelijk, psychisch en huishoudelijk gebied.

## 2.3 Primaire proces (vanuit de zorgvrager)

Deze paragraaf gaat in op het primaire zorgproces gezien vanuit de zorgvrager. Het zorgproces biedt hulp op die plaatsen en op die momenten waar in de primaire leefomgeving van de zorgvrager aanvulling nodig is. De primaire leefomgeving kan het eigen huishouden van de zorgvrager zijn, maar ook een vervangende leefomgeving, zoals een verzorgingshuis, een verpleeghuis, of een woonvorm voor lichamelijk of verstandelijke gehandicapten. Wanneer een zorgvrager door een ziekte of een aandoening niet meer in staat is om volledig voor zichzelf te zorgen wordt de zorgvrager ondersteund. Aan de basis staat het stimuleren van de zorgvrager in wat hij/zij zelf kan en het ondersteunen in die zaken die de zorgvrager niet meer kan.

Hieronder is het zorgproces weergegeven zoals dat plaatsvindt in een zorginstelling<sup>3</sup>.

Figuur 2.1 Zorgproces



Het primaire zorgproces start met de zogenaamde intake. Hier wordt gesproken met de zorgvrager over de mogelijkheden, de beperkingen en de wensen van de zorgvrager. Op grond hiervan wordt in de tweede stap de diagnose gesteld, waarbij wordt gekeken naar de beste inrichting van de zorgverlening voor de zorgvrager. Vervolgens wordt de daadwerkelijke zorg verleend. Het proces wordt afgerond met een evaluatie van de verleende zorg. De laatste drie stappen van het zorgproces worden overigens herhaald (dit is een cyclisch proces) gedurende de tijd.

<sup>3</sup> Voor een meer gedetailleerd beeld van het zorgproces wordt verwezen naar het ECD procesmodel (zie hiervoor bijvoorbeeld <http://www.btsg.nl/infobulletin/ECD.html>). Voor het doel van deze studie volstaat de door ons gehanteerde versimpelde weergave.



## 2.4 Structuur zorgteams

Binnen een zorginstelling wordt de zorg aangeboden door zorgteams. Hoewel er een grote diversiteit bestaat in de samenstelling van een zorgteam (en benaming van de functies), zijn wij een vergelijkbare variant van de onderstaande structuur in alle negen door ons bekeken instellingen tegengekomen:

1. Directeur van de zorginstelling.
2. Teamleider of afdelingshoofd. De teamleider stuurt en coördineert een of meerdere afdelingen en zorgt voor de algemene bedrijfsvoering.
3. Eerste verantwoordelijke verzorgende (EVV-er). Een EVV-er is verantwoordelijk voor ongeveer tien cliënten en voor de continuïteit en coördinatie van de zorg. De EVV-er stuurt bovendien een team van verzorgers aan. Andere mogelijke benamingen voor een EVV-er zijn bijvoorbeeld contactverzorgende of zorgcoördinator.
4. Verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn uitvoerenden van het verpleegkundige proces of het zorgproces. Zij werken onder de leiding van een EVV-er.
5. Verzorgenden<sup>4</sup> en helpenden. Verzorgenden en helpenden voeren de zorg uit. Verzorgenden en helpenden mogen bepaalde verpleegkundige werkzaamheden niet uitvoeren.
6. Zorghulpen.

Daarnaast is er in verpleeghuizen ook een verpleeghuisarts werkzaam. Een verpleeghuisarts is een medisch specialist, die is gespecialiseerd in de zorg voor ouderen en chronisch zieken.

Teamleiders voeren nauwelijks zorgtaken uit en zijn verantwoordelijk voor de zogenaamde secundaire processen (personele processen, logistieke processen en financiële processen), die van belang zijn om het primaire proces te ondersteunen.

De EVV-er is de spil in het zorgteam. De EVV-er is het aanspreekpunt vanaf het begin van het zorgproces en is de contactpersoon in de richting van de familie en derden (bijvoorbeeld artsen). De EVV-er is verantwoordelijk voor het totale zorgpakket voor de zorgvrager en bewaakt het zorgproces. Het uitvoeren van zorgtaken is slechts een onderdeel van de werkzaamheden van de EVV-er. De dagelijkse werkzaamheden van verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden bestaan uit het verlenen van de zorg.

Zoals eerder opgemerkt is er een grote verscheidenheid aan de manier waarop zorginstellingen zijn georganiseerd en daarmee ook voor de verdeling van de werkzaamheden binnen zorgteams. Dit heeft uiteraard ook consequenties voor de registratieverplichtingen, waar de verschillende professionals mee te maken hebben. In zorginstelling *a* voert bijvoorbeeld een EVV-er bepaalde registratieactiviteiten uit, terwijl deze in zorginstelling *b* uitgevoerd worden door een verzorgende.

---

<sup>4</sup> Wanneer in de volgende hoofdstukken wordt gesproken van verzorgenden, dan wordt hiermee bedoeld verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en zorghulpen.



## 3 Registratieverplichtingen

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan wij in op de registratieverplichtingen die samenhangen met het primaire zorgproces. Wij hebben voor de verschillende stappen in het primaire proces gekeken naar de registratieverplichtingen waar professionals mee te maken hebben. Belangrijk hierbij is het volgende. Het overzicht van de registratieverplichtingen geeft geen volledig beeld van alle registratieactiviteiten. Alleen die registratieactiviteiten, die veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden (volgens de professionals), zijn opgenomen in het overzicht.

In het overzicht is in het bijzonder gekeken naar de registratieverplichtingen die samenhangen met het primaire zorgproces. Deze registratieverplichtingen worden door verschillende personen binnen het zorgteam uitgevoerd. Het kan dan gaan om EVV-ers, verzorgenden en de verpleeghuisartsen. De registratieverplichtingen waar teamleiders mee te maken hebben staan verder af van het primaire zorgproces.

In paragraaf twee wordt het overzicht gegeven van de registratieverplichtingen. In de paragraaf daarna worden deze verplichtingen afzonderlijk nader toegelicht. Per registratieverplichting wordt eerst aangegeven welke werkzaamheden hiervoor moeten worden uitgevoerd, vervolgens wordt aangegeven in hoeverre de registratieactiviteit veel tijd kost en/of tot irritatie leidt. De paragraaf sluit steeds af met mogelijke oplossingen voor de vermindering van de registratieverplichtingen.

