



# Terugdringen **registratielasten** in de langdurige zorg



Een uitgave van het  
Programma **Aanpak verspilling in de zorg**  
[verspillingindezorg.nl](http://verspillingindezorg.nl)



# Terugdringen registratielasten in de langdurige zorg

Opgesteld door de werkgroep Registratielasten in de langdurige zorg, onderdeel van het project **Aanpak verspilling langdurige zorg**  
[verspillingindezorg.nl](http://verspillingindezorg.nl)

Samenstelling werkgroep:

**V&VN**, Annemarie Vaalburg

**Abvakabo FNV**, Jessica van Ruitenburg

**CNV Publieke Zaak**, Daniëlle van der Eerden

**Nu '91**, Rolf de Wilde

**Vilans**, Sabina Mak en Marjolein van Vliet

**VWS**, Fred Lafeber

november 2014



# Inhoudsopgave

Inleiding.....	04
1. Zorgleefplan en rapportage.....	06
2. Vrijheidsbeperking.....	09
3. Medicatie.....	11
4. Screening en controle.....	14
5. Veiligheid.....	17
6. Kwaliteitsverbetering.....	20
7. Financiën en verantwoording.....	23
8. Leveranciers en inkoop.....	25
9. Juridische zaken.....	26
Tot slot.....	29
Lijst van afkortingen en omschrijvingen.....	31

# Inleiding

**Formulieren, checklijsten en scoringslijsten. Registreren in de zorg is nodig, bijvoorbeeld voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit. Maar in de praktijk rijst het de pan uit. Uit een enquête over registratielast in de zorg (door beroepsvereniging V&VN en de NOS, januari 2014) blijkt dat 87% van de verpleegkundigen en verzorgenden meer of veel meer registratielast ervaart dan vijf jaar geleden. Bijna iedereen (92%) vindt dat het registreren in de zorg is doorgesloten en vaak overbodig is. Op het [meldpunt Verspilling in de zorg](#), een online meldpunt dat minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ruim een jaar geleden lanceerde, gaat 9% van de meldingen over registratielasten.**

Het probleem is niet nieuw. Er zijn de afgelopen jaren diverse initiatieven geweest om onnodige administratieve lasten aan te pakken. Zo is in het *experiment regelarme instellingen (ERAI)* op diverse terreinen door zorgaanbieders in de praktijk onderzocht wat het oplevert indien hinderende regels niet of in mindere mate moeten worden gevolgd.

In het kader van het Programma *Aanpak verspilling in de zorg* hebben verschillende partijen samen een werkgroep gevormd (Vilans, Abvakabo FNV, Nu'91, VGN, CNV Publieke Zaak, V&VN, VWS) en het voortouw genomen om de registratielast zoals deze door professionals op de werkvloer wordt ervaren in kaart te brengen. Ook heeft de werkgroep voorstellen verzameld voor oplossingen. De nadruk is daarbij gelegd op registratie door zorgverleners binnen zorginstellingen in de langdurige zorg.

De afgelopen maanden heeft de werkgroep bij – in totaal - negen zorgaanbieders in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ geïnventariseerd met welke registratievormen primaire zorgverleners (zoals begeleiders, helpenden/verzorgenden en verpleegkundigen) te maken hebben en wat de herkomst is van deze registraties. Ook werd gevraagd naar de overlap met andere registraties en hoe de terugkoppeling van een registratie is geregeld. Op basis van deze inventarisatie, aangevuld met ervaringen uit eerdere rapporten en het hierboven genoemde experiment, zijn aanbevelingen opgesteld voor zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het ministerie van VWS.

Alle aanbevelingen zijn door de werkgroep in mei 2014 verwerkt in een (niet representatieve) digitale enquête die via websites (zoals het Zorg voor Beter Kennisplein-VVT) en nieuwsbrieven van de betrokken organisaties is voorgelegd aan zorgverleners met de uitnodiging te reageren. 863 zorgverleners hebben daarop gereageerd en aangegeven of ze de aanbevelingen haalbaar en zinvol vonden en of ze misschien al worden toegepast. Daarnaast konden respondenten zelf aanbevelingen en goede voorbeelden toevoegen. Ook de werkgroep heeft gezocht naar goede voorbeelden van zorgaanbieders die de registratiedruk hebben teruggebracht.

Het resultaat van deze exercitie leest u in dit rapport.



Om de aanbevelingen en goede voorbeelden zo overzichtelijk mogelijk aan te bieden, zijn zij verdeeld over een aantal categorieën, namelijk:

- 1 zorgleefplan en rapportage
- 2 vrijheidsbeperking
- 3 medicatie
- 4 screening en controle
- 5 veiligheid
- 6 kwaliteitsverbetering
- 7 financiën en verantwoording
- 8 leveranciers en inkoop
- 9 juridische zaken

Deze eerste inventarisatie is niet volledig en betreft een deel van de langdurige zorg. Er is bijvoorbeeld niet gekeken naar registratiedruk bij administratieve- en beleidsafdelingen. De gekozen werkwijze (praktijkgericht, input van zoveel mogelijk zorgprofessionals en van onder af) heeft echter als voordeel dat de informatie direct van de werkvloer afkomstig is. Het nadeel is dat de informatie niet altijd representatief en soms onvolledig is. Kent u meer relevante aanbevelingen of goede voorbeelden die niet in het rapport opgenomen zijn? Dan kunt u dit via [verspillingindezorg.nl](https://www.verspillingindezorg.nl) aanmelden.

