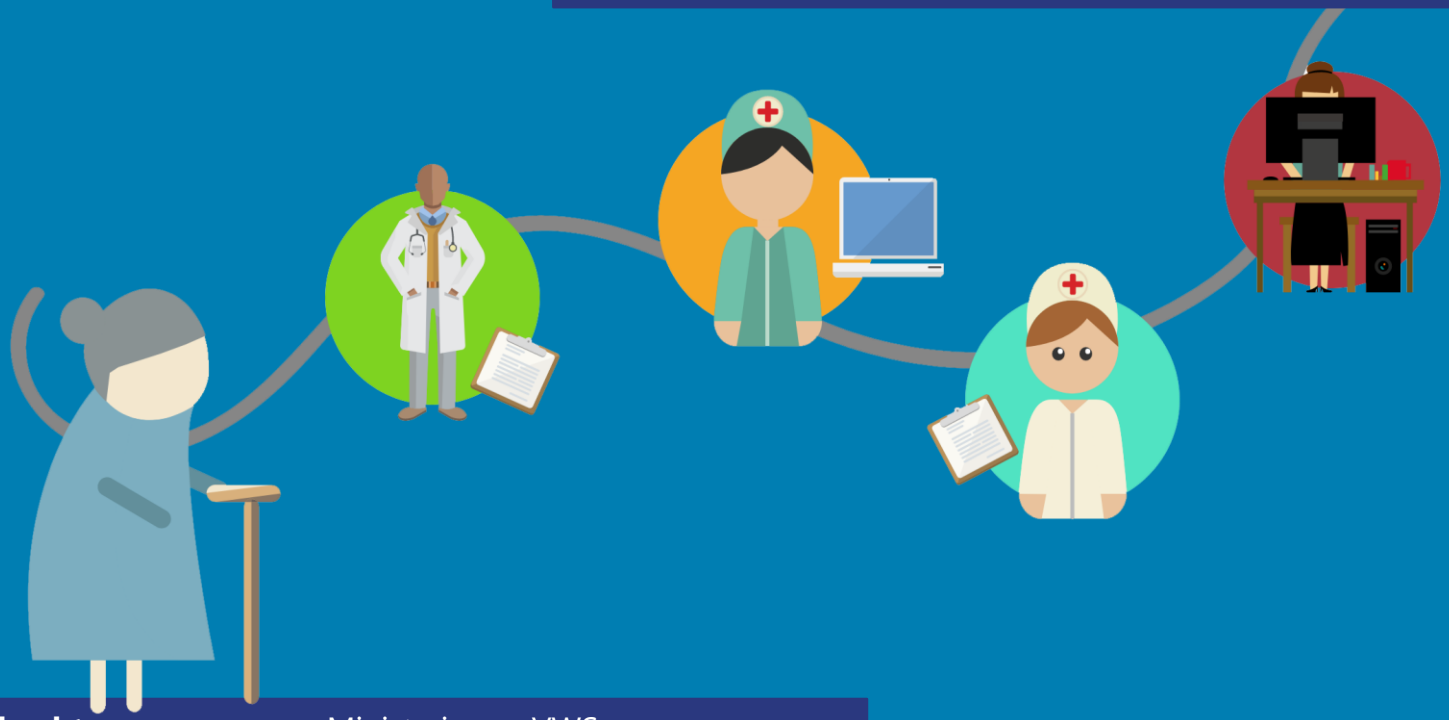
Registratielast in kaart

aan de hand van patiëntreizen in de medisch specialistische zorg



Opdrachtgever: Ministerie van VWS
Auteurs: Astrid Buysse, Maaike Nijbroek, Maaike Vermunt en Ruben van Zelm

Datum: 10 december 2019

Q-Consult zorg

Samenvatting

Zorgprofessionals zijn maar liefst 40% van hun tijd kwijt aan administratie. Taken die ten koste gaan van tijd voor de patiënt. Het ministerie van VWS heeft tot doel om de registraties waar zorgprofessionals last van hebben **merkbaar te verminderen**. Eén van de acties uit het actieplan is het in kaart brengen van de registraties aan de hand van de reis van de patiënt.

De patiëntreis maakt zichtbaar dat dezelfde gegevens twee en soms wel **drie keer** geregistreerd worden (zoals bijvoorbeeld de lengte van de patiënt) omdat zorgprofessionals simpelweg niet op de hoogte zijn wat collega's buiten de eigen afdeling registreren. Ook laat de patiëntreis zien waar de grootste registratielast zit, zoals bijvoorbeeld bij de **transferverpleegkundige** die afhankelijk is van informatie van anderen en te maken heeft met verschillende systemen in de overdracht naar andere organisaties.

Behalve lasten ervaren professionals ook tal van **lusten** die de registraties opleveren. Tegelijkertijd is een aantal van de genoemde lusten ('mijzelf indekken') ook debet aan het in stand houden van het probleem.

Om de regeldruk écht aan te pakken, is het belangrijk te weten wat de lokale oorzaak is. Met het aanpakken van de grootste oorzaken lost de organisatie meerdere lasten tegelijk op. De grootste oorzaak in de drie onderzochte ziekenhuizen is te vinden in de wijze waarop het **ICT-systeem** is ingericht en informatie uitwisselt, zowel met andere systemen als naar de verschillende gebruikers (34%), gevolgd door **over-implementatie** van de regels, waar regels zwaarder worden ingevoerd dan ze bedoeld zijn (28%) en de vele **nieuwe regels** die continu bedacht worden (17%). Dat zorgprofessionals vooral handelen en registreren ten behoeve van eigen belang maakt dat registraties voor anderen niet inzichtelijk zijn en/of niet bruikbaar zijn; met dubbele registratie tot gevolg (in dit rapport aangekaart als het **ketenprobleem** (13%)).

Naast de keuze voor de leverancier van het elektronisch patiëntendossier (EPD) is ook de aanwezigheid van een 'projectleider ontregel de zorg' van invloed. In het ziekenhuis waar een **projectleider** is en het thema 'ontregelen' hoog op de agenda staat zijn professionals kritischer over de registraties die zij doen en zijn ze beter in staat de concrete last te benoemen.

Van alle registratielasten in deze patiëntreizen heeft 30% een formele oorsprong (ter verantwoording aan een landelijke partij) en is **70% informeel**. Met andere woorden: het grootste gedeelte van de registraties wordt door organisaties zelf bedacht én in stand gehouden! Het ontregelen van de zorg schreeuwt dus om een lokale aanpak.

De oproep aan de ziekenhuizen is dan ook: ga gericht aan de slag met ontregelen in de organisatie! **Investeer** in een kritische houding bij zorgprofessionals ten aanzien van de registraties die zij doen. Zorg voor overzicht in (dubbele) registraties binnen het patiëntproces. Last van formele registraties? Heb lef en ga het gesprek aan met de landelijke partijen. Last van informele registraties? Onderzoek de oorzaak en zet daarop in om het grotere probleem in één keer goed aan te pakken met een **duurzame oplossing**.

Ook landelijke partijen willen graag een bijdrage leveren en zijn al actief. De werkvloer ervaart hier nog weinig voordeel van. De oproep aan de landelijk partijen is dan ook om het gesprek met de zorgorganisaties aan te gaan over waar zij last van hebben en wat zij nodig hebben. Door hierbij aan te sluiten en de landelijke acties te **concretiseren** worden de krachten gebundeld om de registratielast te bevechten.

Alleen samen kunnen we de strijd tegen de regeldruk aan!

Inhoudsopgave

Hoofdstuk	Pagina
1. Inleiding	4
2. Onderzoeksaanpak	5
3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen	6
1. Registratielusten	7
2. Registratielasten in patiëntreis	8
3. Tegenstrijdige en overbodige registraties en hun oorzaken	10
4. Bron van de registratielast; formeel of informeel?	16
5. Mogelijke oplossingsrichtingen ziekenhuizen & landelijke partijen	17
4. Conclusies	18
5. Aanbevelingen	19

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

In 2018 is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het programma en actieplan (Ont)regel de zorg gelanceerd. Het programma heeft tot doel het zorgbreed merkbaar verminderen van de ervaren regeldruk voor zorgprofessional én patiënt. Het ministerie VWS, en zij niet alleen, wil daarmee bereiken dat mensen die werken in de zorg in Nederland hun tijd ook daadwerkelijk kunnen besteden aan het verlenen van zorg, in plaats van aan het uitvoeren van administratieve handelingen. Hiermee neemt naar alle waarschijnlijkheid ook het werkplezier van de zorgprofessional toe en ervaren patiënten en cliënten dat behandelaren meer tijd voor hen hebben.

Registreren is een onderdeel van het werk van een zorgprofessional. Goed meten en het registreren van die metingen leidt tot betere zorg en goed inzicht in de verleende zorg. Dit is belangrijk om de bestede middelen te kunnen verantwoorden. De balans in registraties is in de zorg echter in de loop van de tijd verstoord geraakt, waardoor de zorgprofessional veel tijd kwijt is aan het uitvoeren van administratieve handelingen. Deze regeldruk komt uit allerlei hoeken, bijvoorbeeld het willen en moeten voldoen aan kwaliteitsnormen en keurmerken, maar ook financiële indicatoren spelen een rol.