### 3.2 Totaaloverzicht registratieverplichtingen

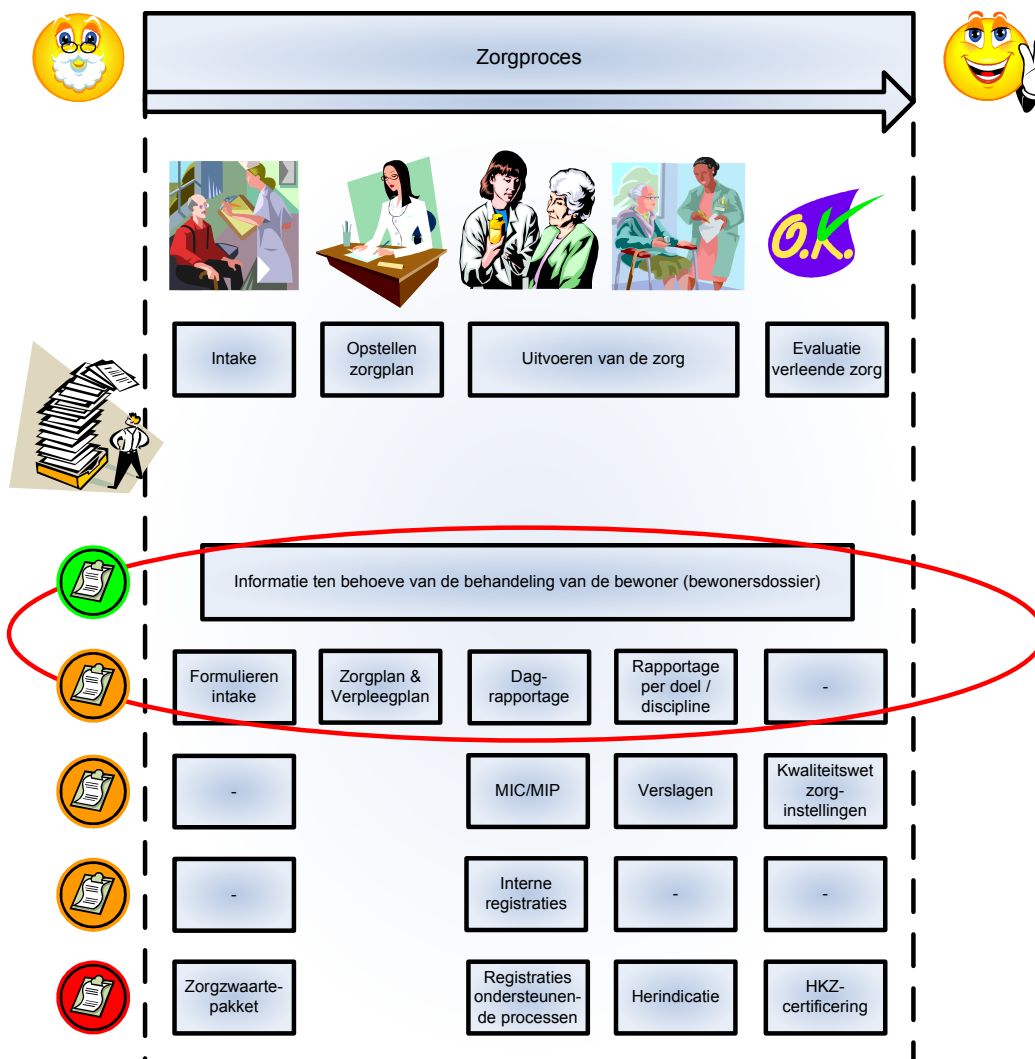
Vanuit het primaire zorgproces is gekeken naar de registratieverplichtingen waar de professional mee te maken heeft. Registratieverplichtingen zijn die registratieactiviteiten, die in de ogen van de professionals veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden. Dit overzicht is opgenomen in de onderstaande figuur.

Hierbij is het volgende onderscheid gemaakt:

- Groen: registratieverplichtingen ten behoeve van de eerste en de tweede persoon (de patiënt en de professional);
- Oranje: registratieverplichtingen ten behoeve van de eerste en de tweede persoon (de patiënt en de professional), die efficiënter kunnen worden ingericht;
- Rood: registratieverplichtingen ten behoeve van derden (verpleeghuis, verzorgingshuis, verzekeraar, wetenschappelijke verenigingen enzovoorts).

Belangrijk! Een registratieverplichting die in het rood is aangegeven is dus niet een registratieverplichting die per definitie slecht of overbodig is, maar een registratieverplichting die niet *direct* bijdraagt aan het primaire proces.

Figuur 3.1 Overzicht registratieverplichtingen zorgproces



In de bovenstaande figuur is het overzicht weergegeven van de registratieverplichtingen, waar professionals in de zorg mee te maken hebben. De belangrijkste registratieverplichting is het bewonersdossier, waarin alle relevante informatie over de bewoner staat opgenomen. De registratieverplichtingen die in de rode cirkel staan opgenomen zijn allen onderdeel van het bewonersdossier.

De figuur moet als volgt gelezen worden. De volgende registratieverplichtingen kunnen voor de verschillende stappen in het primaire zorgproces worden onderscheiden:

- Intake:
  - Bewonersdossier;
  - Formulieren intake;
  - Zorgzwaartepakket.

- Opstellen zorgplan:
  - Bewonersdossier;
  - Zorgplan (of zorgleefplan) en verpleegplan.
- Uitvoeren van zorg:
  - Bewonersdossier;
  - Dagrapportage;
  - Rapportage per doel / discipline;
  - MIC/MIP<sup>5</sup>;
  - Verslagen;
  - Interne registraties;
  - Registraties ondersteunende processen;
  - Herindicatie.
- Evaluatie verleende zorg:
  - Bewonersdossier;
  - Kwaliteitswet zorginstellingen;
  - HKZ-certificering.

In het vervolg van dit hoofdstuk gaan wij in op de verschillende registratieverplichtingen waar de professionals mee te maken hebben in het primaire zorgproces. Per registratieverplichting wordt eerst gekeken naar de aard van de registratieverplichting en vervolgens naar de reden waarom deze registratieverplichting is genoemd door de professionals. Elke paragraaf sluit af met mogelijke oplossingen.

### 3.3 Bewonersdossier

In het bewonersdossier wordt alle informatie opgenomen, die relevant is voor het verlenen van goede zorg aan de bewoner van een zorginstelling. In dit dossier staat het volgende opgenomen: algemene gegevens van de bewoner, gegevens over de gezondheid van de bewoner, gegevens over de te verlenen zorg en verder alle informatie voor zover dit voor een goede zorgverlening noodzakelijk is. Het bewonersdossier komt in de praktijk voor onder veel verschillende namen zoals zorgplan, zorgleefplan, cliëntendossier en dergelijke. Het inrichten van een bewonersdossier is geen wettelijke plicht, maar onontbeerlijk voor het verlenen van goede zorg.

In verpleeghuizen is er naast een bewonersdossier ook nog een medisch dossier. Dit is het dossier van de bewoner waar de verpleeghuisarts mee werkt<sup>6</sup>. Dit dossier moet als een aanvulling worden gezien op het bewonersdossier, informatie wordt niet dubbel bijgehouden in beide dossiers.

<sup>5</sup> MIC staat voor Melding Incidenten Cliënten, MIP staat voor Melding Incidenten Personeel.

<sup>6</sup> Vergelijk dit bijvoorbeeld met informatie over een auto. Hierbij is informatie nodig over hoe de auto rijdt (staat opgenomen in het bewonersdossier) en informatie over hoe de auto werkt (staat opgenomen in het medisch dossier).

In grote lijnen zijn de belangrijkste onderdelen van het bewonersdossier de volgende elementen (hierop wordt in het navolgende verder ingegaan):

- Formulieren intake;
- Zorgplan & verpleegplan;
- Dagrapportage;
- Rapportage per doel / discipline.

Bij sommige instellingen wordt gewerkt met een digitaal bewonersdossier en andere instellingen werken nog met een bewonersdossier op papier. Een verdere invoering van digitale bewonersdossiers zou in de sector kunnen leiden tot een vermindering van de tijdsbesteding voor de registratieverplichtingen. Professionals die in het verleden met elektronische bewonersdossiers werkten en nu met papieren bewonersdossiers (vanwege een overstap naar een andere zorginstelling) gaven dit ook aan als oplossing voor de vermindering van de tijdsbesteding aan deze registratieactiviteiten.

### 3.4 Formulieren intake

Wanneer een nieuwe bewoner een indicatie heeft gekregen van het CIZ dan volgt een intakegesprek met de nieuwe bewoner. Er is namelijk informatie nodig van de bewoner om de juiste zorg te kunnen verlenen. Het *Model Zorgleefplan. Verantwoorde Zorg* is een handreiking voor de intake<sup>7</sup>. Tijdens de intake wordt ingegaan op de volgende onderwerpen, waarvoor ook aparte formulieren beschikbaar zijn:

- Administratieve gegevens.
- Typering cliënt. Wie is de cliënt, wat hoort wel en niet bij hem/haar?
- Woon- en leefomstandigheden. Wat zijn de wensen van de cliënt over de woning?
- Participatie. Hoe ziet de dagbesteding van de cliënt eruit (persoonlijke interesses, hobby's, sociaal leven)?
- Mentaal welbevinden en autonomie. Hoe zelfstandig is de cliënt, hoe is de stemming van de cliënt meestal, hoe moet er met de cliënt omgegaan worden?
- Lichamelijk welbevinden en gezondheid. Hoe is de gezondheid van de cliënt, wat zijn wensen van de cliënt ten aanzien van voedsel en persoonlijke hygiëne?