We willen met dit rapport de zorgaanbieders en andere instanties in de zorg suggesties aanleveren over waar en op welke manier we registraties kunnen terugdringen. Zodanig dat de zorg voor de cliënt weer centraal komt te staan in plaats van de bureaucratie. Minder en slimmere registratie door werknemers in de zorg betekent immers niet alleen een doelmatigere besteding van beschikbare middelen, maar ook heel concreet dat zorgprofessional meer tijd over houdt voor de cliënt en daardoor nog meer plezier in het werk krijgt.

We zeggen overigens niet dat alle registraties overbodig zijn. Goed en slim monitoren is soms nodig en kan de zorg ook verbeteren. Er staan daarom ook relatief weinig voorstellen in dit rapport om registraties maar helemaal af te schaffen. Maar het kan minder, efficiënter en beter, zodat het totaal van al het papierwerk behapbaar blijft voor de medewerkers. Ook het doel van de registratie en de terugkoppeling behoeft soms meer aandacht.

Recent hebben partijen, verenigd in de Agenda voor de Zorg, gepleit voor een gezamenlijk onderzoek naar oorzaken en de mogelijke aanpak van administratieve lasten en regeldruk. Dit rapport kan hier een goede bijdrage aan leveren. De aanpak van de werkgroep smaakt bovendien naar meer. Komend jaar gaan we samen met mensen uit de praktijk diverse aanbevelingen en goede voorbeelden oppakken. We willen waar kunnen maken dat de meldingen bij het meldpunt Verspilling in de zorg via ons rapport uiteindelijk ook tot minder registratielasten hebben geleid.

Dit rapport had niet tot stand kunnen komen zonder de inzet en kennis van experts werkzaam in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en langdurige GGZ. We bedanken hen dan ook in het bijzonder en hopen dat zorgverleners met dit rapport meer grip krijgen op de grote diversiteit aan registraties in de zorg en de mogelijkheden en goede voorbeelden gebruiken die er al zijn om deze terug te brengen.

**Edith Snoeij**  
**Voorzitter stuurgroep Aanpak verspilling langdurige zorg**

# 1. Zorgleefplan en rapportage

In 2007 is door ActiZ in samenspraak met LOC, NVVA (voorloper Verenso), AVVV en Sting (voorlopers van V&VN) het model zorgleefplan ontwikkeld. Dit instrument helpt de zorgverlener om de cliënt zo te ondersteunen, dat hij zijn leven (ondanks ziekte of handicap) zoveel mogelijk kan voortzetten zoals hij of zij dat wil. De voorkeuren, vragen, behoeften of doelen van de cliënt (en zijn naasten) zijn het uitgangspunt van het zorgleefplan.

Uitgangspunt is dat de zorg bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Om die reden is het zorgleefplan opgebouwd uit vier domeinen van kwaliteit van leven in de VVT<sup>1</sup> en acht domeinen in de gehandicaptenzorg<sup>2</sup>.

Afhankelijk van de sector wordt in plaats van zorgleefplan ook wel gesproken over ondersteuningsplan, persoonlijk plan of begeleidingsplan.

## Herkomst van de registratie

In 2009 trad het besluit Zorgplanbespreking AWBZ-zorg in werking; het bespreken en evalueren van het zorgleefplan met de cliënt werd verplicht. Dit moest de positie van de cliënt versterken. Drie jaar later is dit besluit geëvalueerd. Uit de evaluatie bleek dat de positie van de cliënt binnen zorginstellingen inderdaad verbeterd is sinds de invoering van het besluit. Cliënten worden (bijna) altijd betrokken bij het opstellen van het zorgplan en het bespreken daarvan en zij kunnen meebeslissen over de te leveren zorg. De evaluatie van het Besluit heeft ertoe geleid dat deze is ingetrokken en dat regels over de toepassing van het zorgleefplan zijn opgenomen in de concepttekst Wet Langdurige Zorg (WLZ).

<sup>1</sup> <http://www.zorgleefplanwijzer.nl/zlp-informatie/wat-is-een-zlp.html>

<sup>2</sup> <http://www.vgn.nl/artikel/14657>

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

De belangrijkste ergernissen zijn het moeten invullen van niet relevante onderdelen in het zorgleefplan en het moeten registreren in verschillende (ICT) systemen. Dit laatste kan voortkomen uit de overgang naar een nieuw systeem, maar kan ook van structurele aard zijn. Deze problemen worden in alle sectoren ervaren. Een deel van de ervaren lasten volgt uit het feit dat het zorgleefplan meerdere doelen kent, naast het vastleggen en evalueren van de afspraken met de cliënt. Zo wordt het zorgleefplan ook gebruikt voor verantwoording aan de IGZ en de zorgkantoren.

Het digitaliseren van het zorgleefplan wordt vaak als de oplossing gezien om de registratielast te verminderen. Het zou alles makkelijker maken. Uit de enquête blijkt echter dat aanschaf van een goed systeem voor veel organisaties financieel niet haalbaar is, dat systemen nog lang niet goed met andere systemen communiceren en daardoor juist weer veel extra werk opleveren.

Ook blijkt dat veel systemen worden ontwikkeld zonder te kijken naar wat anderen al hebben ontwikkeld of zonder de eindgebruiker goed te betrekken in het ontwikkelproces.

