



*Controle is goed, Vertrouwen is beter  
(ook tussen zorgprofessionals onderling)*

**CDA zwartboek administratie in de zorg**



**Joba van den Berg**

Eén van de meest opvallende zaken in de zorg is dat veel arbeidstijd wordt besteed aan administratie, dat iedereen erover klaagt, dat er programma's zijn zoals Ontregel de Zorg, maar dat er netto weinig verandert. In mijn periode als Kamerlid voor de CDA fractie is dit een frustratie die ik op werkbezoeken, in Kamerdebatten en bij zorgvragers veel tegen kom. Daarom is het tijd voor actie en een CDA-meldpunt, een samenwerking van de fractie en CDA verpleegkundigen & verzorgenden. Een MELDPUNT waar zorgverleners zich kunnen melden om een administratieve regel door te geven die geschrapt kan worden. Dit zwartboek schetst de oorzaken en gevolgen van de grote hoeveelheid administratie in de zorg en geeft voorbeelden van de lastendruk.

*Joba van den Berg*

*CDA Tweede Kamerlid, o.a. woordvoerder medische zorg en ggz*

## Het probleem

### **Administratie zorgt voor frustratie**

De administratieve lasten in de zorg zijn al jaren een doorn in het oog. Zorgverleners besteden 30% tot 40% van hun tijd aan administratie zo laat onderzoek zien. Dat is onhoudbaar, omdat dit (1) het werk voor de zorgverlener frustreert en het werkplezier ontnemt, (2) de schaarste aan personeel alleen maar groter maakt en (3) dit nodeloos veel geld kost. Zorgverleners willen hun kennis en expertise inzetten om voor mensen te zorgen. Niet om administratie te doen, formulieren in te vullen en lijstjes af te vinken waarvan eigenlijk niemand meer precies weet waar die voor zijn of wat de toegevoegde waarde is.

### **Administratie veelkoppig monster**

Velen denken dat al die invullijstjes en verantwoordingsdocumenten worden bedacht door Den Haag. En inderdaad: Den Haag is medeschuldig aan regelgeving. Maar ook instellingen zelf zijn debet aan administratieve lasten. Bijvoorbeeld met een eigen urenadministratie die haaks staat op het declaratie- of verantwoordingsstelsel aan een zorgkantoor of zorgverzekeraar. Dit zorgt voor twee systemen en twee keer invullen. Of eisen die beroepsverenigingen stellen aan kwaliteitsregistraties terwijl met 20% van de criteria meer dan 80% informatie ook beschikbaar zou zijn. Administratieve lasten zijn dan ook een veelkoppig monster.

### Administratie meer dan 20% van de uitgaven aan de zorg

De grote getallen: de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg kosten ons samen bijna 100 miljard euro per jaar; dat is 25% van de collectieve uitgaven. En dan hebben we het nog niet over kosten van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning. Volgens de Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid is circa tweederde van die 100 miljard euro arbeid gerelateerd. Dat is 67 miljard euro. Daarvan gaat 30-40% op aan administratie. Bij elkaar dus zo'n 22 miljard. Halveren zou drie voordelen hebben.

## De oplossing

### Administratie halveren doet voordelen genereren

Ten eerste: meer werkplezier bij zorgprofessionals. Zorgverleners willen zorgen en geen administratie doen; velen verlaten nu de zorg omdat ze de administratie en afvinklijstjes beu zijn. Ten tweede: we zouden automatische meer capaciteit hebben om zorg te bieden. Dat laatste is hard nodig want een vergrijzende bevolking zorgt voor een hogere zorgvraag. Extra capaciteit kunnen we goed gebruiken. Reken maar uit: van 100 medewerkers zijn er nu 30-40 bezig met administratie. Dat zou bij halvering nog maar 15-20 personen zijn.

