

Welke vragen moeten we beantwoorden voordat we een beleidsmaatregel invoeren?



De Trechter van Verdunning

De Trechter van Verdunning

(Ont)Regel de Zorg

Er moet een forse vermindering komen van de administratieve lastendruk en het geïnstitutionaliseerde wantrouwen in de zorg. Deze oproep horen we al decennia. Diverse ambitieuze pogingen het tijt te keren hebben weinig effect gesorteerd. Ditmaal lijkt de tijd rijp om wél succes te boeken. Werkers in de zorg geven duidelijk aan gedemotiveerd te raken door de karrevracht aan papierwerk en beleidsmedewerkers voelen de urgentie. Minister Schippers bepleit het einde aan deze ‘formulierenvracht’, de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) roept in haar Zorgagenda de verantwoordingsdrift een halt toe, de zorgverzekeraars zien het ‘wegnemen van de regeldruk’ als een van dé opgaven voor de komende jaren en actiecomité *Het Roer Moet Om* is erin geslaagd om in de huisartsenzorg de administratieve lasten terug te dringen.

Dit hete ijzer dient gesmeed te worden. Een radicale aanpak is noodzakelijk. Daarom heeft *Het Roer Moet Om* (HRMO) deze zomer samen met VvAA het initiatief (Ont)Regel de Zorg gelanceerd. (Ont)Regel de Zorg is een zorgbrede beweging bedoeld om de administratie in de zorg radicaal terug te dringen en te moderniseren. Het streven is een gezondheidszorg waarbij de zorgverlener meer tijd en aandacht heeft voor de patiënt en de administratie primair ten dienste staat van die zorg. Schrap én verbeter is het motto.

Wat heeft (Ont)Regel de Zorg tot dusverre gedaan?

(Ont)Regel de Zorg heeft een denktank van frisse buitenstaanders aan het werk gezet om samen met zorgprofessionals in kaart te brengen hoeveel tijd zij daadwerkelijk besteden aan administratieve taken, waarom ze dit (denken te) doen én van wie ze dit (denken te) moeten. In tientallen interviews, meerdere denksessies en meeloopdagen heeft de denktank de afgelopen weken gesproken met zes beroepsgroepen: wijkverpleegkundigen, apothekers, ziekenhuisverpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychiaters en mdl-artsen.

De eerste vraag hierbij is: wat verstaan we in de zorg onder ‘administratieve lastendruk’ en ‘administratieve handelingen’? Met administratieve lastendruk doelen we op alle beleidsmaatregelen, afspraken en procedures waar zorgverleners uitvoering aan moeten geven met het oog op bewaking en controle van de kwaliteit en van het handelen van de zorgverlener. ‘Administratieve handelingen’ zijn alle handelingen waarbij zorgverleners informatie registreren, bewaren en ter beschikking stellen. Denk hierbij onder meer aan het bijhouden van het medisch dossier en het invullen van gegevens voor verantwoording of kwaliteitsregistratie.

Vervolgens heeft de denktank van elk van de zes beroepsgroepen de ‘weekagenda’s’ in kaart gebracht. Via interviews en denksessies hebben ze minutieus uitgeplozen hoeveel tijd zorgverleners gemiddeld aan administratieve taken besteden. Dat gaat bij de onderzochte zes beroepsgroepen om een substantieel deel van hun werkweek. Dit zijn de percentages per beroepsgroep: Fysiotherapeuten: 26%; Ziekenhuisverpleegkundigen: 39%; Apothekers: 39%; Psychiaters: 39%; Mdl-artsen: 43%; Wijkverpleegkundigen: 49%.

Naast de weekagenda’s, die te vinden zijn op de site van de VvAA, is de denktank tot vier hoofdconclusies gekomen:

- 1 Administratieve taken leveren zorgverleners veel frustratie op. Tijd die zorgverleners aan administratie besteden, gaat ten koste van tijd voor de patiënt. Zorgverleners zien vaak wel het nut van het moeten vastleggen van informatie, maar hebben last van de manier waarop dit moet gebeuren. Ict-systemen zijn vaak rigide, *er is gebrek aan ondersteunend personeel*. De (opeenstapeling van de) diverse kleine administratieve handelingen veroorzaakt frustratie, net als het doen van dubbelwerk. Zorgverleners worden door hun organisatie beoordeeld op basis van het nakomen van hun administratieve verplichtingen en niet op basis van de inhoud van werk. Zorgverleners ervaren de extern opgelegde administratie als een gebrek aan vertrouwen en aantasting van hun professionele autonomie.
- 2 Zorgverleners vinden niet alle administratieve handelingen nuttig. Zij moeten bepaalde informatie dubbel – bijvoorbeeld in twee systemen – registreren. Zorgverleners krijgen beperkte terugkoppeling op de inhoud van de registraties, terwijl zij dit juist zouden kunnen benutten voor het verbeteren van de kwaliteit. De registraties geven volgens zorgverleners niet altijd een weergave van de werkelijke situatie.
- 3 De administratieve lastendruk stijgt door de voortdurende stapeling van taken. Er komen voortdurend nieuwe registraties bij, maar eenmaal ingevoerde administratieve taken worden zelden weer afgeschaft, ook niet wanneer ze geen doel meer dienen. Zo ontstaat het ‘poly-administratie-effect’. De tijd die zorgverleners besteden aan administratie neemt toe en de frustratie ook.
- 4 Zorgverleners voelen zich machteloos in het terugdringen van administratieve druk. Ze zien niet hoe ze het tijt kunnen keren en leggen zich vaak gelaten neer bij de taken die ze moeten uitvoeren. ‘Gewoon invullen’ is makkelijker dan er iets van zeggen. Als zorgverleners er iets over zeggen tegen management

of bestuur, hebben ze niet het gevoel dat er iets mee wordt mee gedaan. Zorgverleners hebben zelf weinig uitvoerbare ideeën over hoe het anders of beter zou kunnen.