*Wij werken op dit moment zowel digitaal als met een papieren dossier. De instelling verwacht dat beiden up-to-date zijn. Dit kost erg veel tijd.*

*(uitspraak zorgverlener)*

*Een standaard softwarepakket wijzigen naar een pakket op maat is te duur, zeker voor een kleinere zelfstandige instelling. Daarom zitten we met invulvelden die niet passen bij onze wensen.*

*(uitspraak zorgverlener)*

### Goede voorbeelden

Er zijn verschillende goede voorbeelden van het verminderen van registratielasten rondom het zorgleefplan en de rapportage in Nederland. Hieronder presenteren wij er een aantal:

- Een volledig persoonlijk plan op maar een paar A4-tjes: dat is het nieuwe compacte Persoonlijk (zorg) leefplan bij de Amarant Groep. Met als resultaat 10% tijdswinst en cliënten die nu een persoonlijk (zorg) leefplan hebben die ze wél lezen en begrijpen.
- Programma 'Geloof in eigen kunnen' van Riwis. Het programma bestaat uit twee aspecten: cliënten worden ondersteund in hun vermogen zelfstandiger hun leven te leiden en te organiseren en medewerkers worden geïnspireerd om hun werk en cliëntbenadering zo vorm te geven dat het verblijf van cliënten vooral tijdelijk van aard is. Onderdeel van het programma is het project Regeldruk. Binnen dit project is het de bedoeling werkdruk te verminderen en meer ruimte voor de cliënt te creëren door regels te schrappen of versoepelen.
- Ook Cordaan heeft het zorgleefplan met succes vereenvoudigd. Hoe zij dit hebben gedaan en wat zij nog meer hebben vereenvoudigd en passender hebben gemaakt voor de praktijk, lees je in het interview op [zorgleefplanwijzer.nl](http://zorgleefplanwijzer.nl).
- Philadelphia heeft gekozen voor een eenvoudig digitaal systeem waar de mogelijkheid bestaat velden uit te zetten die niet relevant zijn voor de cliënt. Dit voorkomt dat zorgmedewerkers onnodige velden moeten registreren en zorgt dat het systeem eenvoudig in gebruik blijft.

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Gebruik een elektronisch cliëntendossier (ECD) waar de mogelijkheid bestaat velden uit te zetten die niet relevant zijn voor de cliënt. Zo voorkom je dat zorgmedewerkers onnodige velden moeten registreren en blijft het systeem eenvoudig in gebruik.
- Kies als zorgaanbieder voor een ECD dat aan de programma 's van eisen van ActiZ en Verenso voldoet zodat het ECD het faciliteren van goede zorg ondersteunt en daarvoor doelmatig en gebruikersvriendelijk is.<sup>3</sup>
- Voorkom dat informatie in meer dan één systeem moet worden ingevuld. Of laat deze periode zo kort mogelijk duren tijdens de implementatie van een nieuw systeem. Hiermee wordt onnodige registratielast voorkomen.
- Zorg dat waar mogelijk het systeem (ECD) inzicht kan geven in zorginhoudelijke informatie voor kwaliteitsverbetering en voor het aanleveren van gewenste informatie bij externe partijen (bijvoorbeeld zorgkantoren en IGZ), zodat er niet dubbel hoeft te worden geregistreerd (ook nog voor de jaarlijkse zorginhoudelijke indicatoren). Bijvoorbeeld de mate en frequentie waarin decubitus op een afdeling voorkomt. Let hierbij op dat dit op eenvoudige wijze, bijvoorbeeld door het zetten van een vinkje, in te voeren moet zijn.
- Maak gebruik van de expertise van andere zorgaanbieders, zie de goede voorbeelden hierboven.

**Het is nog steeds niet doorgedrongen tot beleidsmakers dat zorgverlening zich niet in Excel-hokjeslaat plaatsen. Dus of de informatie wordt er gekleurd ingezet (en ik doe daar zelf aan mee, omdat systemen het anders niet kunnen verwerken)' of de informatie die eruit komt is niet correct.**  
(uitspraak zorgverlener)

3 [http://www.advisaris.nl/userdata/site\\_go/documents/ECD-Programma-van-Eisen-V&V-versie-3.2.pdf](http://www.advisaris.nl/userdata/site_go/documents/ECD-Programma-van-Eisen-V&V-versie-3.2.pdf)



## 2.

# Vrijheidsbeperking

**Dit hoofdstuk gaat over alle maatregelen die cliënten in hun vrijheid beperken. Dit is meer dan alleen de Zweedse band; het betreft bijvoorbeeld ook bedekken, een rolstoel op de rem of vaste bezoektijden.**

Vanuit de wet Bopz is het verplicht vrijheidsbeperkende maatregelen (fixeren, separeren, afzondering, psychofarmaca, gedwongen vocht en voeding) op individuele basis te registreren via een meldingsformulier middelen of maatregelen en dit te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). In het wetsvoorstel Zorg en dwang (opvolger van wet Bopz voor psychogeriatrische cliënten en cliënten met een verstandelijk handicap) wordt het begrip vrijheidsbeperkende maatregelen verruimd naar onvrijwillige zorg. Zorgaanbieders moeten een registratiesysteem opzetten om de maatregelen te registreren, maar hoeven deze niet langer per individueel geval te melden. Het registratiesysteem dient om inzicht te geven (zowel aan de IGZ als aan de zorgaanbieder zelf) in toegepaste onvrijwillige zorg. In het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (opvolger van de wet Bopz voor geestelijke gezondheidszorg) vervalt ook de individuele meldingsplicht en komt een plicht tot bijhouden van een registratie. Uit deze registratie moet halfjaarlijks een overzicht aan de IGZ worden overhandigd van geleverde verplichte zorg.