Het programma (Ont)regel de zorg is verdeeld in tien deelsectoren van de zorg en omvat concrete acties en maatregelen. Eén van de acties in het sectorplan voor de medisch specialistische zorg (MSZ) is het uitvoeren van een patiëntenreisonderzoek met als doel om de knelpunten concreet in kaart te brengen. Dit onderzoek is uitgevoerd door Q-Consult Zorg in de periode juli 2019 – november 2019. Deze rapportage bevat de aanpak, bevindingen, conclusies en aanbeveling van het onderzoek.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om door middel van een patiëntreis tegenstrijdige of overbodige registraties in kaart te brengen. Op basis daarvan volgen aanbevelingen voor het verbeteren van registraties.

Het doel is verdeeld in drie subdoelen, namelijk:

1. Registratielust en -last van zorgprofessionals rondom de kwetsbare ouderen inzichtelijk maken aan de hand van hun patiëntreis.
2. Inzichtelijk maken wat de bron is van registratielast:
   - Formeel: wet- en regelgeving, wetenschappelijke beroepsverenigingen, inspectie gezondheidszorg en jeugd, zorgverzekeraars.
   - Of informeel: eigen intern opgelegde eisen, registraties of voorschriften.
3. Tegenstrijdige en overbodige registraties in kaart brengen en op basis daarvan aanbevelingen doen.

Begrippen

- **Formele regels** zijn regels die wettelijk verplicht zijn of als verplichting worden opgelegd door landelijke instanties zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, een accreditatie-instantie of de verzekeraar.
- **Informele regels** zijn regels die door een organisatie zelf zijn ontwikkeld in protocollen en beleidsdocumenten. Informele regels vloeien vaak voort uit formele regels en zijn aangepast op de organisatie.
- **Lust**: regels die door zorgprofessionals als nuttig worden ervaren.
- **Last**: regels die door zorgprofessionals als niet nuttig of bewerkelijk worden ervaren.

2. Onderzoeksaanpak

2.1 Methoden

Bij deze inventarisatie zijn verschillende methoden ingezet. Samengevat gaat het om de volgende methoden:

1. Het onderzoek is gestart met een **documentanalyse** waarbij de interne afspraken (protocollen) zijn vergeleken met datgene wat formeel (extern) van de organisaties wordt gevraagd.
2. Vervolgens zijn 10 **diepte-interviews** gehouden met verschillende zorgprofessionals over de registratielast om de focus te bepalen voor de traceraudits.
3. Daarna is aan de hand van de **tracermethodiek** de patiëntreis in kaart gebracht. Tijdens de tracer wordt het pad van de patiënt gevolgd en vinden korte gesprekken op de werkvloer plaats met zorgprofessionals én de patiënt. Door het pad van de patiënt te volgen komt de samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen de keten goed in beeld. Doordat het onderzoek op de werkvloer plaatsvindt, kunnen de onderzoekers naast het uitvragen, de registratielast ook ter plekke observeren (tell me, show me).
4. Tijdens een **werksessie** met de brancheorganisaties en de drie betrokken ziekenhuizen zijn de eerste bevindingen van de traceraudit en de interviews gepresenteerd. Het doel van de werksessie is om diepgang in de problematiek te brengen en plenair oplossingsrichtingen te formuleren.

De patiëntreis
Een patiëntreis is het volgen van een patiënt van verwijzing tot en met ontslag waarbij aandacht is voor zowel het administratieve proces, als voor de klinische en poliklinische stappen. Het volgen van de patiëntreis betreft het volgen van de route van een specifieke patiënt(engroep) in de medisch specialistische zorg en het daarbij in kaart brengen van de administratieve eisen waar die patiënt én de betrokken zorgprofessionals aan moeten voldoen gedurende dat traject.

2.2 Scope van het onderzoek

In dit onderzoek is de patiëntreis van **kwetsbare ouderen** geanalyseerd. Op basis van gesprekken in het veld blijkt dat dit een doelgroep is waarbij veel administratieve regels gelden en de ervaren regeldruk relatief hoog ligt ten opzichte van andere doelgroepen binnen de medisch specialistische zorg. Doordat de samenleving vergrijst en bij kwetsbare ouderen veel voorkomende multi-problematiek optreedt, is te verwachten dat het probleem van ervaren regeldruk in de toekomst toeneemt.

Voor het onderzoek zijn ziekenhuizen geselecteerd aan de hand de grootte van de organisatie, de ligging en de leverancier van het elektronisch patiëntendossier. Hieruit zijn de volgende drie ziekenhuizen geselecteerd:

1. Spaarne Gasthuis (hierna te noemen: stadsziekenhuis EPIC)
2. Maasstad Ziekenhuis (hierna te noemen: stadsziekenhuis HiX)
3. Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (hierna te noemen: streekziekenhuis HiX)

Tracers	Streek HiX	Stad HiX	Stad EPIC
Electief	Patiënt met knie-/heupoperatie	Patiënt met knie-/heupoperatie	Patiënt met mammacarcinoom
Spoed	Patiënt met hartinfarct	Patiënt met nierfalen	Patiënt met pijn op de borst

Interviews	Streek HiX	Stad HiX	Stad EPIC
Klinisch geriater	1	1	1
Verpleegkundige	2	1	2
Secretaresse		1	1
Teamleider		1	

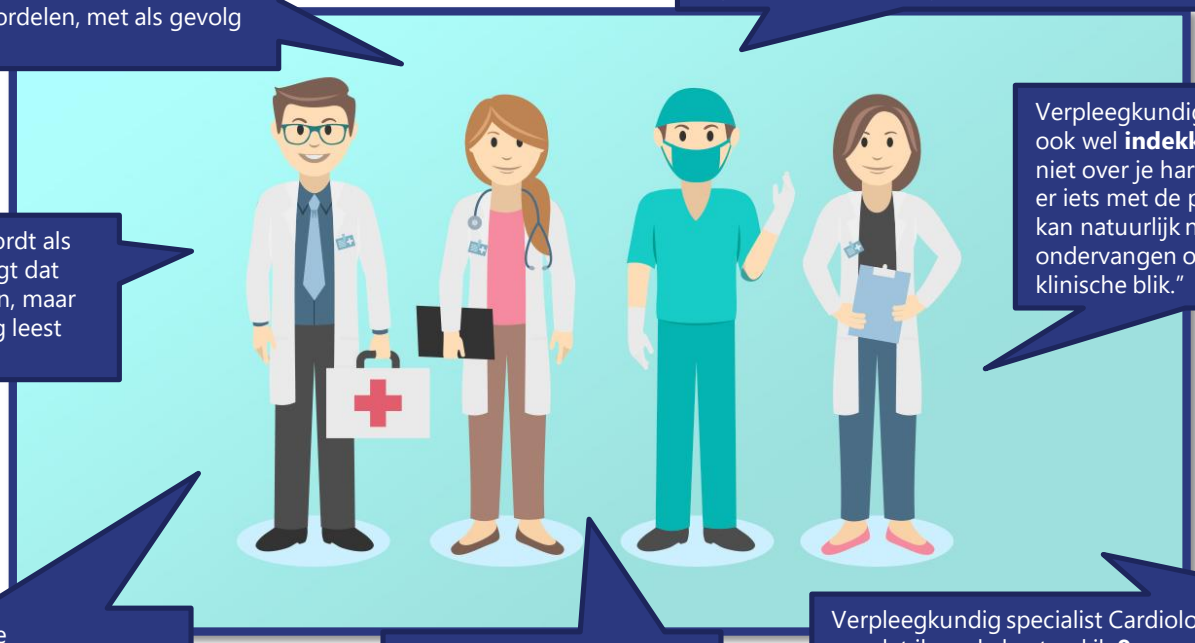
3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

Uit het onderzoek is een totaal van 167 bevindingen gekomen met betrekking tot registratielasten en –lusten in de patiëntreis van de kwetsbare oudere. De bevindingen in dit onderzoek komen voort uit de verschillende onderzoeksbronnen (documentstudie, interviews en traceraudits) en worden geïntegreerd weergegeven in dit rapport. In de donkerblauwe kaders is een selectie aan bevindingen opgenomen ter illustratie om het probleem te schetsen. De bevindingen voortkomend uit de werksessie zijn weergegeven op pagina 17. Op deze pagina staat een aantal quotes weergegeven waarmee inzichtelijk wordt gemaakt dat de registraties zowel als lust maar ook als last worden *ervaren*. Op de volgende pagina's worden eerst de lusten en vervolgens de lasten verder toegelicht aan de hand van concrete voorbeelden en een visuele weergave van de patiëntreis.

Figuur 1. Een aantal quotes ten aanzien van de ervaren registratielast uit de interviews en traceraudits

Geriater: "Registratie is relevant, zeker gezien de doelgroep. Er kunnen **ernstige gevolgen worden voorkomen**. Verpleging met klinische blik kan in praktijk niet alles goed beoordelen, met als gevolg wellicht een delier."

Verpleegkundige: "Doordat we de kwetsbare oudere patiënt **goed screenen** en monitoren zien we de patiënt in zijn totaliteit: sociaal, psychisch en lichamelijk."



Verpleegkundige: "Het is jezelf ook wel **indekken**, omdat je het niet over je hart kan verkrijgen dat er iets met de patiënt gebeurt. Je kan natuurlijk niet alles ondervangen op basis van je klinische blik."

SEH-arts: "Zoveel registreren wordt als heel belastend ervaren. Men zegt dat registreren minder moet worden, maar als je Kwaliteitskader Spoedzorg leest **wordt het alleen maar meer.**

Medisch secretaresse: "Alle administratieve registraties zijn nuttig. Het werk is voor mij wel gehalveerd in vergelijking met tijd voor de computers. Dat is een mooie ontwikkeling."