Wat is het voorstel?

Wat te doen? (Ont)Regel de Zorg kiest voor een radicale aanpak. Het voorstel dat HRMO doet is een principiële *denkexercitie met praktische implicaties* in drie stappen:

- Stap 1:** alle bepalingen, kaders en beleidsmaatregelen in de zorg, gericht op de bewaking en controle van de kwaliteit en handelen van de zorg(verlener), met uitzondering van marginale toetsing van de IGJ, worden geschrapt en daarmee alle de administratieve handelingen die daaruit voortvloeien;
- Stap 2:** wie hierna bepaalde beleidsmaatregelen of handelingen node mist, kan ze aanmelden voor een *herbeoordeling*;
- Stap 3:** van de voor herbeoordeling aangemelde handelingen of beleidsmaatregelen gaan we *weloverwogen* bepalen of het een goed idee is om ze weer in te voeren.



Geïnspireerd door de welbekende ‘*Trechter van Dunning*’ heeft HRMO met de denktank een instrument ontwikkeld dat bij deze herbeoordeling behulpzaam kan zijn. De trechter is, net als de oorspronkelijke trechter van cardioloog Ad Dunning, een beoordelingsinstrument bestaande uit een aantal criteria, ‘filters’, waar iets wel of niet doorheen kan vallen.

De Trechter van Verdunning is opgebouwd volgens dezelfde logica. Het eerste filter is **Noodzaak**. De hulpvraag die we bij dit filter stellen luidt: Is deze beleidsmaatregel noodzakelijk om goede zorg mogelijk te maken? Een andere vraag die hierbij helpt is: Gaat er iets mis met het functioneren van ons zorgsysteem als we deze beleidsmaatregel *niet* invoeren? Alleen beleidsmaatregelen waarbij het antwoord op deze vragen volmondig ‘ja’ is, komen door het Noodzaak-filter.

Het tweede filter is **Werkzaamheid**. Dit filter gaat over de effectiviteit van de beleidsmaatregel. Vragen die hierbij horen zijn: Wat is het beoogde effect van deze beleidsmaatregel? En is dat effect aantoonbaar? Dit zijn vragen die zorgprofessionals zichzelf ook voortdurend stellen bij hun medisch handelen. Alleen de beleidsmaatregelen en de administratieve handelingen die overtuigend aantoonbaar werkzaam zijn, komen door dit filter.

De crux zit ‘em in filter nummer drie; **Doelmatigheid**. De beleidsmaatregelen die in dit filter belanden zijn al noodzakelijk én ze zijn werkzaam. Om door filter drie te komen moet de beleidsmaatregel ook *doelmatig* zijn. Oftewel; de kosten van de maatregel mogen niet groter zijn dan de baten. Nu zijn deze baten in de zorg lastig te moneteriseren. Maar we kunnen wel een inschatting maken van wat het kost om een bepaalde medische beroepsgroep een minuut administratie te laten doen, oftewel; wat een beleidsmaatregel kost in de praktijk. Het idee is; als we een prijskaartje aan administratieve taken hangen kan er beter een kritisch vergelijk worden gemaakt. Een veelheid aan tijdrovende handelingen voor een klein resultaat valt hier af. Zo biedt dit derde filter de mogelijkheid een einde te maken aan de ongebreidelde stapeling van op zichzelf zinvolle administratieve handelingen (het poly-administratie-effect).

Over de vraag bij welk percentage aan administratie bestede werktijd een prohibitief (= onbetaalbaar hoog) tarief zou moeten gelden, kun je twisten. VUmc-bestuurder Wouter Bos suggereerde onlangs in een column getiteld ‘Botheid loont’ dat een dagdeel per week (tien procent van de totale werktijd) het maximum zou moeten zijn. Voor veel medisch professionals en paramedici zou dit betekenen dat ze een dag per week – of meer – over zouden hebben om aan hun patiënten of aan de ontwikkeling van de zorg te besteden. Om dat te bereiken moeten we de marginale kosten van administratietijd snel laten oplopen. Zo’n strak afgesteld doelmatigheidsfilter is bezien vanuit het perspectief van de zorgprofessional een aantrekkelijke gedachte. In de woorden van Bos: ‘Als het lukt, doen we iets moois’.

Hoe nu verder?

De administratieve lastendruk is in de zorg een veelkoppig monster, met vele onderliggende ratio’s en vele opdrachtgevers. Een monster dat vanzelf groter wordt zolang een stevige tegenmacht ontbreekt en partijen niet hun verantwoordelijkheid nemen. (Ont)Regel de Zorg heeft bestuurlijk steun. Het is nu aan de ruim 350 duizend betrokken zorgverleners in Nederland om in actie te komen en met de kracht van argumenten weerwoord te bieden aan de administratieve lastendruk.