Zorgorganisaties gebruiken de gegevens uit de registratie om vrijheidsbeperkende maatregelen te evalueren en terug te dringen, om zo de zorgkwaliteit te verbeteren.

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

In verband met de eisen van de IGZ staat de registratie van middelen en maatregelen los van andere vormen van registratie. Hierdoor moet dubbel worden geregistreerd, zowel in het zorgleefplan als op een apart formulier. Op dat formulier is wel ruimte om aan te geven om welke middelen en maatregelen het gaat, maar onvoldoende mogelijkheid om de reden en/of het doel ervan te omschrijven. Vervolgens is niet helemaal duidelijk wat er met de formulieren gebeurt. Het idee bestaat dat het intern of extern op de grote hoop verdwijnt. Ook lopen interne kwaliteitsverbetering en verantwoording vaak door elkaar. Dit onderstreept het gevoel dat van alles geregistreerd moet worden, maar dat niet duidelijk is waarom en voor wie. En dat er daardoor niets mee gebeurt. Tenslotte zijn systemen niet altijd toegankelijk als dat nodig is (zie voorbeeld).

### Goede voorbeelden

Zorginstelling Vilente heeft in het kader van het experiment regelarme instelling gekeken naar het zelf uitvoeren van de BOPZ-toets. Meer informatie over dit experiment is te vinden op [invoorzorg.nl](http://invoorzorg.nl).

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Voor het toepassen van vrijheidsbeperkende interventies gelden bepaalde zorgvuldigheidsregels: alternatieven afwegen, evalueren van maatregel, etc. Het zorgleefplan is hét instrument waarin dit zou moeten gebeuren. Richt hier geen apart instrument voor in, maar integreer het meldingsformulier middelen of maatregelen in het elektronisch cliëntendossier (ECD) of koppel het aan het zorgleefplan.

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en de IGZ

- Zoek een methode om digitale registratie acceptabel en veilig te maken zonder dat er een fysieke handtekening van de arts onder staat. Ook kan gezocht worden naar alternatieven voor een fysieke handtekening, waar dat wettelijk is toegestaan.
- Probeer dubbele registratie te voorkomen door te kijken of het voldoende is als vrijheidsbeperkende maatregelen op de juiste manier ondertekend worden door de arts in het betreffende cliëntendossier en IGZ niet daarnaast aparte registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen vereist.

***Naast registratie zit de bureaucratie mij soms ook in de weg. Als ik een middelmaatregel inzet voor veiligheid wat vaak met spoed moet gebeuren, is registreren niet haalbaar omdat ik het dossier niet in kan omdat ik geen autorisatie heb. Lang leve de privacy bescherming. Aanvragen tot autorisatie duurt vaak een week!***

*(uitspraak zorgverlener)*

***Er worden continue grote registraties bijgehouden. Maar wat gebeurt er mee? Is het niet van veel groter belang dat elke zorgverlener doordrongen is van het serieuze karakter van een vrijheidsbeperkende maatregel? Dat het elke keer weer een individu betreft met een unieke situatie waarvoor door kritisch te kijken maatwerk geleverd moet worden? Daar moet het zwaartepunt liggen. Volgens mij verdwijnt de zorg anders snel in statistieken en methodes.***

*(uitspraak zorgverlener)*

# 3. Medicatie

Rondom medicatie zijn er eisen ten aanzien van controle en wijzigingen, het bestellen, bewaren en distribueren van medicatie. Daarnaast is er een checklist (BEM) om vast te stellen of de cliënt medicatie in eigen beheer kan hebben. Ook wordt medicatie dubbel gecontroleerd. Soms gebeurt dit nadat medicatie al is uitgezet door de apotheek. Registratie rondom medicatie is gericht op inzichtelijk maken van het proces (wie heeft wat gedaan) en het risico op fouten verkleinen. Het medicatieproces is erg risicovol, omdat er veel verschillende mensen bij betrokken zijn. Een goede informatieoverdracht en samenwerking is hierbij essentieel.

De afgelopen jaren is er in de care al veel aandacht geweest voor het vergroten van de medicatieveiligheid. De Taskforce Medicatieveiligheid (nu Platform) heeft de 'Veilige principes voor de medicatieketen' ontwikkeld. In de gehandicaptenzorg is de [Handreiking medicatiebeleid](#) in 2011 geactualiseerd (zie website VGN).

## Herkomst van de registratie

Registratie van opiaten is een wettelijke verplichting. De zorgmedewerker moet aannemelijk kunnen maken dat zij de opioïd aan de cliënt heeft gegeven en niet de opioïden voor zichzelf heeft opgespaard. Bewijsvoering is er in vele maten en soorten. Afhankelijk van de situatie/ context is een 'bewijs' administratie noodzakelijk. Hier is niet één oplossing voor.

Voor de VVT zijn er sinds 2012 de Veilige Principes voor de Medicatieketen (VPM). De veilige principes zijn inhoudelijk niet nieuw, maar vormen een weergave van materiaal dat er al was, hoe er nu gewerkt wordt (of gewerkt zou moeten worden op basis van huidige richtlijnen en handreikingen). De richtlijn is opgesteld door de toenmalige Taskforce Medicatieveiligheid (nu: Platform). De principes geven heldere kaders en verantwoordelijkheden aan, maar bieden ook veel ruimte voor invulling afgestemd op de specifieke situatie.