Anesthesiemedewerker: "Om mijn werk goed te doen, is het **belangrijk** dat ik goed registreer."

Verpleegkundig specialist Cardiologie: "van de 9 uur dat ik werk, besteed ik **8 uur** aan registratie."

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.1 Registratielusten

Ondanks dat er sprake is van registratielast is er door alle zorgprofessionals ook over de lusten van registraties gesproken. Zij geven aan dat registraties hen helpen op verschillende vlakken:

1. **Vroegtijdig de kwetsbaarheid van de patiënt in kaart** brengen en daarop te **anticiperen**. Registraties zijn ondersteunend aan de klinische blik en kunnen helpen een onderbuikgevoel te objectiveren. Verwarde patiënten worden bijvoorbeeld sneller herkend middels de DOSS-score.

2. Het **signaleren van trends** bij de diverse metingen zoals Modified Early Warning Score (MEWS) en de delier-score (DOSS). Eén afzonderlijke meting zegt niet veel en juist door de afzonderlijke metingen te **registreren** is het verloop van het ziektebeeld waar te nemen waarop professionals kunnen anticiperen.

3. Registraties helpen als geheugensteuntje en **bewustwording** rondom belangrijke veiligheidsthema's zoals bijvoorbeeld de VMS-thema's (vallen, delier en pijn).

4. Aan de hand van registraties maken zorgprofessionals **aantoonbaar** wat ze hebben gedaan voor collega's en andere zorginstellingen. Het doel is collega's te **informeren** en te voorkomen dat zaken (zoals een screening) dubbel gedaan worden.

5. Zorgprofessionals **voelen zich veiliger** als ze registreren wat ze hebben gedaan voor het geval er iets met een patiënt gebeurt (verantwoording vooraf in plaats van achteraf).

6. **Geregistreerde** data wordt gebruikt om de **kwaliteit van zorg** te verbeteren en preventieve maatregelen in te zetten. Door het consequent registreren van de decubitus-score bij patiënten wordt bijvoorbeeld het decubitusbeleid aangepast.

Bovenstaande heeft invloed op hoe de registraties *ervaren* worden. Met name als inzichtelijk is voor de professional wat er met de geregistreerde data wordt gedaan of wat het oplevert voor de professional of de patiënt (kwaliteit van zorg), wordt deze als 'lust' ervaren. Tegelijkertijd kan een *ervaren* lust van een registratie ook de oorzaak van het registratieprobleem zijn. Registraties bieden bijvoorbeeld een gevoel van veiligheid terwijl dit ook de reden is dat een onzinnige registratie in stand wordt gehouden. Bijvoorbeeld: het afvinken van patiëntidentificatie is eerder een schijnveiligheid en 'vinken om het vinken' dan dat het daadwerkelijk iets oplevert voor de kwaliteit van zorg.

Landelijke letselregistratie op de SEH
Dit formulier bestaat uit 20 vinkvelden waar bij iedere patiënt de oorzaak van het letsel geregistreerd wordt. De SEH-verpleegkundige geeft aan dat, omdat het doel hiervan helder is bij de medewerkers (preventie), dit formulier als zinvol wordt ervaren. Momenteel wordt wel onderzocht om de patiënt zelf het formulier in te laten vullen of door familie met een tablet.

SONCOS en DICA
De mammachirurg geeft aan dat de data actief gebruikt worden voor interne kwaliteitsverbetering en daarom als zinnig wordt ervaren.

Scorelijsten
De verpleegkundig specialisten op de Cardiologie geven aan dat de diverse scorelijsten hen helpen om de patiënt te monitoren en de juiste interventies te doen. Voorbeelden zijn:
- CHADVASC (indicatie voor antistolling);
- GRACE (risicostratificatie voor hartkatheterisatie);
- HEART-score (hoe groot is de kans op cardiaal event);
- HASBLED score (bloed);
- WELLS score (kans op longembolie);
- NYHA classificatie (indeling hartfalen in 4 klassen)

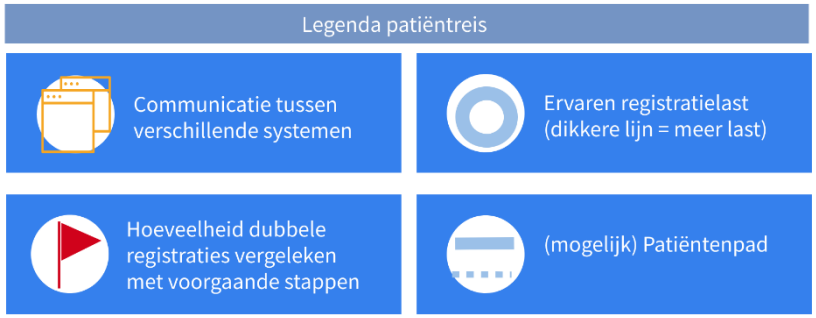
3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

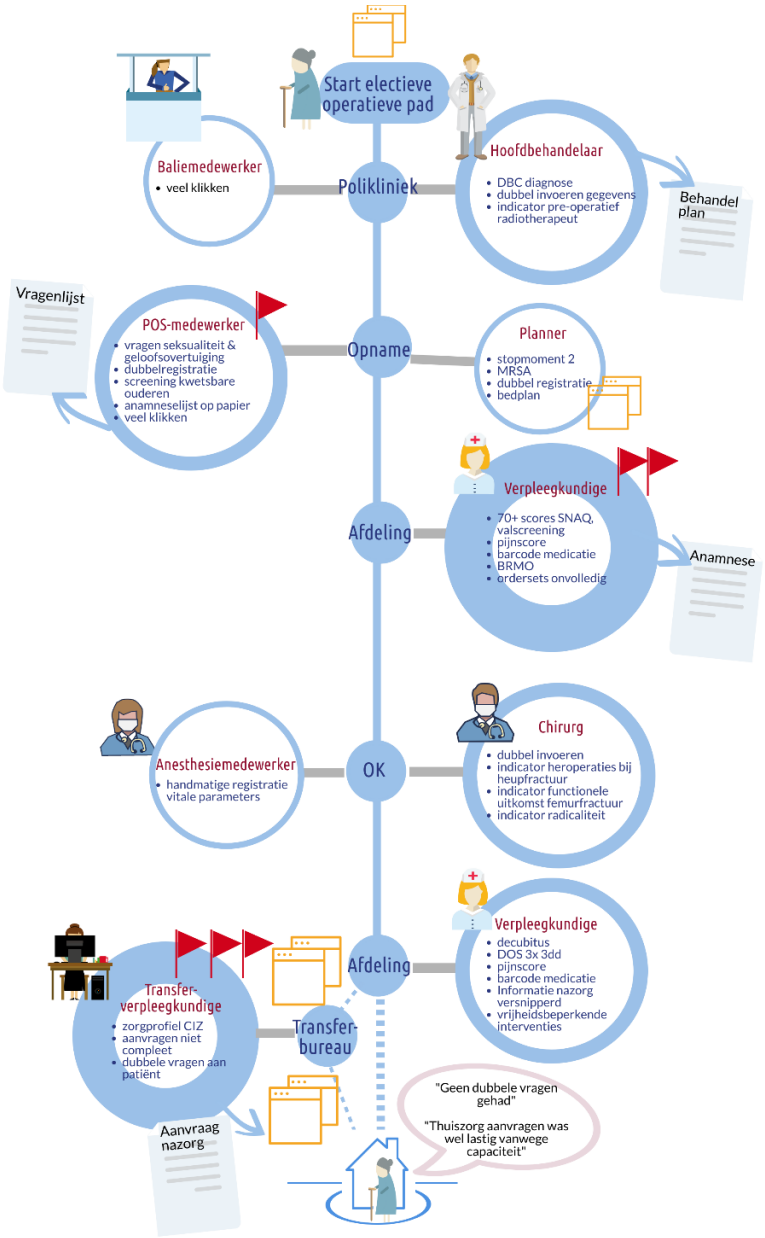
3.2 Registratielasten in patiëntreis

Naast de lusten van registratie zijn de onderzoekers op zoek gegaan naar de lasten van de registraties. Bij het volgen van het electieve, operatieve pad en het spoedpad in de verschillende ziekenhuizen is de registratielast van verschillende zorgprofessionals in kaart gebracht. In figuur 2 (het electieve pad) en figuur 3 (het spoedpad) is visueel weergegeven welke zorgprofessionals de patiënt per afdeling tegenkomt en de registratielast die zij ervaren. Dit zijn ook de functionarissen die geïnterviewd zijn.

3.2.1 Registratielast in het electieve, operatieve pad

Uit deze patiëntreis komt uit zowel de documentanalyse, interviews en traceraudits naar voren dat de afdelingsverpleegkundigen en de transferverpleegkundigen de meeste registratielast ervaren. De afdelingsverpleegkundigen ervaren vooral last door het uitgebreide anamneseformulier, niet nuttige screeningsvragen (zoals vragen over levensovertuiging of seksuele activiteit) en/of het blijven scoren van instrumenten terwijl de meerwaarde daarvan niet wordt ingezien (bijvoorbeeld DOSS-score bij patiënten die geen tekenen vertonen van verwardheid). De transferverpleegkundigen ervaren vooral last door incomplete aanvragen en het werken met meerdere systemen die niet aan elkaar gekoppeld zijn. Ook blijkt uit een analyse van de verschillende invulvelden in de EPD's in alle drie de ziekenhuizen dat veel onderwerpen dubbel geregistreerd worden. Dit wordt op de volgende pagina verder toegelicht.