Ten derde: het helpt de kosten van de zorg in de hand te houden. Door de vergrijzing zullen zorgkosten toenemen. Immers, hoe ouder je wordt des te meer kans dat je zorg nodig hebt. Nu geven we per volwassene gemiddeld bijna 7000 euro uit per jaar aan zorg. We willen de volgende generatie niet opzadelen met torenhoge schulden door op de pof te gaan leven en de staatsschuld te laten groeien (want die moet ook weer worden afbetaald). En we willen ook niet dat zorgpremie en eigen risico zo hoog worden dat alleen de mensen met een goede portemonnee nog zorg kunnen betalen. Voor behoud van solidariteit (gezonden betalen voor zieken en mensen met een hoger inkomen voor hen met een lager inkomen) is betaalbaarheid van de zorg essentieel. Dus geen geld verspillen aan administratie.

### Meer regie door ministerie

Nu heeft de minister geen doorzettingsmacht om af te dwingen dat regelgeving wordt aangepast of wordt gestopt. Het veld is al eerste aan zet. Overleg en polderen is goed, maar op een bepaald moment moet iemand ergens een klap op kunnen geven. Deze rol kan aan de Zorgautoriteit of het Zorginstituut worden gegeven.

Dat geldt ook op andere terreinen waar door anders werken de werkdruk kan verminderen. Zoals de Beter niet doen initiatieven. In 2016 presenteerde de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) een lijst met niet-effectieve medische handelingen. Intussen is er ook een lijst van huisartsen en een lijst door verpleegkundigen. Maar of een instelling de lijst toepast blijft vrijwillig en daarmee vrijblijvend. Daarmee zijn er indirect ook weer meer regels.

## Het belang

### Voorkomen is beter dan genezen

Dit spreekwoord geldt ook voor fraude en oneigenlijk gebruik. Nog steeds is het makkelijker om zorgaanbieder te worden dan een snackbar te openen. Regelmatig lees je verhalen over fraude in de zorg. In september 2022 verscheen het bericht over fraude met zorgdiploma's.

Een ander voorbeeld speelt op plekken in de verpleeghuiszorg voor ouderen: met een PGB-budget wordt zorg ingekocht maar die blijkt van slechte kwaliteit te zijn. Want huur en servicekosten lopen soms op tot 6000 euro per maand. Het PGB-budget wordt door de aanbieder misbruikt voor zogenaamde woonkosten in plaats van zorg. En er is geen instantie die daarop toeziet.

### Administratie ontmenselikt de samenleving en ondermijnt onze democratie

Het is niet alleen van belang voor zorgprofessionals maar ook voor burgers die een zorgvraag hebben dat administratieve lasten in de zorg worden gehalveerd. Het verhaal van journalist Jeroen Wester over zijn oom laat zien hoe administratie zorg ontoegankelijk maakt.

In plaats van een samenleving van omzien naar elkaar en gezond verstand gebruiken om elkaar te helpen en ondersteunen, verworden we tot een maatschappij waar regels de boventoon gaan voeren. En als je de regels niet goed opvolgt, is er voor jou geen zorg. Zorg is er dan alleen nog voor mensen met een goed opleiding en/of een goede portemonnee. Dat moeten we voorkomen. Iedereen die met (publiek) geld werkt, moet kunnen verantwoorden dat dat geld rechtmatig en doelmatig wordt besteed. Maar vertrouwen in elkaar moet wel het uitgangspunt zijn. Zodat we ook de solidariteit tussen mensen kunnen behouden.

Een ander voorbeeld: In september 2022 overhandigde Rina Arendse het Manifest Mens met naam aan de commissie VWS van de Tweede Kamer. Terwijl ze al meer dan 40 jaar dezelfde beperkingen heeft, moet ze ieder jaar weer hetzelfde proces doormaken met het invullen van formulieren en aantonen welke beperkingen ze heeft. Hetzelfde geldt voor mensen met bijvoorbeeld een amputatie of ouders met een gehandicapt kind. Iedere keer moeten ze hetzelfde opnieuw bewijzen.