De VGN heeft in 2011 de Handreiking medicatiebeleid gehandicaptenzorg geactualiseerd, waarin een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden voor medicatieveiligheid zijn geformuleerd. Uitgangspunt in deze handreiking is dat de cliënt in principe zelf verantwoordelijk is voor zijn medicatiebeheer en -gebruik, tenzij er redenen zijn om dit anders te regelen.

*Gebruik in situaties waar de veilige principes geen passend antwoord geven het 'gezond verstand' en handel met inachtneming van redelijkheid en billijkheid ('pas toe of leg uit').*

*(Bron: de Veilige Principes)*

Daarnaast zijn er wetten als de wet BIG en de WGBO die eisen stellen met betrekking tot zorgvuldig handelen. Om hier uitvoering aan te kunnen geven, eist de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) dubbele controle bij risicovolle medicatie.

### Toelichting dubbele controle

Geneesmiddelen die niet zijn verpakt in een geneesmiddeldistributiesysteem, moeten in beginsel dubbel gecontroleerd worden. Om het werkbaar te houden en omdat er verschil is in mate van risico, heeft de (IGZ) gesteld dat dubbele controle nodig is, tenzij de medicatie naar het oordeel van de apotheker een acceptabel gering risico vormt bij verkeerde dosering. Het is dus van belang om te weten welke medicatie risicovol is bij verkeerde dosering. Dit noemen we de risicovolle medicatie. Die moet dus dubbel worden gecontroleerd.

De bedoeling is dat in de lokale situatie afspraken worden gemaakt over de geneesmiddelen die dubbel worden gecontroleerd. Om dit overleg te faciliteren, heeft de KNMP in afstemming met het Platform medicatieveiligheid een lijst samengesteld van risicovolle medicatie. Op de lijst staan geneesmiddelen met een nauwe therapeutische breedte, orale oncolytica en insulines. Deze lijst 'risicovolle medicatie' kan worden gebruikt als uitgangspunt voor het lokale overleg over de dubbele controle.

***De controles schieten momenteel door op de medicatielijsten. Bijvoorbeeld het gebruik van paracetamol moet op de medicatielijst als een cliënt dit wel eens gebruikt. Hierdoor ontstaan ellenlange medicatielijsten, onnodige voorraadaanleg per cliënt, en onnodige registratie.***

*(uitspraak zorgverlener)*

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Over het algemeen ervaren zorgverleners een dubbele medicatiecheck als noodzakelijk. In de praktijk blijken er, onder andere in het baxtersysteem, nogal wat fouten voor te komen. Er zijn echter situaties, zoals kleinschalige woonvormen en de thuiszorg, waarin dubbele controle moeilijker te realiseren is, omdat de zorgverleners vaak alleen zijn. Er zijn oplossingen voor dubbele controle, bijvoorbeeld met behulp van foto's of een app, maar er moet per situatie worden gekeken wat de beste oplossing is. Ondanks hulpmiddelen wordt de organisatie van een dubbele controle in sommige situaties zodanig ingewikkeld, dat het afleidt van de handeling zelf en daardoor niet bijdraagt aan de veiligheid (bijvoorbeeld bij gebruik van bepaalde techniek en hulpmiddelen voor controle op afstand). De veilige principes bieden zorgaanbieders de ruimte om in een dergelijke situatie –in het uiterste geval- geen dubbele controle uit te voeren. Dat is dan een bewust genomen risico. Zie [veelgestelde vragen](#) naar aanleiding van de Veilige Principes op de website [zorgvoorbeter.nl](http://zorgvoorbeter.nl). Ook hierbij geldt 'pas toe, of leg uit'.

Een ander probleem waar mensen tegenaan lopen, is de snelle medicatiewisseling. Dit geldt vooral voor het tussentijds wijzigen van geneesmiddelen in een geneesmiddeldistributiesysteem. In een dergelijk systeem wordt medicatie voor een week, twee weken of zelfs een maand in 1 keer geleverd op een rol met zakjes geneesmiddelen per inname-moment.

Als de cliënt door verandering van gezondheidssituatie of (acute) opname acuut nieuwe medicatie nodig heeft of een geneesmiddel gestopt moet worden, ontstaat er een probleem. Na het gewijzigd voorschrijven door de arts is het de verantwoordelijkheid van de apotheker om de verstrekte medicatie te wijzigen. De apotheek levert ook een nieuw actueel medicatieoverzicht en een nieuwe toedienlijst. Dit betekent naast een logistiek probleem (hoe krijgt de apotheker het gestopte medicijn uit de rol?) ook toenemende registratielast.

Er moet een nieuw medicatieoverzicht inclusief toedienlijst komen van de meestal externe apotheker en dat duurt soms te lang als per direct medicatie gestaakt of juist gestart moet worden en benodigde medicatie soms nog niet voorhanden is. Zorgverleners mogen niet handelen zonder een actueel medicatieoverzicht en een juiste toedienlijst. En ze mogen zelf geen wijzigingen aanbrengen op de toedienlijst. Dit veroorzaakt een vertraging die voor de betreffende patiënt risico's op kan leveren.

Een andere uitdaging vormt de situatie van cliënten die op meerdere locaties medicatie toegediend krijgen, denk aan woonlocatie en dagbesteding. Zij hebben nu meerdere toedienlijsten nodig of de toedienlijst moet meegenomen worden. Dit zou goed te ondervangen zijn met een digitaal systeem dat op meerdere locaties kan worden uitgelezen en ingevuld.