Figuur 2. Registratielast in de electieve patiëntreis

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.2.2 Registratielast in het spoedpad

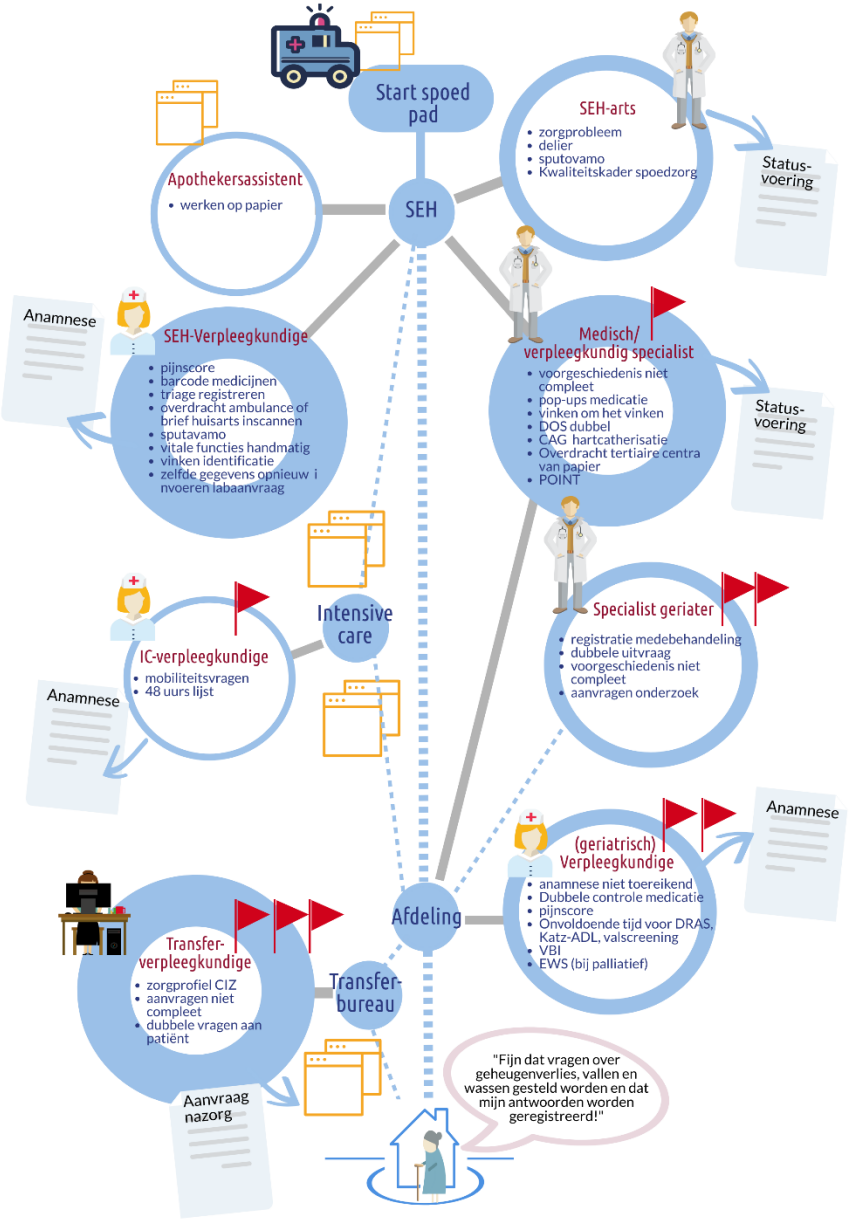
Uit deze patiëntreis komt naar voren dat de SEH-verpleegkundigen, medisch specialisten / verpleegkundig specialisten en de transferverpleegkundigen de meeste registratielast ervaren. De SEH-verpleegkundigen ervaren bijvoorbeeld last van de handmatige registraties van de vitale functies en niet nuttige registraties (zoals pijnscore). De medisch specialisten / verpleegkundig specialisten ervaren vooral last door incomplete voorgeschiedenis, overdracht vanaf papier, het aanvragen van onderzoeken waarbij steeds opnieuw dezelfde gegevens ingevoerd moeten worden (zoals iedere keer het invullen van de hoofdbehandelaar terwijl dit al geregistreerd staat) en indicatoren die aangeleverd moeten worden voor de inspectie waar de meerwaarde niet van wordt gezien. De transferverpleegkundigen ervaren vooral last door incomplete aanvragen vanuit de verpleegafdeling en meerdere systemen die niet met elkaar gekoppeld zijn.

3.2.3 Dubbele registraties in de keten

De patiëntreizen maken inzichtelijk dat dezelfde items meerdere keren worden uitgevraagd in de keten. In het electieve pad zijn er dubbelingen bij de medewerker van de preoperatieve screening (POS), afdelingsverpleegkundige en transferverpleegkundige. Zo wordt tijdens de patiëntreis de lengte van de patiënt wel drie keer uitgevraagd en geregistreerd. In het spoedpad zijn dubbelingen bij de medisch specialist (hoofdbehandelaar) en de geriater. Uit de traceraudits bleek dat de zorgprofessionals meestal niet op de hoogte zijn van elkaars registraties en viel op dat de zorgprofessionals meestal niet kijken naar elkaars gegevens of dat ze deze in het systeem niet kunnen inzien. Alleen in het stadziekenhuis-EPIC worden eerder gevulde items actief getoond. Wel wordt gecontroleerd of de getoonde gegevens nog actueel zijn. Dit werd als prettig ervaren door de zorgprofessionals.

3.2.4 Het perspectief van de patiënt

De geïnterviewde patiënten geven aan erg tevreden te zijn over de geleverde zorg en over de verzorging op de afdeling. Opvallend is dat de geïnterviewde patiënten geen dubbele vragen ervaren. Patiënten geven aan de vragen over kwetsbaarheid als zinvol te ervaren.



Figuur 3. Registratielast in de spoedpatiëntreis

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.3 Tegenstrijdige en overbodige registraties en hun oorzaken

Uit de interviews, traceraudits en documentanalyse is een totaal van 167 bevindingen gedaan met betrekking tot registratielasten en –lusten in de patiëntreis van de kwetsbare oudere. Deze lasten zijn geanalyseerd en ingedeeld in een aantal categorieën. In dit rapport is in de blauwe kaders een selectie aan bevindingen opgenomen als illustratie om het probleem te schetsen.

3.3.1 Oorzaakcategorieën

Tijdens het analyseren van de bevindingen werd inzichtelijk dat een deel van de registratielasten overeenkomt met de problemen zoals geschetst door Kraaijeveld[1]. In zijn essay heeft Kraaijeveld geprobeerd de lessen uit de landelijke schrapsessies Ontregel de Zorg uiteen te zetten. Deze lessen zijn gebaseerd op basis van de input van de zorgverleners zelf. Uit zijn analyse komen zeven oorzaken van administratieve lasten naar voren vanuit het oogpunt van de zorgverleners. In dit onderzoek is ervoor gekozen om op dit model voort te bouwen.

De bevinding dat registraties worden ingezet als geheugensteuntje om een bepaalde handeling te doen en vervolgens niet meer geëvalueerd worden, valt bijvoorbeeld binnen het houdbaarheidsprobleem.

Aankondigingsformulier
Dit formulier dient ingevuld te worden als we een patiënt aanmelden voor bijvoorbeeld een ECG. Dit formulier was bedoeld als geheugensteuntje om te onthouden aan welke criteria een dergelijke aanvraag moet voldoen. De criteria zijn inmiddels zodanig verankerd in onze werkwijze dat een aanvraag ook telefonisch gedaan wordt op basis van de juiste criteria (zonder invullen van het formulier). Het formulier is daarbij overbodig geworden.

Een ander genoemd probleem is dat de kosten van een registratie (de benodigde tijd) niet altijd opwegen tegen de baten van de registratie en dat deze afweging onvoldoende wordt gemaakt. Dit is een voorbeeld van het doelmatigheidsprobleem.

Functionele uitkomst kwetsbare ouderen met proximale femurfractuur (17.3.2 IGJ)
Traumachirurg: "De functionele uitkomstindicatoren die 3 en 9 maanden na ontslag pas bekend zijn ervaar ik als last. Het is tijdrovend om deze uit te vragen en patiënten er voor terug te laten komen."

Wat ook terugkomt in het onderzoek is dat registraties in stand worden gehouden uit angst voor de toezichtsorganen, terwijl de meerwaarde voor de praktijk / de patiënt er niet is, een voorbeeld van het toezichtsprobleem.

EWS bij palliatieve patiënten
Verpleegkundige: "Early warning signs (EWS) registreren we 3 keer per dag. Bij palliatieve patiënten doen we dit minder vaak als ze richting einde leven gaan. Op het activiteitenplan blijft staan dat het 3 keer per dag moet."

Ook worden registraties gedaan 'omdat het nou eenmaal zo is' en het te veel tijd en moeite kost om er verandering in aan te brengen, ook wel het cultuurprobleem te noemen.