*Rina Arendse, initiatiefnemer van Mens met naam*

“Focus op ons morele kompas en elkaar hier op aan spreken is mens-waard-ig en goedkoper. Doorlopend controleren ontmenselijkt en is duur.”



*RJaime Saleh, voormalig gouverneur Nederlandse Antillen, voormalig bijzonder hoogleraar Constitutioneel Koninkrijksstaatsrecht Universiteit Utrecht en Minister van Staat van Curaçao*

“Wat we nu zien gebeuren is dat in onze samenlevingen in alle delen van het Koninkrijk de techno-bureaucratie de dienst gaat uitmaken. Het gevaar van bureaucratisme bestaat niet alleen hierin dat de democratie geleidelijk wordt teruggebracht tot "bureaucratisme", louter formele schijn, maar ook dat de bestuurlijke problemen het gevolg worden van het gedrag van min of meer op zichzelf staande administratieve regels.”

## Voorbeelden

Onderstaande collage van voorbeelden van de huidige administratieve lasten in de zorg is tot stand gekomen door gesprekken met zorgprofessionals en zorgaanbieders het afgelopen jaar. De voorbeelden zijn ingedeeld naar de afkomst van de genoemde administratieve lasten.

De case van een apothekhoudende huisarts die zijn praktijknaam veranderde  
De grootste frustratie was 1,5 jaar geleden toen we de naam van de praktijk veranderden. Toegegeven, dat doe je als huisarts niet vaak, dus is niet een frequent voorkomend probleem. Echter het feit dat ik enkele maanden in de clinch heb gelegen met naar schatting 40 instanties die allemaal wel een link met elkaar hebben, maar niet of nauwelijks van elkaar weten wat ze doen, zegt genoeg. En ook intern binnen instanties gaat het niet altijd goed.

## Wet- regelgeving Den Haag

De eerste opdracht is aan Tweede Kamer zelf. Wetgeving die leidt tot administratieve lasten. In het debat arbeidsmarkt in de zorg van 5 juli 2022 hebben we de minister gevraagd met een top vijf van wetten die voor administratieve lasten zorgen te komen. Die lijst hebben we nog niet maar de Wet Zorg & Dwang alsmede de Wet Verplichte GGZ zitten o.i. in die top vijf.



### **Wet Zorg & Dwang en Wet verplichte GGZ**

Als instelling voor jeugdzorg en gehandicaptenzorg hanteren wij de WZD-regelgeving. Dit vraagt de nodige aandacht/training en administratieve investering. Bij 5% van onze WLZ-cliënten is echter sprake van een Zorg Zwaarte Pakket GGZ (en daarnaast een verstandelijke beperking). Binnen de GGZ wordt deze groep vaak via het zorgkantoor naar ons verwezen. Deze cliënten zijn bij ons op de goede plaats, aangezien wij zowel AVG-artsen als psychiaters in dienst hebben. Bij deze cliënten is echter de WVGZ van toepassing bij mogelijke vrijheidsbeperkende maatregelen. Dat verhoogt de complexiteit nog meer.

### **Wet langdurige zorg: meerzorgaanragen**

Binnen de Wet langdurige zorg spelen de meerzorg(aanvragen). Door de tekortkoming in de ZZP Verstandelijk Gehandicaptten 7, vragen wij (net als andere instellingen) vaker meerzorg aan om de juiste zorg aan de cliënt te kunnen bieden. Meerdere rapporten (HHM, KPMG) hebben al aangetoond dat de uitgangspunten die gehanteerd worden bij de ZZP VG7 niet toereikend zijn. De meerzorgaanvraag is een belastende administratieve procedure en is daarnaast niet goed kostendekkend te krijgen, aangezien alleen de directe personele kosten in loondienst worden genormeerd. Op dit moment hebben 50% van al onze cliënten met een VG7-indicatie (550 totaal) een meerzorgtoewijzing inclusief alle administratieve lasten en verantwoording.