### Goede voorbeelden

- In afstemming met apothekers is een lijst samengesteld van de meest risicovolle medicatie bij verkeerde dosering. Dit is een handvat voor organisaties om samen met de apotheker vast te stellen bij welke medicatie zij een dubbele controle organiseren.
- De richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten heeft als basis: op elk moment van voorschrijven is er een actueel medicatieoverzicht (AMO) beschikbaar en dit overzicht verhuist mee naar de volgende zorgverlener van deze cliënt. De richtlijn staat op [medicatieoverdracht.nl](http://medicatieoverdracht.nl).
- Er is sinds kort een format voor een uniforme toedienlijst. Helaas is deze nog niet door alle ICT-systemen van apothekers overgenomen. Voor de softwareleveranciers ligt hier niet de eerste prioriteit. Vanuit de KNMP wordt zoveel mogelijk aangestuurd op snelle invoering van deze uniforme lijst. Dat maakt het voor zorgmedewerkers prettiger werken als zij met meerdere apothekers samenwerken en de kans op fouten wordt hierdoor verkleind.

*Apothekers gebruiken geen uniforme lijsten, dit maakt het voor ons erg lastig werken.*

*(uitspraak zorgverlener)*

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

Op het gebied van medicatieregistratie zal, met het oog op zorgvuldigheid en medicatieveiligheid, niet veel winst te halen zijn bij het terugdringen van de registratielast. Wel is aan te bevelen:

- Helderheid rondom dubbel registreren, wanneer wel/niet. Vrijheid bieden/nemen om af te wijken als dubbele controle zo ingewikkeld wordt dat het extra risico oplevert. Helderheid is inmiddels gegeven in veel gestelde vragen naar aanleiding van de Veilige Principes in de Medicatieketen.
- Aanvullend hierop bespreekt Platform medicatieveiligheid met IGZ of en hoe dubbele controle (van met name insuline) plaats moet vinden.

### Overige aanbevelingen

- De toedieningslijsten van medicatie gebruiksvriendelijk maken. Hier wordt op dit moment reeds aan gewerkt door de KNMP. Belangrijk is dat hiervoor een uniforme efficiëntere snelle wijze van registratie en medicatie uitgifte gerealiseerd wordt, zodat een geconstateerde noodzaak van medicatiewijziging snel geregistreerd is op het actuele medicatieoverzicht en de toedienlijsten. Een eerste stap in deze richting is dat alle ICT-systemen van apothekers het uniforme format voor het actuele medicatieoverzicht en toedienlijst bevatten. Huidige oplossingen leiden al snel tot meer registratielast in plaats van minder.

# 4. Screening en controle

**In het kader van risicosignalering en het tijdig herkennen van gezondheidsproblemen, wordt van zorgverleners gevraagd diverse cliëntgegevens te registreren. Het gaat dan bijvoorbeeld om zaken als vocht- en voedingslijsten, depressie, medicatieveiligheid, defecatie, gewicht, bloeddruk en decubituslijsten.**

Daarnaast wordt door zorgaanbieders ook vrijwillig deelgenomen aan de jaarlijkse Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ). De LPZ meet de kwaliteit van zorg (prevalentie, preventie, behandeling en structurele indicatoren) van een aantal relevante zorgproblemen (decubitus, ondervoeding, incontinentie, smetten, vrijheidsbeperkende maatregelen en vallen).

## Herkomst van de registratie

De IGZ eist dat een aantal zaken geregistreerd worden, zoals risicosignalering en zorginhoudelijke indicatoren zoals signaleren van probleemgedrag of depressie. Zo kijkt de IGZ ook of en hoe zaken in het zorgleefplan wordt opgenomen en of/hoe dit wordt opgevolgd. Met uitzondering van de vragen over ondervoeding, mogen organisaties zelf bepalen hoe zij de registratie uitvoeren.

Daarnaast is registratie vaak verbonden aan het behalen en behouden van een kwaliteitskeurmerk, zoals Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ), Prezo en ISO 9001 voor de zorg. Zorgverzekeraars/-kantoren vragen vaak een dergelijk kwaliteitskeurmerk van instellingen om voor een contract in aanmerking te komen.

Niet alle registraties zijn dus wettelijk verplicht. Er wordt dan door instellingen zelf gekozen voor een systeem met bijbehorende registratie om bijvoorbeeld een contract met zorgverzekeraars/zorgkantoren af te kunnen sluiten en/of om zelf inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorg op de werkvloer. Zorgverzekeraars/zorgkantoren gebruiken bijvoorbeeld naast een eventueel keurmerk de resultaten van de Kwaliteitsregistratie verantwoorde zorg bij hun zorginkoop voor het bepalen van eventuele kortingen.

**Ook de relevantie van scoreformulieren staat ter discussie. “Bij relatief gezonde cliënten, met een enkelvoudige zorgvraag, moet ik alle kwaliteitsaspecten bespreken, registreren en in drie zorgplannen verwerken. Het overzicht en de eenvoud zijn kwijtgeraakt.”**

(Enquête V&VN)

**Het zijn er te veel, wordt automatisch afgevinkt. Te hoge frequentie van risico signalering bij cliënten waar het niet relevant is.**

(Enquête V&VN)

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Er wordt gevraagd lijsten in te vullen die geen verband hebben met de klachten van cliënten. Zoals het bijhouden van een vochtbalans bij een cliënt die geen problemen heeft met de vochthuishouding. Zorgprofessionals voelen zich hierdoor niet serieus genomen in hun deskundigheid. Tevens is er vaak sprake van overlap van de lijsten. De risicosignaleringslijsten zijn over het algemeen lang en lastig in te vullen en er vindt vaak geen terugkoppeling plaats van wat met de gegevens gedaan wordt. Ook is de hoeveelheid aan registraties een last voor de zorgmedewerkers. Zo stellen verschillende zorgverzekeraars/zorgkantoren verschillende eisen, waardoor sommige registraties ‘dubbel’ worden gedaan.