SNAQ score
Verpleegkundige op de short-stay: de SNAQ-score voor ondervoeding registeren we wel maar daar doen we niks mee. Als we daar iets aan willen veranderen hebben we afstemming met de diëtiste nodig, maar het proces om het te veranderen is vermoeiend. We blijven het registreren om de cijfers goed te krijgen.

[1] Hoe kunnen we de zorg blijvend (ont)regelen? Kees Kraaijeveld, september 2018

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

Een groot deel van de bevindingen is te categoriseren naar de oorzaken van Kraaijeveld, een ander aantal bevindingen uit dit onderzoek valt daar buiten. De meerwaarde van dit onderzoek is dat de registratielast middels het doorlopen van de patiëntreis door externe onderzoekers in kaart is gebracht. Het in kaart brengen van de registratielast in de keten levert nieuwe inzichten op ten opzichte van de lessen uit de landelijke schrapsessies. Dit komt onder andere doordat de externe onderzoekers zaken zien die mensen niet van elkaar weten (zoals dubbele registraties) en registraties objectief meten. Dit vormt de aanleiding om twee nieuwe categorieën toe te voegen ten behoeve van goede conclusies, namelijk het ketenprobleem en het systeemprobleem. Daarmee komt het totaal aan oorzaken op 9, zoals weergegeven in figuur 3.

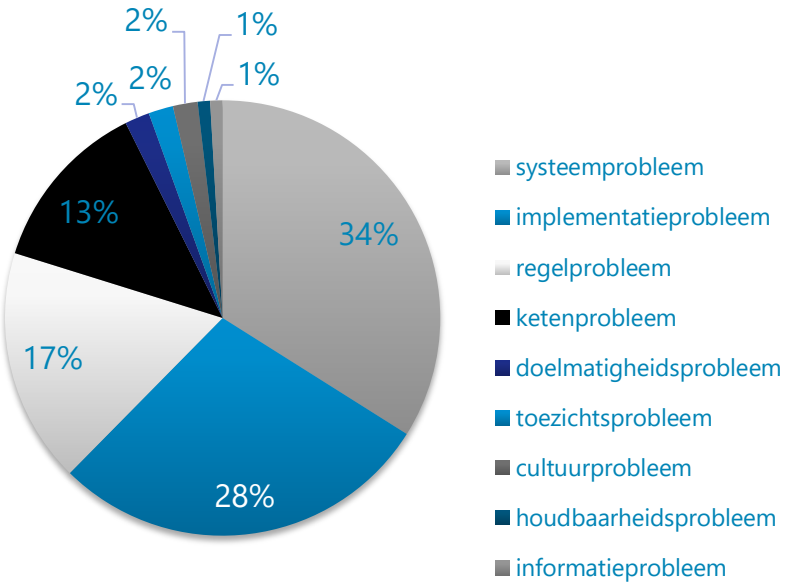
3.3.2 Grootste oorzaakcategorieën

Alle bevindingen zijn gecategoriseerd naar de 9 oorzaken van registratielast. De grootste problemen voor registratielast in dit onderzoek blijken te zitten in:

a) het systeemprobleem (34%)
b) het implementatieprobleem (28%)
c) het regelprobleem (17%)
d) het ketenprobleem (13%).

Deze vier problemen worden op pagina 12 t/m 14 verder toegelicht aan de hand van een aantal concrete voorbeelden. Hierbij moet worden opgemerkt dat een bepaalde registratielast in het ene ziekenhuis het 'regelprobleem' als oorzaak heeft, in het andere ziekenhuis het 'systeemprobleem' naar voren komt en in het derde ziekenhuis de registratie niet als last wordt aangemerkt. Daarom concluderen we vanuit dit onderzoek dat het belangrijk is om naar de oorzaken achter de registraties binnen een instelling te kijken en niet zozeer naar de specifieke registratieregels. Door inzichtelijk te maken waar de grootste oorzaak ligt van de registratielast, kunnen gerichter aanbevelingen worden gedaan.

Figuur 4. Oorzaken van registratielast (% van totaal aantal bevindingen uit deze studie)



3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.3.3 Systeemprobleem: ICT-systemen zijn niet optimaal ingericht en 'praten' onvoldoende met elkaar

Het systeemprobleem houdt in dat de ICT-systemen niet ondersteunend en zelfs belemmerend werken in het registreren van gegevens. Binnen en tussen ziekenhuizen of andere zorgorganisaties hebben zorgprofessionals geen inzage in wat er door collega's van een andere afdeling/discipline of organisatie is uitgevraagd en geregistreerd. Dit probleem treedt binnen één systeem en tussen verschillende systemen op. Het gevolg is dat:

a. informatie dubbel wordt uitgevraagd en geregistreerd (zoals bijvoorbeeld de lengte van de patiënt of vragen ten aanzien van mobiliteit);
b. informatie op papier uitgedraaid wordt uit het ene systeem en handmatig overgetypt in het andere systeem.

Een andere oorzaak van de registratielast is dat de systemen nog onvoldoende logisch zijn ingericht. Informatie wordt op een versnipperde en onlogische manier in het systeem gezet waardoor het veel klikken is om de benodigde informatie te vinden en om het op de juiste plek te zetten.

Tot slot worden vanwege budgettaire redenen nog niet de optimale systemen/modules aangeschaft die de registratielast kunnen verlichten. Zo wordt nog steeds gebruik gemaakt van papieren vragenlijsten of andere systemen waarvan de gegevens handmatig overgetypt moeten worden terwijl er al wel een geautomatiseerde oplossing bestaat.

Kortom, de oorzaak van dit probleem ligt deels bij de organisaties zelf (inrichting, gebruik en scholing systeem, budget) en deels bij de leveranciers (mogelijkheden binnen het systeem en kostenplaatje).

Op de SEH worden de **vitale functies handmatig** ingevoerd: lengte, gewicht, bloeddruk, pols, temperatuur, ademhaling. PDMS, een systeem waarmee de gegevens automatisch in het EPD worden geregistreerd is zeer gewenst.

De POS-verpleegkundige geeft aan dat het **veel klikken** is om bij de lijst te komen en de juiste informatie erbij te zoeken. Geen link die gelijk naar de juiste plek in het EPD wijst.

Verpleegkundig specialist Cardiologie geeft aan dat zij **papieren overdrachten van tertiaire centra handmatig** invoeren. Dit is erg foutgevoelig en tijdrovend.

Auditee op de SEH geeft aan dat bij het aanvragen van een lab het systeem weer opnieuw om de hoofdbehandelaar vraagt, terwijl deze al in het systeem staat geregistreerd. **Er is geen link waarmee dit automatisch wordt gekoppeld.**

Zorgprofiel aanvragen via Centrum Indicatiestelling Zorg (**CIZ)** kostte me in het begin een uur, nu een half uur. Ik kan daarvoor veel informatie uit **het EPD** halen, maar het is knippen en plakken.

Het tromboseformulier wordt nu door de medisch secretaresse **gefaxt** naar de trombosedienst, zou beter zijn om dit digitaal te doen.

Verwijzingen krijgt medisch secretaresse soms op **papier gefrommeld** met als opdracht deze te verwerken in systeem.

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.3.4 Implementatieprobleem: door overimplementatie ontaardt de bedoeling van regels in bureaucratisme

Bij het implementatieprobleem is te zien dat de bedoeling van de registratie uit het oog wordt verloren. Zorgprofessionals vertrouwen niet meer op hun klinische blik, maar varen blind op de registraties waarbij het zijn doel voorbijschiet (het zou ondersteunend moeten zijn aan de klinische blik).

Bij inzetten van **VBI** dient elke interventie apart geregistreerd en dagelijks geëvalueerd te worden. Auditee geeft aan dat het wenselijk is om alles in 1 keer te evalueren en registreren.

Vinken om het vinken: vinken dat een handeling is gedaan zoals een overdracht of identificatie, wordt door auditees gezien als onzinnig.

Op de SEH worden alle **verrichtingen** per patiënt geregistreerd. Elke verpleegkundige is hier 5-10 minuten per dag aan kwijt. Daarnaast checkt één verpleegkundige wekelijks of alles juist is geregistreerd. Hier is de verpleegkundige gemiddeld 8 uur per week aan kwijt. De afdeling is in de veronderstelling dat dit moet omdat ze hierdoor extra geld krijgen terwijl dit slechts ter ondersteuning van het gesprek met de verzekeraar is. De SEH is bovendien één van de weinige afdelingen in de organisatie die dit zo nauwkeurig bijhoudt.

Een ander aspect wat duidelijk uit het onderzoek (en dan vooral de documentstudie) naar voren komt, is dat organisaties de formele regels uitgebreider implementeren dan formeel de bedoeling is geweest. In de organisatieprotocollen wordt om veel meer registraties gevraagd dan formeel wordt uitgevraagd. In de tabel hiernaast is dit inzichtelijk gemaakt aan de hand van een aantal voorbeelden.