Bij de intake van nieuwe bewoners zijn in het algemeen de teamleider en een EVV-er betrokken. De registratieactiviteiten die bij de eerste opname komt kijken nemen veel tijd in beslag, maar respondenten geven zonder uitzondering aan dat dit noodzakelijk is om de zorgvraag op de juiste manier vast te kunnen stellen. Wel hebben verschillende respondenten aangegeven, dat bewoners bepaalde algemene informatie op dit moment meerdere malen aan moeten leveren (eerst aan het CIZ voor de indicatiestelling en daarna tijdens het intakegesprek). Hier zou een betere afstemming met het CIZ kunnen leiden tot een vermindering van de registratieactiviteiten<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Het Model Zorgleefplan is overigens niet verplicht, verpleeghuizen en verzorgingshuizen zijn vrij om andere formulieren te gebruiken.

<sup>8</sup> Zie ook paragraaf 3.13 Herindicatie.

### 3.5 Zorgplan & verpleegplan

Na de intake wordt het zorgplan<sup>9</sup> opgesteld en indien relevant ook een verpleegplan. Het zorgplan wordt altijd opgemaakt na de intake om vast te kunnen stellen wat de mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt zijn en wat dit betekent voor de aangeboden zorg. Het zorgplan heeft betrekking op de langdurige lange termijn problemen van cliënten (bijvoorbeeld een hersenbloeding waardoor de cliënt niet meer kan communiceren), het verpleegplan daarentegen heeft betrekking op de actuele korte termijn problemen (bijvoorbeeld een gebroken been). In het zorgplan (en het verpleegplan) worden de problemen, de doelen en de acties opgeschreven voor de komende periode voor de cliënt. Over het algemeen worden het zorgplan en het verpleegplan opgesteld door de EVV-er. Uit de gesprekken bij de instellingen is gebleken dat het zorgplan over het algemeen minimaal eens in de zes maanden geëvalueerd en indien relevant aangepast wordt. Naast het zorgplan wordt ook een weekprogramma opgesteld, waarin staat opgenomen hoe de weekbesteding van een bewoner eruit ziet (therapie, artsen en dergelijke).

Het opstellen van een zorgplan (of een verpleegplan) kost relatief veel tijd, maar dit is voornamelijk gerelateerd aan de inhoudelijke kant van het zorgplan en minder aan de administratieve kant van het zorgplan. Het zorgplan leidt niet tot irritatie, aangezien het essentieel is voor het verlenen van een goede zorg.

### 3.6 Dagrapportage

Dagelijks wordt van alle bewoners bijgehouden of er bijzonderheden zijn geweest. Bijzonderheden worden opgenomen in dagrapportages, die onderdeel zijn van het bewonersdossier. Dagrapportages worden ingevuld door de uitvoerenden van het zorgproces (EVV-ers en verzorgenden). Deze dagrapportages worden bijgehouden vanwege de volgende redenen:

- Dagrapportages vergemakkelijken het overdragen van diensten aan collega's. Professionals starten hun dienst met het bekijken van de bewonersdossiers om snel op de hoogte te zijn van de laatste ontwikkelingen van de bewoner;
- Dagrapportages vormen de basis voor het monitoren van de ontwikkelingen van de bewoners.

De dagrapportages zijn daarmee in feite de spil voor het leveren van goede zorg aan de bewoners.

Bij de negen door ons bekeken instellingen zijn er grote verschillen in de wijze waarop de registratieactiviteiten inzake de dagrapportage zijn ingericht. Bij bepaalde instellingen werken professionals met een soort schrift, waarin zij heel kort opschrijven of er bijzonderheden zijn geweest. Vervolgens wordt een meer uitgebreide toelichting opgeschreven in het bewonersdossier. Bij andere instellingen worden gegevens direct opgenomen in het bewonersdossier.

---

<sup>9</sup> Ook bekend onder het zorgleefplan.

Ook zijn er verschillen in de informatie die in de dagrapportage wordt opgenomen. Bij bepaalde instellingen worden alleen bijzonderheden opgenomen en bij andere instellingen moet ook worden opgenomen als er geen bijzonderheden zijn opgenomen.

“Als er niets staat ingevuld, wat betekent dit dan? Dat men nog geen tijd heeft gehad om iets in te vullen of dat er geen bijzonderheden zijn geweest?”

De dagrapportages zijn door het merendeel van de EVV-ers en verzorgenden genoemd als een registratieverplichting, die veel tijd kost en/of tot irritatie leidt. In veel gevallen is aangegeven, dat het invullen van de dagrapportages veel tijd kost (tijd die de professional niet in alle gevallen heeft). Als gevolg hiervan kan het voorkomen dat de kwaliteit van de dagrapportage onvoldoende is. NB. Nadrukkelijk zegt de kwaliteit van de dagrapportage niets over de kwaliteit van de zorg (een dagrapportage van minder kwaliteit betekent in de praktijk dat de mondelinge overdracht toeneemt). Wanneer de kwaliteit van de dagrapportage onvoldoende is, dan betekent dit wel dat het meer tijd kost om de informatie uit de dagrapportages te gebruiken voor andere doeleinden (overdracht, monitoring). Hieronder staat een aantal voorbeelden genoemd:

De dagdienst had geen tijd gehad om de dagrapportage in te vullen en de overdracht van de dagdienst naar de avonddienst verliep dan ook mondeling. Pas na deze overdracht werd vervolgens de dagrapportage ingevuld. Een voorbeeld van dubbel werk. Als de dagrapportage eerder was ingevuld, dan had de overdracht veel efficiënter kunnen verlopen.

Dagrapportages worden regelmatig kwalitatief onder de maat ingevuld. Als gevolg hiervan kost de overdracht van werkzaamheden extra tijd doordat deze mondeling plaatsvindt.

Goede dagrapportages leiden ertoe, dat het gemakkelijker wordt om nog even na te kijken hoe de lange termijn ontwikkeling van de bewoners eruit ziet. Wanneer de kwaliteit van de dagrapportages onvoldoende is, dan leidt dit tot meer overleg tussen professionals om op die manier een beeld te krijgen van de lange termijn ontwikkelingen. Overigens heeft een EVV-er zelf ook een beeld van de lange termijn ontwikkelingen van de bewoners.

De irritatie die met de dagrapportage gepaard gaat heeft dan ook in het bijzonder betrekking op de kwaliteit van de dagrapportages. Het probleem hier is het volgende.

Alle professionals zien het nut en de noodzaak van het goed invullen van de dagrapportages in. Het invullen van de dagrapportage zelf leidt ook niet tot irritatie. Echter, de tijd is beperkt en professionals moeten een keuze maken tussen het verlenen van zorg en het voldoen aan registratieactiviteiten. Het verlenen van zorg is daarbij de eerste prioriteit. Pas wanneer er geen zorg verleend hoeft te worden (anders gesteld, als er geen vragen van bewoners komen), wordt er tijd besteed aan het invullen van de dagrapportages. En het komt heel regelmatig voor, dat het einde van de dienst van de professional dan al bereikt is. Dagrapportages worden dan nog even snel of in het geheel niet ingevuld. Hierdoor nemen andere werkzaamheden (overdracht, monitoring) meer tijd in beslag, waardoor er aan het einde van de rit nog minder tijd resulteert voor de dagrapportages. In feite ontstaat hierdoor een negatieve spiraal. De negatieve perceptie van de dagrapportage neemt daarnaast nog verder toe, aangezien professionals er door anderen op worden gewezen om de dagrapportages beter in te vullen.



Meerdere respondenten noemden als oplossingen voor dit probleem:

“Wanneer er meer tijd zou worden besteed aan het goed invullen van de dagrapportage, dan leidt dat tot een veel grotere tijdsbesparing in de andere werkzaamheden. Per saldo zou dit dan ook leiden tot een lagere werkdruk.”

“Er zou meer aandacht moeten worden besteed aan het goed rapporteren (bijvoorbeeld door trainingen). Bij goed rapporteren ontstaan er minder knelpunten bij de dagrapportages.”

“Het zou een idee kunnen zijn, dat verzorgenden met PDA's gaan werken. Hierdoor kost het minder tijd om te voldoen aan de registratieactiviteiten.”