Bovendien meldt de IGZ in haar rapport (Verbetering van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam, 2014) dat risico’s wel worden gesignaleerd, maar niet worden vertaald naar acties. Door een overmatige focus op het afvinken van checklists en onvoldoende aandacht voor het vervolg, wordt er niet methodisch gewerkt. Dit geeft een gevoel van onnodige administratieve druk en is een gemiste kans voor de kwaliteit van zorg.

### Goede voorbeelden

Het Zorg voor Beter Kennisplein VVT heeft een nieuwe ‘Verkorte Checklist Veilige Zorg’ ontwikkeld, die eenvoudig te gebruiken is door zorgverleners. Verschillende lijsten zijn hierin samengevoegd en geoptimaliseerd volgens de laatste richtlijnen. Tevens stimuleert deze checklist het ondernemen van vervolgacties.

- App Zorg voor Beter: Zorg voor Beter ontwikkelt een app voor risicosignalering in de langdurige zorg. Met deze app zijn gezondheidsrisico’s eenvoudig en dichtbij de cliënt te signaleren. De resultaten en vervolgacties komen in een pdf die toe te voegen zijn aan het zorgplan. Op deze manier stimuleert de app

methodisch werken. De app wordt in december 2014 gelanceerd via het Kennisplein Zorg voor Beter, ([www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl))

- Mijn Verbetermeter van ActiZ stelt professionals ook in staat om zelf te bepalen wat, wanneer en hoe ze gezondheidsrisico’s en de gezondheidstoestand meten.
- IJsselheem heeft de papieren checklist risicosignalering tijdens het Experiment Regelarme Instellingen (ERA) helemaal afgeschaft en wil daarmee o.a. de kwaliteit van de bespreking van het zorgleefplan verhogen. De zorgverleners bij IJsselheem werden uitgedaagd om vooral samen met de cliënt te kijken naar wat wel en niet mogelijk is. Niet ‘gedachteloos’ een standaard lijstjes invullen maar terug naar de basis van de zorgprofessional: een eigen professionele inschatting van de risico’s zonder dat allemaal te moeten administreren. Een interview is beschikbaar op de site van Invoorzorg (vanaf bladzijde 16)

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Kijk kritisch naar wat voor wie geregistreerd wordt en of dit nodig is.
- Leg de nadruk niet op het feit of alle lijstjes wel ingevuld zijn, maar of de veiligheid van de cliënt gewaarborgd is en wat er vervolgens met de bevindingen uit de risicosignaleringslijsten is of wordt gedaan.
- Koppel registratielijsten zoveel mogelijk aan het bestaande zorgleefplan of elektronisch cliëntendossier, zodat deze lijstjes niet op zichzelf staan maar onderdeel zijn van de kwaliteit verbetercyclus op een afdeling, binnen een team of organisatie. Aangezien de IGZ niet de manier waarop geregistreerd wordt verplicht stelt, liggen hier mogelijkheden.
- Bouw evaluatiemomenten in om bestaande controles bij een cliënt per kwartaal (of half jaar) te evalueren en ook weer stop te zetten als het geen toegevoegde waarde (meer) heeft voor die cliënt (en niet verplicht is). Interpreteer de registraties en verbind hieraan conclusies voor de uitvoering van de zorg. Koppel deze resultaten terug naar verantwoordelijke zorgmedewerkers en zorg zo dat er inzicht komt in risicovolle zorgsituaties en dat hierop bijgestuurd kan worden. Op die manier worden de registraties onderdeel van de kwaliteit verbetercyclus.

*Het verwerken van de scores kost teveel tijd en soms blijven de uitwerkingen op een bureau liggen en gebeurt er in de praktijk niks mee. Zonde van al het werk.*

*(Enquête V&VN)*





# 5. Veiligheid

Onder veiligheid zijn diverse registratiesystemen te scharen, zoals meldingsformulieren van (bijna) incidenten (MIC/MIP-formulieren, FONA-meldingen), aftekenlijsten in het kader van de Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP), uitvoeringsverzoek voor voorbehouden handelingen en het bijhouden van verrichtte voorbehouden handelingen.

De gedachte achter het melden van incidenten en bijna-incidenten is dat door het samenbrengen en analyseren ervan systematische fouten in de zorg kunnen worden opgespoord en verholpen. Het is geen wettelijke verplichting een dergelijk meldingssysteem op te zetten, maar met een dergelijk systeem wordt wel voldaan aan de in de gezondheidswet opgelegde verplichting aantoonbaar te werken aan de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Het basisprincipe van HACCP richt zich op het borgen van de veiligheid van het voedsel. In de Europese regelgeving staat letterlijk dat het gaat om veiligheid en de aantoonbaarheid hiervan, zodat duidelijk wordt dat de veiligheid structureel gewaarborgd is. In dezelfde verordening is opgenomen dat er ook gewerkt kan worden met gidsen voor goede praktijken. In Nederland is dat vertaald in hygiëncodes. Voor zorgaanbieders zijn er diverse codes opgesteld, die al zoveel mogelijk aansluiten bij de verschillende doelgroepen. Zo zijn registraties nog wel verplicht voor de hygiëncode bij zorginstellingen waar sprake is van veel bereidingsprocessen. Daarentegen zijn de registraties in de hygiëncode voor de woonvormen geminimaliseerd. Voor kleinschalige woonvoorzieningen in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg is in 2007 de 'hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen' uitgebracht en herzien in 2014. Deze code veronderstelt dat in kleinschalige woonvormen geen complexe handelingen worden verricht bij het bereiden van maaltijden (zoals het inkoelen en enkele dagen bewaren van maaltijden om deze op een later tijdstip te verwarmen voor consumptie). Bewustwording over hygiënisch werken staat in deze code centraal. Er bestaat dus geen verplichting om te meten en lijsten bij te houden, net als in een normale thuissituatie.