	Formele eis	Informele regel
Pijn-score	**IGJ 2019:** Teller: Aantal klinische chirurgische patiënten waarbij minimaal 1x per dag tijdens elke opnamedag een pijnmeting digitaal geregistreerd is. Noemer: Het totaal aantal klinische chirurgische patiënten, opgenomen in het verslagjaar.	Standaard 3x per dag op elke klinische afdeling de pijn-beoordeling. Bij score van 3 of hoger wordt na 1 uur opnieuw een meting gedaan.
Delier	**IGJ 2019**: Patiënten van 70 jaar en ouder bij elke ingreep of behandeling. Bij elke opname wordt het risico op delier vastgesteld. **VMS-bundel** [....] Vervolg als verpleegkundige het beloop van een delier met de DOSS.	70⁺ers standaard risicometing. Bij 1x ja of meer starten met DOS (3x daags, 3 dagen lang de DOS-score uitvragen)
VBI	**IGJ 2019:** Teller: aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar waarbij een VBI score 5 is toegepast. Noemer: totaal aantal opgenomen patiënten in het verslagjaar.	Toestemming voor en inzet van VBI-maatregel wordt zeer uitgebreid vastgelegd en geëvalueerd in dossier én dit dient dagelijks in EPD middels een uitgebreid invulveld te worden vastgelegd.

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.3.5 Regelprobleem: de zorg maakt te veel regels en regelt te gedetailleerd

Met name de medisch specialisten klagen over het feit dat er formeel informatie wordt uitgevraagd waar zij de meerwaarde niet van inzien. Een voorbeeld zoals hieronder beschreven is het registeren van triage (ten behoeve van een landelijke indicator) terwijl de patiënt op de SEH al gezien is door een arts. Als het niet druk is in de wachtkamer en de patiënt direct geholpen kan worden, wordt het door de zorgprofessionals als zinloos ervaren om dit alsnog te registreren. Bovendien twijfelen de professionals aan de validiteit van diverse indicatoren en de perverse prikkels die ze teweeg kunnen brengen. Tot slot geven zorgprofessionals aan dat in plaats van te minderen met regels, er juist wordt ervaren dat er alleen maar meer bij komt zoals het Kwaliteitskader Spoedzorg wat door de SEH-artsen als extra registratielast wordt gezien.

Indicator radicaliteit: zegt volgens auditee niets over de kwaliteit van zorg. Auditee geeft aan minder goed te scoren omdat ze meer borstsparend opereren.

IGJ (1.4.1. heroperaties bij een heupfractuur): de traumachirurg geeft aan de meerwaarde hier niet van in te zien. Het getal zegt te weinig en is van te veel variabelen afhankelijk.

Alle auditees op de SEH geven aan dat het achteraf registreren **van triage op de SEH** als de patiënt al gezien is door een arts zinloos is.

Het afnemen van een **MNA** (minimal nutrition assessment) is nutteloos omdat het niet meer informatie geeft dan dat je uit het **CGA** (comprehensive geriatric assessment) haalt. Het getalletje van de MNA past vaak niet bij de praktijk.

3.3.6 Ketenprobleem: zorgverleners registreren voor hun eigen afdeling

Uit de patiëntreizen is gebleken dat zorgprofessionals niet altijd weten wat er buiten hun afdeling geregistreerd wordt voor de patiënt. Dit komt bijvoorbeeld doordat zij niet gemakkelijk bij de informatie van de andere afdelingen kunnen of omdat ze simpelweg niet op de hoogte zijn. Het gevolg is dat informatie dubbel wordt uitgevraagd.

Een ander onderdeel van het ketenprobleem is dat zorgverleners geen vertrouwen hebben in datgene wat niet op hun afdeling is uitgevraagd en het daarom zelf nog eens uitvragen en registreren.

Tot slot is het doel voor zorgprofessionals van hun eigen registraties voor anderen verderop in de keten onvoldoende duidelijk. Zij worden gevraagd om iets te registreren wat voor hun eigen handelen geen directe meerwaarde heeft, maar wel voor iemand verderop in de keten. Het gevolg is dat de informatie niet goed wordt geregistreerd en daarmee verderop in de keten niet bruikbaar is en opnieuw wordt uitgevraagd en geregistreerd. Dit is direct een verklaring voor het gebrek aan vertrouwen.

De **planner** doet veel registraties **ter controle** van de **anesthesist** en **medewerkers planbureau** (persoonlijke gegevens, telefoonnummers, contactpersonen, informed consent, urgentie van de behandeling, juiste zijde bij een operatie).

Transferverpleegkundige geeft aan dat 80% van de **aanvraag nazorg** niet goed wordt ingevuld door **verpleegkundige op de afdeling** omdat er onvoldoende kennis aanwezig is dit goed te doen en soms onduidelijkheid over het doel.
Transferverpleegkundige moet naar patiënt om aanvraag in te vullen en alles zelf na te zoeken.

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.3.7 Verschillen tussen de ziekenhuizen

Wat opvalt in figuur 5 is dat de verdeling in oorzaken van registratielast verschilt per organisatie. Een aantal factoren kunnen van invloed zijn op deze verschillen.

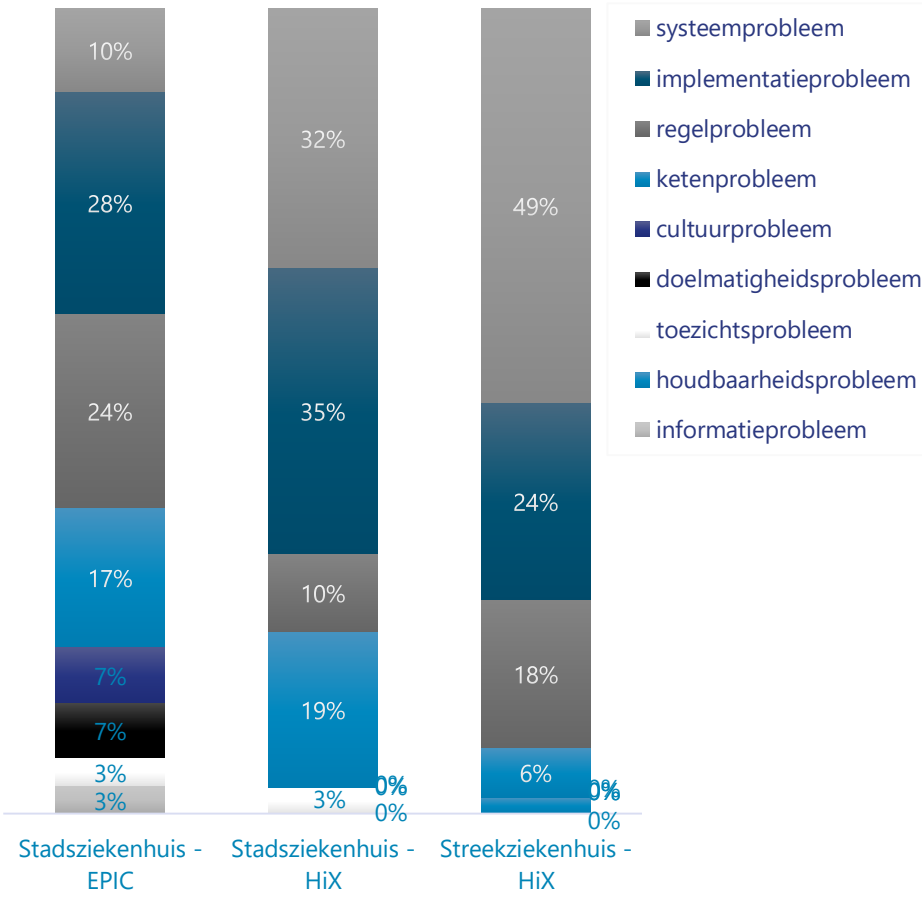
Ten eerste is het aandeel van het systeemprobleem aanzienlijk kleiner bij het stadsziekenhuis-EPIC, vergeleken met de andere twee ziekenhuizen. Dit kan erop wijzen dat de wijze waarop het elektronische patiëntendossier is ingericht invloed heeft op de registratielast. Daarbij dient opgemerkt te worden dat één van de ziekenhuizen ten tijde van het onderzoek midden in de overgang zat naar een nieuwe versie van HiX waarbij de verwachting van de zorgprofessionals is dat de registratielast omlaag zal gaan.

Als tweede valt op dat bij het stadsziekenhuis-EPIC vaker het regelprobleem, doelmatigheidsprobleem en cultuurprobleem benoemd zijn als veroorzaker van registratielast. Tijdens het onderzoek viel de onderzoekers op dat zorgprofessionals van dit ziekenhuis een kritischere houding hebben ten aanzien van de registraties die zij doen. Dit blijkt uit het feit dat zij beter in staat waren om specifieke registraties te benoemen waar zij (ook buiten het systeem om) echt last van hebben. In de andere twee ziekenhuizen kostte het de onderzoekers meer moeite en doorvragen om de zorgprofessionals kritisch te laten kijken naar de meerwaarde van de registraties. Een ander voorbeeld is dat er wel wordt geklaagd over de registratielast, maar niet specifiek benoemd werd wat dan precies een last is. In deze ziekenhuizen is de last nog vooral een gevoel, waar het in het eerste ziekenhuis geconcretiseerd kan worden.

Als derde valt op dat het streekziekenhuis-HiX minder vaak ketenprobleem als veroorzaker noemt. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een klein streekziekenhuis relatief minder ketenpartners heeft (zowel intern als extern) dan een stadsziekenhuis.

Door de oorzaken van registratielast aan te pakken, kan de registratielast verminderd worden. Uit dit onderzoek blijkt dat de verschillen tussen de ziekenhuizen vragen om een **lokale aanpak**. Hierbij is het zinvol om te focussen op de dominante oorzaken.