De bovengenoemde oplossingen dragen allen op hun eigen manier bij aan de oplossing van het echte probleem: het gebrek aan tijd bij de verzorgenden. Op het moment dat de professional de keuze moet maken tussen het verlenen van zorg en het invullen van de dagrapportage, dan zal altijd de keuze gemaakt worden voor het verlenen van de zorg. Er kan ook aan andere, meer ingrijpende, oplossingen worden gedacht om meer tijd vrij te maken bij de verzorgenden. Voorbeelden van deze oplossingen zijn bijvoorbeeld functiedifferentiatie of het aannemen van extra personeel. Bij functiedifferentiatie kan worden gedacht aan het laten invullen van dagrapportages door helpenden of aan het laten maken van rapportages door een secretariële ondersteuning (niet de dagrapportages, maar wel bijvoorbeeld andere rapportages of verslagen).

### 3.7 Rapportage per doel / discipline

Naast de dagrapportages is er ook nog een aantal specifieke rapportages die met enige regelmaat worden gemaakt. Voorbeelden van deze rapportages zijn observaties, voedingsdagboeken, decubitus preventie onderzoek, het transferprotocol of rapportages ten behoeve van het multidisciplinaire overleg. Bij deze rapportage wordt er naar een specifiek element van het welbevinden van de bewoner gekeken. Bevindingen uit deze rapportage kunnen aanleiding geven voor het aanpassen van het zorgplan of het verpleegplan. Deze rapportages worden met enige regelmaat gemaakt, zodat het goed mogelijk is om de voortgang te monitoren.

Over het algemeen kan gesteld worden, dat de meeste rapportages gemaakt worden door de EVV-ers, maar wij hebben ook van instellingen gehoord dat sommige rapportages worden geschreven door verzorgenden en in bepaalde gevallen zelfs door de verpleeghuisarts (multidisciplinaire overleg).

Het maken van deze rapportages kost wel enige tijd, maar dat hangt in het bijzonder samen met de inhoudelijke werkzaamheden die hierbij komen kijken. De tijdsbesteding van het administreren en rapporteren zelf is overigens relatief beperkt. Deze rapportages worden als zeer nuttig ervaren en leiden dan ook niet tot irritatie op de werkvloer.

### 3.8 Zorgzwaartepakket

Het zorgzwaartepakket staat centraal in het nieuwe bekostigingssysteem, waarbij zorginstellingen worden betaald op basis van de geleverde zorg aan cliënten<sup>10</sup>. Een zorgzwaartepakket bestaat uit een:

- beschrijving van het cliëntprofiel en de basis waarvoor het zorgzwaartepakket geldt;
- globale beschrijving van het soort zorg;
- omvang van de totale zorg in uren;
- setting (bijv. beschermd wonen) en leveringsvoorwaarde (snelheid van zorglevering).

Op 1 januari 2008 is zorgzwaartebekostiging volledig ingevoerd. De indicatie die cliënten vanaf dat moment meekrijgen van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) is in zorgzwaartepakketten uitgedrukt en geeft een globale beschrijving van de zorg waar de cliënt behoefte aan heeft.

Ook huidige bewoners van instellingen moesten beoordeeld worden in termen van het zorgzwaartepakket. Deze éénmalige activiteiten zijn in het voorjaar van 2007 uitgevoerd door EVV-ers. Dit heeft EVV-ers veel tijd gekost, iedere EVV-er is ongeveer een week bezig geweest met deze omzetting. De irritatie van EVV-ers was drieërlei van aard:

- de zorgzwaartepakketten kostten EVV-ers veel tijd. Tijd die EVV-ers eigenlijk niet hadden;
- de termijn waarop het moest worden gedaan was in de ogen van de EVV-ers te kort. Werkzaamheden zijn gemakkelijker in te plannen wanneer de doorlooptijd langer is;
- er waren in een aantal gevallen klachten over de begeleiding. Zorgzwaartepakketten kwamen in bepaalde gevallen weer terug, omdat deze onvoldoende waren ingevuld.

Inmiddels is de indicatie van de huidige bewoners volgens het zorgzwaartepakket afgerond. Een belangrijke les die hier wel uit geleerd kan worden is dat er bij de invoering van nieuwe wet- en regelgeving voldoende oog moet zijn voor de consequenties van die nieuwe wet- en regelgeving op de werkvloer.

In de toekomst krijgen nieuwe bewoners een indicatie uitgedrukt in een zorgzwaartepakket. De werkzaamheden voor zorginstellingen zullen dan zeer beperkt zijn in relatie tot de zorgzwaartepakketten. Alleen in het geval van een herindicatie<sup>11</sup> moet het zorgzwaartepakket worden aangepast. De bedrijfsvoering van zorginstellingen zal wel moeten worden aangepast. Deze aanpassingen betreffen in het bijzonder de registratie en verantwoording van de zorglevering aan cliënt en zorgkantoor.

Het is op dit moment niet duidelijk in hoeverre het zorgzwaartepakket gevolgen zal gaan hebben voor de professionals op de werkvloer. Verschillende respondenten hebben wel aangegeven, dat de invoering van ZZP mogelijk negatieve consequenties zou kunnen hebben voor het werkplezier.

---

<sup>10</sup> Bron: <http://www.minvws.nl/dossiers/zorgzwaartebekostiging>.

<sup>11</sup> Zie ook paragraaf 3.13.

Zij gaven aan:

“Het is natuurlijk nog niet duidelijk wat de ZZP betekent voor de professionals op de werkvloer. Maar het zou goed mogelijk kunnen zijn dat de ruimte voor de professional hierdoor afneemt, doordat de professional scherper moet gaan letten op de tijd die zij besteden aan bewoners (bijvoorbeeld maximaal 10 minuten voor het aankleden van een bewoner). Hoe komt dit er dan uit te zien: moet er dan tijd geschreven gaan worden?”

Het bovenstaande kan gevolgen hebben voor het werkplezier. In hoeverre de invoering van ZZP negatieve gevolgen zal hebben is overigens aan het management van de zorginstelling. Zorginstellingen bepalen zelf in hoeverre zij willen gaan sturen op de budgetten van ZZP. Van belang hierbij is wel, dat er bij de afweging aandacht is voor de professional op de werkvloer (en het werkplezier).

### 3.9 MIC/MIP

Het MIC formulier staat voor Melding Incidenten Cliënten en dit formulier wordt ingevuld wanneer er een incident of een bijna incident heeft voorgedaan waar een bewoner bij betrokken is geweest. Hierbij moet onder meer gedacht worden aan incidenten zoals vallen, agressief gedrag (naar andere bewoners toe), vermissing van de cliënt, verbranden, stoten of innamen gevaarlijke stoffen om een aantal te noemen.

Het MIP formulier staat voor Melding Incidenten Personeel<sup>12</sup> en dit formulier wordt ingevuld wanneer er een arbeidsincident of bijna arbeidsincident heeft plaatsgevonden.

Zowel het MIC als het MIP formulier zijn standaardformulieren, die relatief snel en eenvoudig zijn in te vullen. Deze formulieren moet ingevuld door de persoon die het incident heeft geconstateerd.

Er zijn wel drie relatief kleine irritaties ten aanzien van deze rapportageverplichting.

1. De informatie die op het MIC formulier moet worden ingevuld moet daarnaast ook nog in de dagrapportage worden opgenomen (en dit is dubbel werk).
2. Een tweede irritatie is erin gelegen dat er nauwelijks terugkoppeling komt op de ingevulde formulieren. Respondenten zien wel in dat het nuttig is om deze informatie te verzamelen, maar toch is het niet duidelijk wat er met de ingevulde informatie gebeurt. Het laatste probleem is overigens relatief eenvoudig op te lossen door meer feedback te geven over de ingevulde formulieren. Een kwaliteitsmanager zou hier dan zorg voor moeten dragen.
3. Enkele respondenten gaven aan dat er bij agressie van een bewoner naar een werknemer toe twee formulieren moeten worden ingevuld (MIC formulier en een MIP formulier). Dit leidt tot dubbel werk.

---

<sup>12</sup> Dit formulier staat ook bekend onder andere namen als Meldingsformulier Arbeidsincidenten of Meldingsformulier Incidenten Medewerkers.

### 3.10 Verslagen

Wanneer er besprekingen worden gehouden, dan moet daar een verslag voor worden gemaakt. Dit verslag moet worden opgenomen in het bewonersdossier en deze moet uiteraard worden verspreid naar de deelnemers van de bespreking. Het gaat hier dan bijvoorbeeld om besprekingen met artsen, besprekingen met de bewoners en/of de familie en om interne besprekingen (teamoverleg).