### **Jaarverantwoording eerstelijns zorgaanbieders onder Wet Toetreding Zorgaanbieders**

Op 1 januari 2022 trad de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Deze wet heeft nieuwe toetredingsregels voor zorg- en jeugdhulpaanbieders. Daardoor veranderen een aantal dingen voor startende kleine aanbieders. Zij krijgen bijvoorbeeld te maken met een meldplicht. Het hoofddoel van de toetredingsregels is een verbetering van de zorgkwaliteit. De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt hierop toezicht. Daarnaast beogen de regels een betere bewustwording van startende aanbieders. Nog voordat zij beginnen als zorg- of jeugdhulpaanbieder.

Onderdeel van de Wtza is ook de jaarverantwoording. De praktijk, met name bij eerstelijns zorgverleners, heeft inmiddels uitgewezen dat dit tot veel (te veel) administratieve lasten leidt bij kleinere zorgaanbieders. Daarom wil het CDA dat een aantal regels voor kleine eerstelijns zorgaanbieders niet meer gelden. Dit omdat er al genoeg controle mogelijkheden zijn voor de toezichthouders om in te grijpen.

### **Overlap in uitvragen door Inspectie, Zorgautoriteit etc.**

De inspectie IGJ, het Zorginstituut, ROAZ'en etc. doen alle uitvragen bij zorgorganisaties. Voor 80% zijn de vragen hetzelfde maar toch net een beetje anders gesteld. In plaats van één portaal moet alles apart worden aangeleverd aan Inspectie, Zorgautoriteit, Zorgverzekeraar etc. Data moeten telkens opnieuw worden ingeklokt. Zie ook mijn gesprek met Jolanda de Vries, bestuurder ziekenhuis ADRZ Goes.

### **Zorgverzekeraars**

Per zorgverzekeraar verschilt de bestelwijze en het bedrijf waar je als huisarts een katheter, verbandmateriaal, bijvoeding, et cetera moet bestellen. Een stoppen met roken recept moet gestuurd worden naar een speciale apotheek wat extra handelingen met zich meebrengt. In plaats van direct digitaal met één druk op knop naar plaatselijke apotheek moet dit handmatig: recept uitprinten, handtekening eronder, inscannen, extra formulier invullen voor machtiging stoppen invullen ondertekenen, inscannen en doorsturen per mail of fax. Ook verschillen de eisen per zorgverzekeraar aan de mate van Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) tussen huisarts en apotheek.

Logopedie wordt vergoed vanuit de basisverzekering, maar in de polisvoorwaarden hebben de verschillende zorgverzekeraars beperkende voorwaarden opgenomen. Sommige verzekeraars vergoeden directe toegankelijkheid van logopedie bij patiënten onder de 18 jaar, sommige niet.

In dat laatste geval moeten patiënten een verwijzing vragen bij de huisarts. Dit brengt extra administratieve lasten met zich mee voor zowel de patiënt, als de huisarts als de logopedist.

Zorgverzekeraars hebben allemaal een ander preferentiebeleid. De apothekersassistente moet nakijken welke zorgverzekeraar iemand heeft om te weten welk merk medicatie zij het beste uit kan geven. Het preferentiebeleid verandert een aantal keren per jaar (met verschillende redenen). Hierdoor is de assistente veel tijd kwijt met het uitleggen waarom het doosje medicijnen een andere naam of kleur heeft. Daarnaast zorgt dit voor boze patiënten.

Intramuraal zijn materialen voor wondzorg en incontinentie voorhanden. Maar als mensen in een instelling wonen (huren) en wijkzorg nodig hebben moeten medewerkers uitzoeken wat de verzekeraar voorschrijft en waar dit te krijgen is. Dat zijn veel administratieve last en telefoontjes en ook uitzoeken waar het gehaald kan worden (apotheek of leverancier).