Figuur 5 Oorzaken van registratielast per ziekenhuis (%)

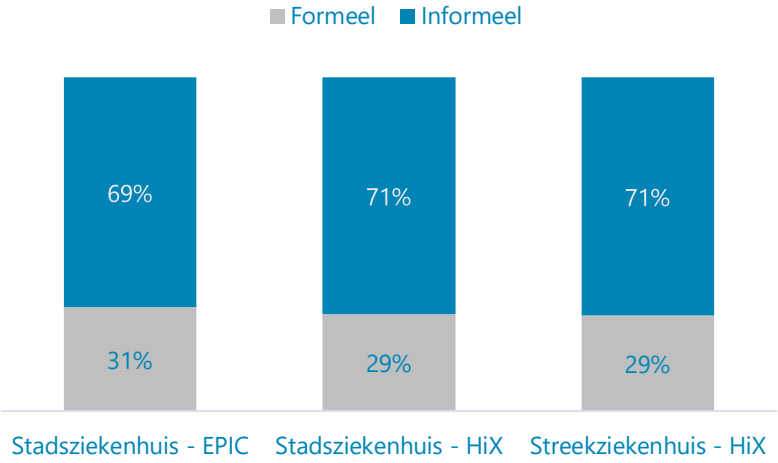


3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.4 Bron van de registratielast; formeel of informeel?

Van de benoemde registratielasten is een categorisatie gemaakt naar bron van de registratielast (informeel of formeel). Zoals te zien in figuur 6 blijkt dat bij elk deelnemend ziekenhuis het grootste gedeelte aan registratielast het gevolg is van regels die de organisatie zichzelf heeft opgelegd (informeel). Informele regels zijn voor ongeveer 70% de oorzaak van registratielast, tegenover 30% door formele regels (opgelegd / geadviseerd door landelijke partijen).

Figuur 6. Bron van registratielast (%)



Formele registraties komen onder andere voort uit verplichte aanlevering van indicatoren, VMS-thema's als onderdeel van een accreditatie (vaak opgenomen in de (aanvullende) voorwaarden van een verzekeraar) en DBC-registratie als voorwaarde voor financiële vergoeding. Uitvragers van de formele registraties zijn onder andere: IGJ, verzekeraars, SONCOS, DICA, accreditatie-instanties zoals NIAZ en JCI, de wet, V&VN, NR/REG-1907. Informele registraties zijn door de organisatie zelf ingericht in interne protocollen, beleidsstukken en systemen.

De oorsprong van de informele registratie ligt vaak in een formele richtlijn / eis. Datgene waar de zorgprofessionals uiteindelijk last van hebben is veelal de manier waarop de registraties in de organisatie is ingericht. Dit kan te maken hebben met:

1. Een formele registratie wordt voor de gehele organisatie overgenomen terwijl dit niet voor alle patiëntgroepen een meerwaarde is (bijvoorbeeld het registreren van decubitus bij patiënten op de short-stay).
2. Een landelijke partij vraagt formeel slechts om minimale registratie terwijl een organisatie afspreekt veel meer te registreren rondom hetzelfde onderwerp (zoals de voorbeelden benoemd bij het implementatieprobleem op pagina 13).
3. Intern in de organisatie wordt het registreren van de benodigde data onvoldoende gefaciliteerd (handmatig overtypen van verzamelde data voor een indicator door een hoogopgeleide professional).

Daarnaast zijn er onderwerpen die organisaties zelf belangrijk vinden om te registreren voor hun interne bedrijfsvoering (en dus niet afkomstig zijn van landelijke richtlijnen/eisen) zoals bijvoorbeeld de registratie van verrichtingen zonder effect voor de DBC-afleiding (zie het voorbeeld op pagina 13).

Landelijke partijen hebben ook een aandeel in het oplossen van deze informele regeldruk. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat organisaties simpelweg niet op de hoogte zijn dat regels formeel zijn aangepast/verkleind en daarmee ook informeel anders ingericht of zelfs geschrapt kunnen worden. Er is dus een wederzijdse afhankelijkheid tussen de landelijke partijen (formeel) en de ziekenhuizen (informeel) in het ontregelen van de zorg.

3. Bevindingen reis kwetsbare ouderen

3.5 Mogelijke oplossingsrichtingen ziekenhuizen en branchepartijen

Op 28 oktober 2019 heeft een werksessie plaatsgevonden met een afvaardiging van de landelijke branchepartijen en de ziekenhuizen. Aanwezig waren:

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Zorgverzekeraars Nederland
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
- Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Zorgprofessionals uit de drie deelnemende ziekenhuizen

Eerst zijn door Q-Consult Zorg de voorlopige resultaten gepresenteerd. Vervolgens zijn de deelnemers uitgenodigd om per probleemgebied in subgroepen de volgende vragen te beantwoorden:

1. Wat kan jouw organisatie bijdragen om dit probleem te verminderen?
2. Hoe kan jouw organisatie bijdragen aan goede deïmplementatie?
3. Wat verwacht je van de andere organisaties?

Tijdens de sessie zijn de partijen bewust geworden van de probleemgebieden en hun aandeel daarin. Door de landelijke partijen samen te brengen met de ziekenhuizen in één werksessie werd het volgende inzichtelijk (bovenop de inzichten die eerder in het onderzoek al gedaan zijn):

- De branchepartijen en de ziekenhuizen hebben elkaar nodig in het aanpakken van de problemen; dat maakt het ontregelen complex. Het gesprek met elkaar hierover vindt onvoldoende plaats. Deze werksessie wordt door alle aanwezigen als meerwaarde gezien.
- Er zijn vanuit de branchepartijen al veel ontregelinitiatieven gaande. Het effect daarvan is onvoldoende merkbaar en bekend op de werkvloer in de ziekenhuizen.
- Er is wel de wil om te veranderen maar het blijkt lastig te zijn voor een aantal partijen om concreet en pragmatisch acties te formuleren.
- De aanwezige zorgprofessionals geven aan veel te leren van de verschillende aanpakken tussen de ziekenhuizen onderling. Zo wordt tijdens de sessie duidelijk dat het investeren in projectleiders Ontregel de Zorg binnen een ziekenhuis, voor een beter overzicht zorgt van de registratielast en ontregelinitiatieven die in huis gaande zijn.

Ideeën voortkomend uit de brainstorm met de branchepartijen

1. Inspecteurs opleiden en coachen hoe om te gaan met verantwoording van goede zorg in relatie tot registraties.
2. Ziekenhuizen nadrukkelijk uitnodigen om daar waar bijvoorbeeld de verzekeraar of de inspectie als oorzaak van de registratielast wordt gezien, het gesprek aan te gaan.
3. Lokale ontregelbeweging in zorgorganisaties faciliteren middels een campagne.
4. Goede voorbeelden delen middels landelijk platform.
5. Datgene wat al gedaan wordt rondom ontregelen concreter maken en meer bekendheid aan geven.
6. Duidelijker communiceren richting de ziekenhuizen welke registraties formeel niet meer hoeven en welke nog wel.
7. Betere samenwerking tussen koepelverenigingen/landelijke partijen in het verminderen van de registratielast zodat men beter op de hoogte is van elkaars initiatieven en men elkaar kan versterken in de aanpak.
8. Kritischer kijken op landelijk niveau wat daadwerkelijk met de verzamelde data wordt gedaan. Wat is de waarde van de registraties die uitgevraagd worden door de wetenschappelijke verenigingen en hoe verhoudt zich dit tot de inspanning die geleverd wordt door zorginstellingen om dit op te leveren?
9. Ziekenhuizen verenigen, faciliteren en empoweren in de onderhandelingen met de EPD-leveranciers.

4. Conclusies

De conclusies uit dit kwalitatieve onderzoek zijn gebaseerd op zes verschillende patiëntreizen uit drie ziekenhuizen. Hoewel kwalitatief onderzoek niet kan en mag worden gegeneraliseerd vanuit een statistische basis, is generaliseren wel mogelijk[2]. Door de keuze van de verschillende patiëntreizen (acuut, electief), diverse systemen en contexten (stad, streek) is een brede steekproef bereikt, die de populatie goed vertegenwoordigt. We zijn van mening dat de verschillende ziekenhuizen in het onderzoek een goede afspiegeling vormen van de sector, waardoor onze conclusies overdraagbaar zijn naar andere ziekenhuizen.

4.1 Registratielast en –lust in patiëntreis

Dit onderzoek maakt inzichtelijk welke registraties plaatsvinden in de reis van de kwetsbare oudere in het ziekenhuis en dat er heel wat registraties als last worden ervaren. De patiëntreis maakt inzichtelijk dat er veel dubbele registraties plaatsvinden in de keten. Zo wordt tijdens de patiëntreis de lengte van de patiënt wel drie keer uitgevraagd en geregistreerd.

Aan de ene kant zien zorgprofessionals de meerwaarde van de registraties ten behoeve van het opsporen van kwetsbaarheid om daarop tijdig te anticiperen. Aan de andere kant wordt de totale hoeveelheid aan registraties als last ervaren, wat leidt tot ontevredenheid. Redenen waarom iets als last wordt ervaren: a. als het nut bij de zorgprofessional onbekend is of niet wordt gezien of b. als de registratiehandeling omslachtig is en veel tijd kost. De kosten van de registratie wegen op dit moment niet op tegen de baten.

4.2 Bron van de registratielast is 70% intern!

Het grootste gedeelte van de registratielast wordt veroorzaakt door informele regels; maar liefst 70%! Dat betekent dat de grootste winst lokaal te behalen is, in organisaties zelf (eigen protocollen & afspraken). Daarnaast blijkt dat de grootste bron van de registratielast in de volgende vier probleemgebieden ligt:

1. het systeemprobleem (34%);
2. het implementatieprobleem (28%);
3. het regelprobleem (17%);
4. het ketenprobleem (13%).