Het maken van deze verslagen wordt over het algemeen door EVV-ers gedaan en dit kost relatief veel tijd. Overigens zien respondenten het nut van het maken van deze verslagen wel in, aangezien hierin onder meer de afspraken staan opgenomen die tijdens de bespreking zijn gemaakt.

### 3.11 Interne registraties

Tijdens de gesprekken met de professionals zijn daarnaast ook nog een groot aantal registratieverplichtingen genoemd, die onder de noemer interne registratieverplichtingen kunnen worden geplaatst. Aangezien het hier om interne registratieverplichtingen gaat, die verschillen per instelling, waren er geen specifieke registratieverplichtingen die meerdere keren terug zijn gekomen. Wel was te zien, dat er een groot aantal interne formulieren zijn, voor bijvoorbeeld het regelen van de volgende zaken:

Bewonerslijsten voor de receptie. Bij de receptie moet informatie aanwezig zijn, over waar de bewoners zijn. Het gaat hier dan om structurele zaken als een kamerindeling, maar er moet ook bekend zijn wanneer bewoners een middag buitenshuis zijn.

Bestellijsten voor het magazijn. Wanneer bewoners specifieke wensen hebben voor bepaalde dagelijkse behoeften, dan moeten de bewoners (of de EVV-ers en verzorgenden) hiervoor lijsten invullen voor de keuken of voor het magazijn. Daarnaast hebben wij gehoord dat voor bijvoorbeeld het vervangen van een lamp een apart formulier moet worden ingevuld.

Personeelslijsten voor de receptie. Bij de receptie moet informatie aanwezig zijn, van de professionals die op dat moment aan het werk zijn, zodat deze bereikt kunnen worden. Daarnaast moet informatie aanwezig zijn over hoe deze professionals te bereiken zijn (bijvoorbeeld via een pieper).

Aangezien de door de professionals genoemde registraties en formulieren in grote mate verschillen, is het lastig om tot algemene oplossingen te komen voor de vermindering van deze registratieverplichtingen. Dit is wel een aandachtspunt, maar een aandachtspunt dat door de individuele zorginstellingen zou moeten worden opgepakt.

### 3.12 Registraties ondersteunende processen

Naast de hiervoor genoemde registratieverplichtingen is er ook nog een groot aantal registratieverplichtingen dat samenhangt met processen, die het primaire proces ondersteunen.

Teamleiders voeren nauwelijks zorgtaken uit en zijn verantwoordelijk voor de zogenaamde secundaire processen (personele processen, logistieke processen en financiële processen), die van belang zijn om het primaire proces te ondersteunen. Meer in het bijzonder gaat het dan om de volgende ondersteunende processen<sup>13</sup>:

- Personele processen: roosteren, ziekmeldingen;
- Logistieke processen: schoonmaak, medicijnbestelling, voedingsprocessen, onderhoudsprocessen en medicijnbeheer en verstrekking;
- Financiële processen: facturering, voorcalculatie, afdelingsbudgetten en loonadministratie.

Niet alle registratieverplichtingen die hierbij komen kijken worden ook door de teamleider ingevuld, bijvoorbeeld verzorgenden en EVV-ers zijn ook betrokken bij het invullen van formulieren voor logistieke processen. De loonadministratie wordt gedaan door de administratie of een financiële afdeling. De tijdsbesteding voor zorginstellingen die hiermee gepaard ligt relatief hoog in vergelijking met andere organisaties, hetgeen voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door het relatief hoge aandeel van parttimers in het personeelsbestand.

Oplossingen om deze werkzaamheden te verminderen konden overigens niet worden aangedragen door teamleiders. Opvallend om te zien is wel, dat veel formulieren op de computer kunnen worden ingevuld. Overigens was het gehele proces nog niet volledig digitaal of papierloos.

### 3.13 Herindicatie

Een nieuwe bewoner die voor zorgvraag in een zorginstelling in aanmerking wil komen moet daarvoor een indicatie aanvragen bij het Centrum Indicatie Zorg (CIZ). Met de invoering van het zorgzwaartepakket wordt een indicatie uitgedrukt in een ZZP. De zorginstelling heeft niet te maken met de eerste indicatie<sup>14</sup>. Echter, een indicatie heeft altijd een bepaalde termijn en aan het einde van de termijn moet een herindicatie worden aangevraagd. Ook kan het voorkomen, dat de zorgbehoefte in de loop van de tijd verandert en dit kan aanleiding zijn voor een herindicatie. De herindicatie wordt soms door de teamleider en soms door de EVV-er geregeld. Het belang van de (vervolg)indicatiestelling is voor zowel de zorgvrager als de zorgaanbieder groot aangezien een geldige indicatie een voorwaarde is voor bekostiging van de zorg in een instelling.

Het is van belang om goed bij te houden wat de indicaties zijn, want als een indicatie is verlopen dan ontvangt de zorginstelling geen bekostiging voor de zorg. Verzorgenden zijn zich hier niet altijd van bewust, zij zien dat een bewoner bepaalde zorg nodig heeft en denken niet aan de financiële kant van de zorg. Ook het bestaan van meerdere indicaties naast elkaar voor verschillende soorten hulp draagt niet bij aan de eenvoud van het systeem.

<sup>13</sup> Zie bijvoorbeeld ook het ECD procesmodel, te vinden op <http://www.advisaris.nl/ecdprocesmodel.htm>.

<sup>14</sup> Tenzij de zorginstelling en de cliënt van mening zijn, dat de indicatie van de zorg niet juist is. Dan volgt een vergelijkbaar traject als bij de herindicatie.

Een herindicatie kost relatief veel tijd en leidt ook tot irritatie. Er zijn twee redenen waarom de herindicatie tot irritatie leidt:

- Algemene informatie die al bekend is bij het CIZ moet bij de herindicatie weer opnieuw aangeleverd worden;
- De communicatie met het CIZ verloopt niet altijd even goed. Dat heeft tot gevolg dat een herindicatie wordt teruggestuurd naar de zorginstelling of dat er nog aanvullende vragen moeten worden beantwoord door EVV-ers of teamleiders.

Een mogelijke oplossing voor het bovengenoemde is om de herindicatie eenvoudiger te maken (in het bijzonder wanneer de indicatie niet verandert is en wanneer alleen de termijn van de indicatie is afgelopen<sup>15</sup>).

### 3.14 Kwaliteitswet zorginstellingen

In de Kwaliteitswet zorginstellingen staat in artikel 2 de volgende inhoudelijke verplichting opgenomen:

“De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.”

En in artikel 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen staan de relevante informatieverplichtingen weergegeven:

1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:
  - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;

De Inspectie van de Gezondheidszorg toetst in hoeverre er aan de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt voldaan. Een belangrijk document in dit kader is ook het *Toetsingskader voor Verantwoorde Zorg*, waarin de betrokken organisaties de normen hebben vastgesteld waaraan verantwoorde zorg voor zorginstellingen moet voldoen.

---

<sup>15</sup> Zie ook bijvoorbeeld de brief van staatssecretaris Bussemaker van 29 mei 2007 over de *vereenvoudiging van de indicatiestelling*.

De belangrijkste criteria waar de Inspectie voor de Gezondheidszorg de laatste jaren op heeft getoetst waren:

- Worden registraties uitgevoerd op basis waarvan een systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg mogelijk is?
- Voldoen de instellingen aan voorwaarden voor cliëntgerichte zorg?
- Verlenen zij systematisch en verantwoord zorg op basis van de individuele zorgvraag van hun patiënten/cliënten?
- Voldoen zij aan de voorwaarden voor professioneel en deskundig handelen in de zorgverlening?
- Zijn in de organisatie de randvoorwaarden aanwezig voor verantwoorde zorg?

De manier waarop zorginstellingen omgaan met de bovenstaande eisen verschilt heel sterk. Veel informatie wordt al verzameld en daarnaast hebben zorginstellingen zelf formulieren ontwikkeld om de voortgang van de ontwikkelingen op bepaalde thema's te monitoren. Deze formulieren worden ingevuld door EVV-ers en verzorgenden. In de meeste gevallen gaan deze formulieren langs de teamleider voor een beoordeling.