*Pascalie Theunissen, zorgaanbieder medische hulpmiddelen*

“Een patiënt heeft zowel aan de linkerhand als rechterhand artrose: hiervoor zijn vingerortheses, polsorthese en een handorthese nodig. In het verleden mocht voor al deze ortheses 1 offerte worden uitgebracht. Voor dezelfde aanvraag moeten nu 6 offertes worden opgesteld: voor vingerortheses van de linker- en rechtervinger, voor de linker- en rechterhand en voor de linker- en rechterpols. Dit betekent 500% meer werk ten opzichte van het verleden.

Zorgverzekeraars hanteren **clustervergoedingen** om de administratieve lasten van de leveranciers te verminderen: één standaard vergoeding voor een hulpmiddel. Indienen van offertes voor machtiging zou niet langer noodzakelijk zijn. Toch zijn er zorgverzekeraars waar men, ondanks de clustervergoedingen, de eerste aanvraag tóch moet aanvragen. Ook voor herhalingen wanneer een hulpmiddel versleten is, moet een aanvraag opnieuw worden ingediend, terwijl de indicatie van de patiënt hetzelfde is gebleven. Sterker, er moet vaak opnieuw een machtiging worden aangevraagd ook als kinderen een nieuw hulpmiddel nodig hebben omdat ze eruit gegroeid zijn.

Om huisartsen te helpen maakt de LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) jaarlijks een "declaratiewijzer" om huisartsen te helpen juist te declareren (want er verandert ook jaarlijks wel wat). De declaratiewijzer editie 2023 beslaat 146 pagina's!

Opvallend daarbij vind ik altijd dat de huisarts aan allerlei zaken moet denken om de declaratie goed bij de verzekeraar te krijgen. Ik vergelijk dit meestal met de klant die bij de banketbakker gaat uitleggen dat hij de broodjes alleen betaalt als de nota van de banketbakker aan allerlei eisen voldoet die de klant heeft opgesteld. Om de declaraties goed te laten verlopen en ook de afkeuringen te kunnen beoordelen hebben wij een intermediair moeten inhuren.

MTVP: meer tijd voor de patiënt: Wij moeten nu een plan indienen met een beschrijving waarom de interventies (die de zorgverzekeraar en de regionale huisartsenorganisatie samen hebben bedacht) ons gaan helpen in onze praktijkvoering. Dat is een beetje een open deur verslag. Ook zijn huisartsen ongerust over de bewijslasten en verplichtingen die toch her en der opduiken. Er komen toch weer steeds meer voorwaarden en vinkjes om aan te vinken in het plan.



De apotheek krijgt al jaren de boosheid en onbegrip van patiënten bij het preferentiebeleid. Alle verzekeraars hebben andere eisen en voorwaarden, andere lijstjes en preferente middelen. Soms blijven die twee jaar hetzelfde, maar soms komt er elke drie maanden een nieuw lijstje. Is het een ander preferent middel, maar heb je net ingekocht volgens de oude methodiek? Helaas. Dat mag niet meer afgeleverd worden, op straffe van flinke boetes. Het middel ligt te verlopen in de kast tot het in de kliko voor de milieustraat verdwijnt.

Hetzelfde gebeurt bij hulpmiddelen en verbandmiddelen. Officieel moeten wij bij het voorschrijven van deze middelen een aanvraag doen bij de verzekeraar en als die goed gekeurd wordt mag het afgeleverd worden. Dat geldt dus ook bij urinekatheters en wondverzorging. Een acute retentie met een blaasvulling van 1-2L of een wond die slecht heelt, zou dus eerst op toestemming moeten wachten van de verzekering alvorens de patiënt geholpen kan worden.

'Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023' van de Nederlandse Zorgautoriteit is 40 pagina's. Des te groter het aantal regels waaraan een zorgverlener moet voldoen, des te groter de administratieve lasten.

## Gemeentes

Op de eerste plaats zitten lasten vaak in kleine dingen. Een ervaring van een huisarts: Afgelopen week ook bezig geweest met waarschuwing (c.q. boete) bij parkeren als huisarts ondanks het bordje achter de voorruit waarop staat "huisarts doet visite". Daar heeft de gemeente inmiddels excuses voor aangeboden.