Door binnen het ziekenhuis de patiëntreis in kaart te brengen en de probleemgebieden te identificeren, kan de meeste winst op het gebied van ontregelen behaald worden. Heb hierbij aandacht voor de keten, want wanneer niet bekend is voor wie het wordt vastgelegd is de kwaliteit beperkt en is de kans groot dat er dubbelingen optreden.

4.3 Verschillen tussen de drie ziekenhuizen

Eén probleem (bijvoorbeeld registratielast bij pijn) kan in de ene organisatie een andere oorzaak hebben dan in de andere. Zo kan de oorsprong van de registratielast in het ene ziekenhuis meer in de cultuur zitten (angst om af te stappen van een landelijke indicator) en in het andere ziekenhuis meer in het systeem (het moet op een onhandige manier geregistreerd worden).

Verder is uit het onderzoek gebleken dat bij twee organisatie specifieke factoren een rol spelen in de ervaren registratielast:

a. De leverancier en inrichting van het EPD; (mogelijkheden tot) slimme inrichting en koppelingen binnen het EPD zorgen voor lagere registratielast. Investeer daarom in optimaal gebruik van het EPD.
b. De mate waarin het ziekenhuis 'Ontregel de zorg' hoog op de agenda heeft staan. Zorgprofessionals uit het ziekenhuis waar ontregelen hoog op de agenda staat (onder andere in de vorm van een projectleider), hebben een kritischere houding ten aanzien van de registraties die zij doen en denken meer na over hoe het anders zou kunnen.

[2]Ritchie et al, 2014.

5. Aanbevelingen

Dit onderzoek naar de patiëntreis sluit in conclusies aan bij eerder onderzoek naar administratieve lasten. Door de aanpak en het vervolg met de werksessie hebben wij ten eerste een waardevolle bevestiging van eerdere bevindingen gegeven. Ten tweede zien wij een aantal relevante en nieuwe aanbevelingen. Hieronder schetsen we een aantal aanbevelingen op inhoudelijk vlak, vervolgens richten we ons op ziekenhuizen die willen ontregelen en als laatste volgen enkele aanbevelingen voor landelijke partijen.

5.1 Aanbevelingen van de grootste vier probleemgebieden

5.1.1 Regelprobleem

Om het regelprobleem aan te pakken is het van belang dat de branchepartijen duidelijk communiceren over het nut van landelijke registraties. Daarbij dienen landelijke partijen zelf kritisch te kijken naar hun aandeel in de registratielast (wat levert deze registratie echt op?) en vervolgens concrete acties communiceren hoe dit te verminderen.

Het is bovendien van belang dat ziekenhuizen het gesprek aangaan met de branchepartijen als een formele registratie als last wordt ervaren. Aanbeveling richting de branchepartijen is om gezamenlijk één aanspreekpunt in te richten dat zorgorganisaties helpt om de juiste gesprekspartner te vinden.

5.1.2 Ketenprobleem

Om het ketenprobleem aan te pakken is het aan te bevelen dat ziekenhuizen de patiëntpaden beter doorlichten op registratielast. Pas dan is inzichtelijk hoeveel er dubbel geregistreerd wordt. Ook is het van belang dat zorgprofessionals uit de verschillende stappen in de keten met elkaar het gesprek aangaan over de registraties om begrip te krijgen waarom iets wel of niet nodig is.

5.1.3 Systeemprobleem

De aanpak van het systeemprobleem ligt deels bij de organisaties zelf. Samen met de zorgprofessional dient ICT / functioneel beheer het systeem beter in te richten om de registratielast te beperken. Daarnaast is het belangrijk om medewerkers (regelmatig) te scholen in het gebruik van het systeem zodat de informatie efficiënt, op de juiste plaats door de juiste persoon wordt vastgelegd. Tot slot zijn duidelijke afspraken en communicatie over de werkwijze nodig.

Ziekenhuizen dienen beter de (onzichtbare) kosten van de veelal (handmatige) registraties af te wegen tegen de kosten van de aanschaf van een nieuw systeem waarbij de handmatige registraties niet meer nodig zijn, maar gegevens automatisch gegenereerd / overgezet worden.

Het probleem ligt echter ook bij de leveranciers (onmogelijkheden binnen het systeem en het kostenplaatje). Een aanbeveling aan de branchepartijen is om ziekenhuizen te verenigen en te faciliteren in gezamenlijke gesprekken met de EPD-leveranciers.

5.1.4 Implementatieprobleem

Voor het oplossen van het implementatieprobleem is het belangrijk dat door de branchepartijen duidelijker wordt gecommuniceerd wat formeel niet meer geregistreerd hoeft te worden.

Daarnaast is het belangrijk om zorgprofessionals en stafmedewerkers te trainen in het ontregelen. Allereerst in een ontregel-mindset en vervolgens hoe zij bij het opstellen/herzien van protocollen de registratielast kunnen verminderen.

Tot slot is aan te bevelen dat zorgorganisaties zelf een vergelijking maken tussen wat zij aan informele regels hebben opgesteld ten opzichte van wat formeel van ze wordt gevraagd. De aanpak om door documentstudie eigen protocollen en regels te vergelijken met formele eisen van Inspectie, verzekeraars en dergelijke is aan te bevelen.

5. Aanbevelingen

5.2 Algemene aanbevelingen ziekenhuizen

Om het probleem echt aan te pakken zijn ziekenhuizen zelf aan zet aangezien 70% van de registratielast door hen zelf is ingeregeld. Samengevat gelden de volgende aanbevelingen:

1. **Investeer in het ontregelen van de organisatie.** Het kost tijd om een ontregelbeweging te creëren en de registratielast te verminderen. Gelukkig zijn er ook vrijwel altijd quick wins te behalen en op de lange termijn levert het ontregelen tijdswinst en werkplezier op. Investeer bijvoorbeeld in:
   a. **opleiding van medewerkers.** Zorg voor een cultuur waarbij professionals een kritisch constructieve houding hebben ten aanzien van registraties (waaromvraag stellen). Dat zij het lef hebben om registraties daadwerkelijk te schrappen of anders in te richten en weten hoe ze dat kunnen doen.
   b. **een structuur** waarin het ontregelen **gefaciliteerd** wordt en professionals weten wat ze moeten doen om te ontregelen (wie, wat, waar). Licht de registratielast in de keten door voor goede prioritering van aanpak van oorzaken.
   c. **een projectleider** die het overzicht bewaakt, de verbinding maakt, de ontregelbeweging continu aanjaagt en de verschillende initiatieven coördineert.
2. **Maak formele eisen inzichtelijk**. Beleidsmakers in ziekenhuizen moeten duidelijk maken wat formele eisen zijn en wat de informele eisen zijn. Ook vanuit deze professionals is een kritische houding ten aanzien van registraties nodig. Ga het gesprek aan met landelijke partijen over formele regels die als last worden ervaren.
3. **Investeer in de optimale inrichting en gebruik** van het EPD. Er is veel mogelijk, maar lang niet alle functionaliteit wordt gebruikt of is bekend bij de zorgprofessional.
4. **Denk na over substitutie van regeltaken**. Onderzoek of administratieve taken (zoals kopiëren, inscannen, overtypen van data) geautomatiseerd kunnen worden, belegd kunnen worden bij administratieve krachten of zelfs bij de patiënt zelf.

5.3 Algemene aanbevelingen branchepartijen

Ondanks het grote aandeel van de registratielast dat bij de organisaties zelf ligt, hebben ook de branchepartijen een belangrijke rol in het faciliteren van de ziekenhuizen in ontregelen. Daarbij begint het met communiceren over wat zij daadwerkelijk van organisaties verwachten als het gaat om registraties. Samengevat zijn de volgende aanbevelingen van toepassing:

1. **Werk samen met ziekenhuizen.** Door zowel landelijke partijen als de ziekenhuizen bij elkaar te zetten wordt wederzijds begrip gecreëerd. Tevens is dan ruimte om gezamenlijk passende oplossingsrichtingen te formuleren.
2. **Deel de goede voorbeelden.** Ziekenhuizen zijn onvoldoende op de hoogte van de aanpak en ontregelsuccessen van andere organisaties. Door de goede voorbeelden te delen, wordt het wiel niet elke keer opnieuw uitgevonden.
3. **Investeer in de lokale beweging.** De meeste winst is te behalen binnen de organisaties zelf. Ga het gesprek aan met zorgorganisaties en vraag waar zij behoefte aan hebben als het gaat om de volgende ontregel-stap. Bied trainingen aan en trek gezamenlijk op, landelijk en lokaal.
4. **Communiceer duidelijk wat wel/niet geregistreerd hoeft te worden.** Voor ziekenhuizen is het onvoldoende duidelijk wat wel of niet moet vanuit de branchepartijen. Zorg voor geïntegreerde communicatie vanuit de landelijke partijen. Organiseer bij voorkeur één aanspreekpunt voor ziekenhuizen waar ze met vragen terecht kunnen ten aanzien van al dan niet verplichte registraties.
5. **Benoem concrete en pragmatische actiepunten** ten aanzien van het ontregelen (bijvoorbeeld n.a.v. actieplannen) en communiceer hierover naar de zorgorganisaties.