Het invullen van deze formulieren kost relatief weinig tijd, maar het is de professionals die de formulieren invullen vaak niet duidelijk hoe er wordt omgegaan met de informatie. Feedback over de informatie ontbreekt en daardoor vragen professionals zich wel eens af waarom ze de formulieren nu eigenlijk invullen. Een betere terugkoppeling van de informatie zou hier tot een vermindering van de irritatie kunnen leiden.

### 3.15 HKZ-certificering

Het HKZ keurmerk<sup>16</sup> (van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) is een certificaat, dat zorginstellingen kunnen ontvangen wanneer het kwaliteitsmanagementsysteem van de zorginstelling op orde is<sup>17</sup>. De Stichting HKZ is door brancheorganisaties van patiënten/consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars opgericht.

De Inspectie van de Gezondheidszorg stelt de eis, dat zorginstellingen een kwaliteitszorgsysteem dienen te hebben. De regelgeving geeft zorginstellingen wel de ruimte om dit kwaliteitszorgsysteem op haar eigen wijze in te vullen en het HKZ keurmerk is dan ook niet verplicht. De Inspectie voor de Gezondheidszorg kijkt tegenwoordig overigens wel of een zorginstelling een keurmerk heeft.

Respondenten hebben aangegeven, dat het veel tijd kost om te voldoen aan de eisen van het HKZ keurmerk. Een zorginstelling moet voor het behalen van het HKZ keurmerk alle processen beschrijven en deze omzetten in protocollen en procedures. De eisen van het HKZ keurmerk gaan dan ook verder dan de eisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg stelt. De werkzaamheden om te voldoen aan het HKZ keurmerk worden vooral op het niveau van de kwaliteitszorgmedewerker, de teamleider en EVV-ers uitgevoerd.

---

<sup>16</sup> Een ander keurmerk in de zorg zijn de zogenaamde Gouden, Zilveren en Bronzen Keurmerk van de Stichting Perspekt.

<sup>17</sup> Bron: <http://www.hkz.nl>.

Een oplossing is hier niet direct voor te vinden. Echter, aangezien het opstellen van protocollen en procedures een éénmalige activiteit is ligt het in de lijn der verwachting dat de tijdsbesteding van professionals op de werkvloer hier in de toekomst aanzienlijk lager zal zijn. Het onderhouden en indien relevant aanpassen van protocollen en procedures kost veel minder tijd dan het opstellen van deze protocollen. Het verantwoordelijk gewerkt is conform de protocollen en procedures kost de professionals uiteraard wel tijd, maar de registratieverplichtingen die hierbij komen kijken hangen nauw samen met de eerder in dit hoofdstuk beschreven registratieverplichtingen.

### 3.16 Resumerend

In de voorgaande paragrafen zijn de verschillende registratieverplichtingen besproken. In deze paragraaf presenteren wij een samenvattend overzicht van de belangrijkste resultaten.

#### *Registratieverplichtingen naar professional*

In de onderstaande tabel is weergegeven welke persoon in de organisatie – globaal gezien – de registratieactiviteiten uitvoert. Hierbij moet worden opgemerkt, dat er grote verschillen zijn tussen de verschillende zorginstellingen, aangezien elke zorginstelling op een andere manier georganiseerd is.

Tabel 3.1 Registratieverplichtingen naar professional

|                                       | Teamleider | EVV-er | Verzorgende | Verpleeghuis-arts |
|---------------------------------------|------------|--------|-------------|-------------------|
| Bewonersdossier                       |            |        |             |                   |
| - Formulieren intake                  |            |        |             |                   |
| - Zorgplan & verpleegplan             |            |        |             |                   |
| - Dagrapportage                       |            |        |             |                   |
| - Rapportage per doel / discipline    |            |        |             |                   |
| Zorgzwaartepakket                     |            |        |             |                   |
| MIC/MIP                               |            |        |             |                   |
| Verslagen                             |            |        |             |                   |
| Interne registraties                  |            |        |             |                   |
| Registraties ondersteunende processen |            |        |             |                   |
| Herindicatie                          |            |        |             |                   |
| Kwaliteitswet zorginstellingen        |            |        |             |                   |
| HKZ-certificering                     |            |        |             |                   |

Te zien is dat de EVV-er met nagenoeg alle registratieactiviteiten te maken heeft, de EVV-er is dan ook de spil in het team van de zorgverleners. De teamleider is in het bijzonder betrokken bij registratieverplichtingen, die los staan van het primaire proces. NB. Uit de bovenstaande tabel kan overigens nadrukkelijk niet worden afgeleid dat de druk van de registratieverplichtingen voor de EVV-er het hoogste is.



### *Registratieverplichtingen naar veroorzaker*

Daarnaast hebben wij gekeken wie de *veroorzaker* is van de verschillende registratieverplichtingen. Komt de registratieverplichting van het ministerie van VWS, van de Inspectie van de Gezondheidszorg, van de eigen zorginstelling of van een andere organisatie? Hieruit is echter gebleken, dat het niet mogelijk was om scherp af te bakenen wie nu de veroorzaker is van de registratieverplichting. De belangrijkste reden hiervoor is in het onderstaande tekstblok<sup>18</sup> weergegeven

Regeldruk wordt niet veroorzaakt door ministeries alleen, maar door verschillende actoren. Om hier meer inzicht in te krijgen is het van belang om te kijken naar het ontstaan van een regeling en daarbij ook hoe de regeling in de praktijk uitwerkt. Bij het ontstaan van de regeling gaat het in veel gevallen al mis. Een efficiënt uit te voeren regeling (met beperkte gevolgen voor de regeldruk) wordt door een ministerie naar de Tweede Kamer gestuurd. Echter doordat de Tweede Kamer amendementen op regelingen verwacht (en deze amendementen niet altijd toetst op efficiëntie en regeldruk) worden regelingen ingevoerd die minder efficiënt uit te voeren zijn.

In het vervolg (de uitwerking van de regeling in de praktijk) kan er ook veel mis gaan. Nadat een ministerie een regeling heeft ingesteld, is een uitvoeringsinstantie (of vergelijkbare partij) verantwoordelijk voor de uitvoering van de regeling. Door interpretatieverschillen tussen wetgever en uitvoeringsorganisatie<sup>19</sup>, additionele beleidsregels van de uitvoeringsorganisatie en dergelijke leidt dat tot een toename van de regeldruk. Dit wordt mede veroorzaakt doordat instanties zich willen indekken voor de verantwoording die zij moeten geven aan het ministerie en de politiek. Een extra instantie in de keten betekent extra regeldruk<sup>20</sup>. Vervolgens is er de inspecteur, die de wet- en regelgeving en de beleidsregels weer op zijn/haar eigen manier beoordeelt. De manager van een instelling ziet deze regelbrij op zich af komen, komt tot de constatering dat bepaalde aan de regelgeving gerelateerde managementinformatie ook interessant is en besluit deze ook mee te nemen. Dit alles komt af op de professionals op de werkvloer.

Hierdoor is het heel erg lastig om een veroorzaker aan te wijzen van de regeldruk. Daarnaast wordt er in de zorgsector ook veel regelgeving opgesteld in samenspraak tussen bijvoorbeeld het ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorginstellingen.

### *Registratieverplichtingen naar frequentie en indicatieve tijdsbesteding*

In de onderstaande tabel is een indicatie gemaakt van de frequentie van voorkomen van de verschillende registratieverplichtingen. Daarnaast is een *zeer indicatieve inschatting* gemaakt van de tijdsbesteding.

<sup>18</sup> Bron: ECORYS (2006), *De professional ontlast. Suggesties voor vermindering van de monitor- en registratieverplichtingen*.

<sup>19</sup> Interpretatieverschillen komen op alle niveaus voor. Het volgende *gechargeerde* voorbeeld geeft hiervan een indruk. In Europese regelgeving is opgenomen dat chemische verwerkingsprocessen gecontroleerd moeten worden. In de praktijk betekent dit het volgende. In Nederland staat elke week een controleur op de stoep om alle processen en veiligheidsvoorschriften te controleren. In Frankrijk kijkt een controleur 40 km verder uit het raam, ziet geen rookwolk boven de fabriek en constateert dat het goed is.