## Voor iedere gemeente een andere rapportage

Instellingen voor langdurige zorg hebben op basis van de Wet langdurige zorg te maken met zorgkantoren en daarnaast veel met gemeentes in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Jeugdwet. Niet alleen de algemene verantwoording, ook op niveau van individuele producten is de verantwoording per gemeente verschillend. Zowel met betrekking tot uren als inhoudelijk. Dus voor iedere gemeente moet een ander verslag worden gemaakt.

Gegevens die je per cliënt moet vastleggen verschillen per gemeente.



*Peter van Wijk, bestuurder ProfilaZorg Groep (zie ook Instagram live 16 september 2022)*

“Voor zorg die we verlenen onder de Wet Maatschappelijk Ondersteuning moeten we voor iedere gemeente een ander verslag maken. Het zou reuze helpen als daarin meer eenduidigheid komt.

Ik vergelijk het met Verkeersregels: die zijn voor alle gemeentes hetzelfde maar gemeentes kunnen zelf bepalen welke regel waar van toepassing is.”

Bovendien doet bijna niemand iets met die informatie. Het meest irritante is als het niet verschillend is, maar dan ook weer net niet hetzelfde.

Een voorbeeld daarvan is het instrument klanttevredenheid: Dit vind ik ervan (Wlz) WMO gebruikt dat instrument soms wel en soms niet maar gebruikt dan de Zelfredzaamheidmatrix. Maar die wordt dan weer verschillend toegepast. En wat overheden daarmee doen is onduidelijk: er gebeurt o.i. weinig mee.

Het budget voor jeugdzorg is ten opzichte van 2015 meer dan verdubbeld en het aantal aanbieders is vertienvoudigd van circa 700 naar circa 7000. We hebben het duur en ingewikkeld gemaakt. Als je het systeem vereenvoudigt kun je met minder geld meer doen. Gemeentes verminderen hun eigen administratie door te gaan werken met hoofdaannemers die dan alle administratie moet regelen voor onderaannemers. Maar die administratie regelen voor onderaannemers zit niet in tarief.



*Benjamin Wendt wijkverpleegkundige, onderzoeker bij HAN en voorzitter CDA verpleegkundigen & verzorgenden*

“De regels voor het aanvragen van een PGB voor zowel ZVW als WMO zijn vaak ingewikkeld, regelmatig onduidelijk en vaak tijdrovend. Daarbij hebben wij het nadeel in meerdere gemeentes actief te zijn, die elk hun eigen procedures en voorwaarden hebben. Daarnaast kan er in de samenwerking tussen organisaties veel verbeterd worden om dubbel werk te voorkomen: wat er nu vaak gebeurt is dat iedere partij een eigen vooronderzoek doet, dan zelf wil kijken door middel van een huisbezoek, dan een indicatie stelt en een eigen dossier wil voeren. Als mensen dat zelf niet meer kunnen ben je als wijkverpleegkundige veel tijd kwijt om dat allemaal te begeleiden en ondersteunen. Daarbij komt het voor dat bij een herindicatie alle stappen opnieuw doorlopen moeten worden”.

### **Zorgkantoren**

Voor de Wet langdurige zorg moet jaarlijks worden verantwoord aan Inspectie, het Zorgkantoor en de brancheorganisatie. Het kwaliteitskader is door de branche ontwikkeld maar het zorgkantoor wil daarnaast nog allerlei extra data. De inspectie hanteert weer veldnormen. Veel van de verantwoording en dus administratie die wij vragen aan zorginstellingen moeten wij als zorgkantoor verzamelen maar die hebben we niet zelf bedacht. Dan zijn het gegevens die bijvoorbeeld een Inspectie of Zorgautoriteit van ons vraagt.

### **Subsidieregelingen, tijdelijke financiering & extrakostenregeling**

In het algemeen kun je stellen dat alle verschillende potjes zorgen voor extra administratieve lasten. Immers iedere subsidieregeling, tijdelijke financiering of extra kostenregeling vraagt een eigen verantwoording. En omdat alles in het tarief verwerkt moet worden betekent dit naast aparte verantwoording ook aparte declaraties.

Wij denken dan aan: Transitiemiddelen, Middelen voor Scheiden Wonen & Zorg, Energie compensatie en Extra Kosten Thuis (een opslag op het tarief als dat tarief onvoldoende dekkend is).

### **Beroepsgroepen**

De eisen van beroepsgroepen zelf kunnen ook aparte regelgekkigheid leiden. SONCOS, de beroepsvereniging van oncologische specialisten, maakt al tien jaar een normeringsrapport, een document van tientallen pagina's. De vraag is wat daarmee gebeurt.

De Stichting DUOS schrijft namelijk op haar website:

Belangrijkste vraag blijft: hoe komt u er nu achter of 'uw' ziekenhuis voldoet aan die SONCOS-normen? Dat wordt helaas nergens zwart-op-wit geregistreerd. Tot op heden wordt uitgegaan van de assertiviteit van de patiënt die aan zijn behandelend specialist dient te vragen of het ziekenhuis aan deze normen voldoet. Vooral bij de zeldzame kankers (als zaadbalkanker) is het aantal ziekenhuizen die aan deze norm voldoet schrikbarend laag. Houd hier rekening mee. Nergens is er dus afstemming of afspraken over concentratie van hoogcomplexere operaties of controle of de norm wordt toegepast. Wat is dan de toegevoegde waarde is van dergelijke papieren initiatieven?

Een ander voorbeeld: er wordt veel geklaagd over de uitgebreide procedure herregistratie voor huisartsen. Onder andere over het onderdeel: evaluatie individueel functioneren (EIF). Deze is geaccrediteerd door NHG: Nederlands Huisartsen Genootschap, oftewel: de eigen wetenschappelijke vereniging. Maar de herregistratieprocedure wordt intern niet aan de orde gesteld.

Kwaliteitsregistraties bevorderen een lerende cultuur en laten zien hoe behandelingen effectiever en efficiënter kunnen worden. Hoe het ene ziekenhuis kan leren van het andere. Dat is zeer belangrijk om te hebben en om verder te ontwikkelen. Maar de 80-20 regel ontbreekt. Zoals een arts vertelde: we houden circa 50 criteria bij, maar met 15 criteria heb ik circa 80% van de informatie.

Nog een bijkomend probleem: gegevens voor kwaliteitsregistraties moeten bijna altijd apart worden ingevoerd omdat automatische koppelingen ontbreken. In Skipr [HH1] is de lezer dat uit onderzoek van Berenschot blijkt dat slechts 25% van de kwaliteitsregistraties volledig automatisch wordt aangeleverd via een koppeling met het epd.

### **Instellingen**

Zorginstellingen beslissen zelf welk keurmerk ze willen verwerven of niet. Zo kun je op de websites van de ziekenhuizen zien welke keurmerken ze hebben. Er is echter geen onderlinge afstemming en verdeling over hoogcomplex specialisaties.

Daarnaast maken zorginstellingen ook zelf afvinklijstjes. Dat je kunt bewijzen dat de procedure is gevolgd. Een ziekenhuis geeft aan: Wij moeten pijnscores van baby's bijhouden terwijl je bij een baby snel merkt of die pijn heeft. Die gaat namelijk huilen. Wie wordt hier nou wijzer van is vaak de vraag. Het gevaar van vinkjes zetten is bovendien dat je ineens iets over het hoofd kan zien dat wel belangrijk is, als nut en noodzaak niet duidelijk zijn.



*David Baden, spoedeisende hulparts  
Diakonessenziekenhuis*

“Omdat er ooit iemand vergeten is een bepaalde print uit de machine te halen, moeten we nu voor iedere patiënt een lijstje afvinken. Daarmee maken we mensen murw waardoor ze steeds minder hun gezond verstand gebruiken.”