<sup>20</sup> Een goed voorbeeld hiervan is de regeldruk die subsidies in de cultuursector veroorzaken. Het Ministerie van OCW verstrekt subsidiegelden aan diverse fondsen. Deze fondsen moet daarover weer verantwoording afleggen aan het Ministerie van OCW. Om echter aan deze verantwoording te kunnen voldoen is te zien dat er additionele eisen worden opgelegd door de fondsen aan de cultuursector. De gevolgen hiervan zijn voor de cultuurinstellingen, die tot in detail gegevens moeten aanleveren voor de aanvraag en de verantwoording van subsidies.

Belangrijk om hierbij in het achterhoofd te houden is het volgende:

- Wij hebben *top of mind* gevraagd naar een inschatting van de tijdsbesteding. Als gevolg hiervan lopen de schattingen van de professionals ver uiteen. Deze tijdsinschattingen zijn niet gevalideerd of getoetst. Daarnaast moet ook rekening met het volgende worden gehouden: respondenten schatten de tijdsbesteding voor minder prettige werkzaamheden hoger in dan de tijdsbesteding voor prettige werkzaamheden (“een vakantie vliegt altijd voorbij”). Hier is niet voor gecorrigeerd;
- Er zijn grote verschillen in de wijze waarop zorginstellingen zijn georganiseerd (denk alleen maar aan elektronische registratieverplichtingen versus papieren registratieverplichtingen). Dit heeft uiteraard grote gevolgen voor de tijdsbesteding;
- Binnen een groep van registratieverplichtingen zijn er ook grote verschillen in de tijdsbesteding. Het ene zorgplan is het andere zorgplan niet.

Figuur 3.2 Frequentie en indicatieve tijdsbesteding registratieverplichtingen

|                                       | Frequentie            | Per / bij ...                  | Indicatie tijd per gebeurtenis |
|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Bewonersdossier                       | Dagelijks             | Bewoner                        | +                              |
| - Formulieren intake                  | Eenmalig              | Nieuwe bewoner                 | +++                            |
| - Zorgplan & verpleegplan             | Eenmalig              | Wijziging zorgbehoefte bewoner | ++                             |
| - Dagrapportage                       | Dagelijks             | Bewoner                        | +                              |
| - Rapportage per doel / discipline    | Regelmatig            | Bewoner                        | ++                             |
| Zorgzwaartepakket                     | Eenmalig              | Invoering ZZP                  | ++++                           |
| MIC/MIP                               | Eenmalig              | Incident                       | +                              |
| Verslagen                             | Regelmatig            | Bewoner                        | ++                             |
| Interne registraties                  | Dagelijks / wekelijks | Gebeurtenis                    | ++                             |
| Registraties ondersteunende processen | Dagelijks / wekelijks | Gebeurtenis                    | ++                             |
| Herindicatie                          | Eenmalig              | Wijziging zorgbehoefte bewoner | +++                            |
| Kwaliteitswet zorginstellingen        | Regelmatig            | Gebeurtenis                    | ++                             |
| HKZ-certificering                     | Eenmalig              | Behalen certificaat            | ++++                           |
|                                       | Regelmatig            | Wijziging proces               | ++                             |

\* + staat voor minder dan een kwartier per gebeurtenis, ++ staat voor ongeveer een uur per gebeurtenis, +++ staat voor meer dan een uur per gebeurtenis en ++++ staat voor meer dan een dag per gebeurtenis. Bijvoorbeeld: het invullen van de dagrapportage kost dagelijks per bewoner minder dan 15 minuten.

## 4 Conclusies en aanbevelingen

In deze quick scan is ingegaan op de registratieverplichtingen waar professionals in zorginstellingen mee te maken hebben. Hierbij hebben wij gekeken naar de registratieverplichtingen waar teamleiders, EVV-ers, verzorgenden en verpleeghuisartsen mee te maken hebben gehad. In totaal hebben wij bij negen zorginstellingen gesprekken gevoerd met ruim 40 professionals.

Registratieverplichtingen zijn hierbij gedefinieerd als registratieactiviteiten die de professional moet verrichten, die *volgens de professional* veel tijd kosten en/of tot irritatie leiden. Onder registratieactiviteiten vallen onder meer het invullen van formulieren/rapporten en dergelijke evenals het invoeren van gegevens op een computer.

Startpunt van de analyse is het primaire zorgproces. Vervolgens hebben wij gekeken naar de registratieverplichtingen die nauw samenhangen met het primaire zorgproces. Om juist die registratieverplichtingen te selecteren, waar behoefte bestaat aan oplossingen is de focus gelegd op registratieverplichtingen die óf veel tijd kosten óf tot veel irritatie leiden. De quick scan presenteert dan ook geen volledig beeld van de registratieactiviteiten, maar ons inziens is dit ook niet nodig om een stap verder te komen in de discussie om de registratieverplichtingen te verminderen, waar in de ogen van de professional behoefte aan is. Een integrale meting zou dan ook geen ander zicht geven op de registratieverplichtingen waar in de ogen van de professional oplossingen gewenst zijn.

Het doel van deze studie is om een eerste inventarisatie te maken van de registratieverplichtingen, waar – in de perceptie van de professional – oplossingen voor de vermindering van de registratieverplichtingen het meest wenselijk zijn.

In het navolgende worden de resultaten beschreven, waarna wordt ingegaan op de mogelijke oplossingen.

### 4.1 Registratieverplichtingen van de professional

Uit de quick scan komt het algemene beeld naar voren, dat professionals in zorginstellingen te maken hebben met veel verschillende registratieverplichtingen, die per registratieverplichting op zich niet veel tijd kosten. Echter, door het grote aantal registratieverplichtingen nemen de registratieactiviteiten wel veel tijd in beslag. Professionals in de zorg zien wel heel duidelijk het nut en de noodzaak van de registratieverplichtingen.

De meeste tijd gaat zitten in alle registraties die samenhangen met het bewonersdossier (formulieren intake, zorgplan & verpleegplan, dagrapportages en rapportages per doel / disciplines).

Daarnaast zijn er verschillende eenmalige registratieverplichtingen die veel tijd hebben gekost en tot irritatie hebben geleid, zoals de invoering van het zorgzwaartepakket en de HKZ-certificering.

EVV-ers besteden relatief de meeste tijd aan registratieverplichtingen.

## 4.2 Is er een probleem?

Wanneer naar de resultaten van de quick scan wordt gekeken, dan kunnen hieruit de volgende conclusies worden getrokken. Op grond daarvan kan een oordeel worden gegeven in hoeverre er sprake is van een probleem.

### *De belangrijkste registratieverplichtingen dragen bij aan het primaire proces*

De registratieverplichtingen die het meeste tijd kosten dragen direct bij aan het primaire proces van het verlenen van de zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de registratieverplichtingen die samenhangen met het bewonersdossier. De irritatie over deze registratieverplichtingen is over het algemeen zeer beperkt. De professionals vinden het zeer nuttig (en zelfs noodzakelijk) dat deze informatie wordt bijgehouden.

### *Registratieverplichtingen die niet direct (maar indirect) bijdragen aan het primaire proces kunnen wel leiden tot irritatie*

Voorbeelden van registratieverplichtingen die niet direct (maar indirect) bijdragen aan het primaire zorgproces zijn het zorgzwaartepakket, de herindicatie en de HKZ-certificering. Deze (niet structureel terugkerende) registratieverplichtingen kosten veel tijd en leiden ook tot irritatie, wat mede wordt veroorzaakt doordat zij niet direct bijdragen aan het primaire zorgproces.

### *Dagrapportages leiden tot veel irritatie*

Dagrapportages leiden wel tot irritatie. Op zich vinden verzorgenden het niet irritant en niet meer dan logisch om goede dagrapportages te maken, maar het ontbreekt verzorgenden regelmatig aan tijd om de dagrapportage goed in te vullen. Aangezien het verlenen van zorg eerste prioriteit heeft, worden dagrapportages pas ingevuld wanneer er geen zorg meer verleend hoeft te worden. Kwalitatief minder goede dagrapportages kosten echter weer extra tijd bij bijvoorbeeld de overdracht en het monitoren van bewoners, waardoor de werkdruk nog verder toeneemt.

### *Is er een probleem?*

Het merendeel van de registratieverplichtingen hangt direct samen met het primaire zorgproces. Er moet weliswaar veel worden bijgehouden, maar deze informatie is van belang voor het verlenen van goede zorg aan de bewoners. Professionals zien het nut hiervan dan ook duidelijk in. Overigens zijn er wel mogelijkheden om een tijdsbesparing op de registratieverplichtingen te realiseren.

Daarnaast zijn er registratieverplichtingen die weliswaar niet direct samenhangen met het primaire zorgproces, maar deze zijn indirect niet minder belangrijk voor het verlenen van een goede zorg. Het gaat hier dan om registratieverplichtingen ten behoeve van financiële informatie en informatie over de kwaliteit van de zorg.

Het belangrijkste knelpunt is erin gelegen, dat verzorgenden onvoldoende tijd hebben om dagrapportages goed in te vullen. Aangezien dagrapportages een spil zijn in het verlenen van goede zorg is dit wel een belangrijk aandachtspunt. Dit leidt overigens niet tot problemen op het gebied van het leveren van goede zorg, maar dit leidt wel tot een vermindering van het plezier op het werk.

### 4.3 En wat is de oplossing?

Naast concrete oplossingen (zie hiervoor hoofdstuk 3) kunnen de volgende algemene oplossingen worden gegeven voor de vermindering van de tijdsbesteding en de irritatie als gevolg van registratieverplichtingen.

#### *Meer inzet van ICT*

Op dit moment bestaan nog veel papieren stromen binnen zorginstellingen en hierdoor wordt er veel met papier geschoven in deze organisaties. Inzet van ICT (te starten met elektronische bewonersdossiers) kan hier leiden tot tijdsbesparingen voor de professionals op de werkvloer. Een volgende stap zou de invoering van een volledig *Enterprise Resource Planning* (ERP) systeem kunnen zijn, waarbij alle bestaande primaire en secundaire processen aan elkaar gekoppeld worden. Op deze manier wordt dubbel werk voorkomen en belangrijker neemt de kwaliteit van de zorg toe en naar verwachting ook het werkplezier van professionals.

Overigens worden op dit vlak al de nodige initiatieven ondernomen, zoals het ECD (Elektronisch Cliënten Dossier).

#### *Maak tijd vrij voor verzorgenden*

Het grootste knelpunt ten aanzien van registratieverplichtingen bij zorginstellingen is dat het regelmatig voorkomt dat verzorgenden onvoldoende tijd hebben om dagrapportages in te vullen. Door een tijdsgebrek moeten verzorgenden kiezen voor het verlenen van zorg of het invullen van rapportages; er wordt dan gekozen voor het verlenen van zorg. Deze keuze is terecht, er moet alleen wel zo veel mogelijk worden voorkomen dat verzorgenden deze keuze moeten maken, met andere woorden: er moet voor worden gezorgd dat verzorgenden voldoende tijd hebben om dagrapportages in te vullen.

Hiervoor zijn verschillende oplossingen aan te dragen. Allereerst kan worden gedacht aan het verminderen van de tijdsbesteding die verzorgenden kwijt zijn aan het maken van één dagrapportage. Instrumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld het anders organiseren van het invullen van de dagrapportages of de inzet van ICT (PDA's) en dergelijke, maar hier valt slechts een beperkt voordeel te realiseren aangezien de tijdsbesteding van een dagrapportage per bewoner relatief beperkt is.

Er kan ook gedacht worden aan meer ingrijpende oplossingen. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld het aannemen van extra personeel (waardoor iedere verzorgende meer tijd heeft) of aan functiedifferentiatie (waarbij dagrapportages ook door helpenden of andere rapportages door secretaresses worden ingevuld).

## 4.4 Aanbevelingen

Naar aanleiding van dit onderzoek willen wij nog de volgende aanbevelingen doen, die relevant kunnen zijn in de verdere discussie voor het terugdringen van de tijd en irritatie van registratieactiviteiten.

### *Treedt in overleg met de professional om verder te werken aan oplossingen*

Het resultaat van deze quick scan is dat er een eerste beeld is gegeven van de registratieactiviteiten die veel tijd kosten en/of tot veel irritatie leiden. Het is nu zaak om met de belangrijkste knelpunten die uit deze quick scan naar voren zijn gekomen aan de slag te gaan. Wij raden een volledige nulmeting van de administratieve lasten dan ook bijvoorbeeld af, hieruit zou een vergelijkbaar beeld komen ten aanzien van de registratieverplichtingen waar *in de ogen van professionals* behoefte is aan oplossingen.

De diepgang van deze quick scan is niet van dien aard, dat het al mogelijk is gebleken om direct te implementeren oplossingen aan te dragen. In deze quick scan is geïdentificeerd wat de belangrijkste knelpunten in de ogen van de professionals zijn. Daarnaast is een eerste aanzet gegeven van de richting waarin mogelijke oplossingen gevonden kunnen worden. Deze moeten nu samen met de professional verder uitgewerkt worden.

### *Houdt bij invoering van nieuwe regelgeving rekening met de consequenties voor professionals op de werkvloer*

Bij de invoering van nieuwe regelgeving wordt vaak onvoldoende rekening gehouden met de consequenties voor het veld. Nieuwe regelgeving (wat overigens niet per definitie van de overheid af hoeft te komen, het kan ook om interne regelgeving gaan) leidt vaak tot irritatie. Dit komt ook uit de quick scan naar voren (bijvoorbeeld het zorgzwaartepakket, de kwaliteitswet zorginstellingen of HKZ-certificering).

De invoering van de zorgzwaartebekostiging zou er bijvoorbeeld toe kunnen leiden dat er nieuwe registratieverplichtingen worden ingevoerd voor verzorgenden in zorginstellingen (denk bijvoorbeeld aan tijdschrijven). De keuze hiervan ligt overigens bij zorginstellingen. Invoering van nieuwe registratieverplichtingen (als tijdschrijven) waarmee de ruimte voor de professional wordt ingeperkt kan mogelijk wel een toekomstige bron van irritatie worden.

### *Wissel ervaringen tussen zorginstellingen uit*

Wij hebben geconstateerd, dat er grote verschillen zijn tussen de negen door ons bekeken zorginstellingen. Verschillen hebben allereerst betrekking op de wijze waarop de instellingen georganiseerd zijn, maar er zijn ook grote verschillen in de wijze waarop de zorginstellingen omgaan met registratieverplichtingen. Zorginstellingen hebben namelijk veel vrijheid en ruimte in de wijze waarop zij hun registratieverplichtingen kunnen inrichten. Zorginstellingen zouden met elkaar in overleg kunnen treden om ervaringen

over registratieverplichtingen met elkaar uit te wisselen. Onderwerpen van gesprek zouden dan kunnen zijn: wat wordt geregistreerd en hoe wordt dit geregistreerd. Door ervaringen uit te wisselen op het terrein van de registratieverplichtingen kan er al veel gewonnen worden. Het wiel hoeft dan niet elke keer te worden uitgevonden.





# Bijlage 1: Interviewpartners

## Projectbegeleiding

|                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| Mw. A. Jonkers      | Ministerie van VWS |
| Dhr. A. Kersten     | Ministerie van VWS |
| Dhr. J. Baneke      | Ministerie van VWS |
| Dhr. P. Kruithof    | Ministerie van VWS |
| Dhr. R. van Putten  | Ministerie van VWS |
| Dhr. H. Kouwenhoven | ACTIZ              |
| Mw. B. Albers       | Sting              |

## Instellingen

|                                      |            |
|--------------------------------------|------------|
| Verpleeghuis Talma Hus               | Veenwouden |
| Verzorgingshuis De Koperhorst        | Amersfoort |
| Verzorgingshuis Humanitas            | Deventer   |
| Isala Ouderenzorg                    | Zwolle     |
| PW Jansen Verpleeghuis               | Deventer   |
| Woon- en zorgcentrum Laurens Liduina | Rotterdam  |
| Lisudinahof van Laak en Eemhoven     | Leusden    |
| Verpleeghuis Bloemendaal             | Gouda      |
| Verpleeghuis D'n Horstgraaf          | Venlo      |