De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) en de Kwaliteitswet zorginstellingen regelen verantwoordelijkheden binnen de zorgverlening. Een belangrijk onderdeel van deze verantwoordelijkheden wordt gevormd door de uitvoering van risicovolle handelingen. In de Kwaliteitswet is bepaald dat een zorginstelling verplicht is verantwoorde zorg te leveren. Hiertoe moeten ze een beleid ontwikkelen over het aanbod en de uitvoering van risicovolle handelingen. In de wet BIG worden 14 van dergelijke handelingen aangemerkt als voorbehouden handelingen. Een arts mag onder bepaalde voorwaarden aan een andere beroepsbeoefenaar de opdracht geven een voorbehouden handeling te verrichten. Door gebruik te maken van het uitvoeringsverzoek voorbehouden handelingen en het bijhouden van verrichtte voorbehouden handelingen, voldoet de instelling aan de bepalingen in de Kwaliteitswet en de wet BIG.

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Procedures of meldingsformulieren (MIC/MIP/FONA) zijn soms niet gebruiksvriendelijk, zodat medewerkers het daardoor maar niet invullen. De lijsten voor de HACCP worden wel ingevuld, maar er wordt vaak niets mee gedaan. Uit de meldingen blijkt verder dat kleinschalige voorzieningen nogal eens denken dat zij aan de 'hygiëncode voor de voedingsverzorging in zorginstellingen en defensie' moeten voldoen. Zolang ze geen complexe handelingen verrichten bij het bereiden van maaltijden, kunnen ze gerust overstappen op de 'hygiëncode voor de voedingsverzorging in woonvormen'. Overigens blijken ook zorgmanagers nogal eens uit controleoverwegingen allerlei registraties rond de maaltijdverzorging verplicht te stellen. De 'hygiëncode voor voedingsverzorging in woonvormen' schrijft dit niet voor. Op het gebied van uitvoeringsverzoek en registratie van voorbehouden handelingen zijn er geen knelpunten uit het onderzoek naar boven gekomen.

### Goede voorbeelden

- In april 2011 verscheen het boek *Het Nieuwe Melden* in opdracht van ActiZ. De ondertitel is: *Van een meldcultuur naar een lerende organisatie*. In het boek wordt de aandacht gericht op een verandering in denken en doen rondom het traditionele melden van incidenten bij meldingscommissies (MIC, MIP, FONA). Er wordt verder een visie op het omgaan met risico's en incidenten uitgewerkt (het TRIAS-model) evenals de noodzakelijke verandering van de rollen van de genoemde doelgroepen. Een [samenvatting](#) is beschikbaar op de website van Triaspect.
- Zorginstelling De Hoven in Groningen heeft in het kader van de experimenten regelarme instellingen gekeken naar de [gevolgen van het afschaffen van HACCP registratie](#).
- Bij zorginstelling Opella worden incidenten digitaal gemeld in [Fundum](#), een ondersteunend softwaresysteem. Invullen en sturen gaat sneller dan handmatig screenen en het is sneller duidelijk of een incident vaker is voorgekomen.
- Op [Veiligheidszorg](#) is informatie over patientveiligheid voor GGZ-instellingen beschikbaar met ondermeer een 'Handreiking veilig incidenten melden' inclusief informatie over de mogelijke meldingsvormen en formulieren

### Aanbevelingen voor het ministerie van VWS/koepelorganisatie

- Zoek uit of de mogelijkheid om [eenvoudigere varianten van HACCP](#) te introduceren voor instellingen met kleinschalige woonvormen voldoende bekend is bij zorginstellingen en professionals.



### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

Maak het MIC/MIP/FONA-formulier zo eenvoudig mogelijk. En de analyse van de resultaten ook, zodat zorgaanbieders ook echt wat met de resultaten kunnen doen. En koppel de resultaten altijd terug naar de verantwoordelijke zorgmedewerkers.

- Durf soms ook niet te melden. Meld in ieder geval de voorvallen (ongewenste gebeurtenissen of situaties, incidenten, risico's, bijna-incidenten) die zich lenen voor structurele verbetering. Bespreek na een voorval met de leidinggevende of de melding de moeite waard is (met dus ook de vraag: kunnen we er meer van leren dan alleen bij deze ene cliënt?).
- Kijk naar de mogelijkheid om zorgverleners bij te scholen op het gebied van voedselveiligheid, zodat wellicht minder registraties nodig zijn.

*Lijstjes m.b.t. HACCP om iedere dag de temperatuur van de koelkasten en vriezers te meten is volgens mij niet erg zinvol. Periodiek meten is volgens mij voldoende.*  
(uitspraak zorgverlener)

*Vanwege hoge werkdruk en risico op niet verlengen van contracten zullen mensen eerder geneigd zijn om toch dingen te doen waar ze zich niet bekwaam in achten.*

(uitspraak zorgverlener)

# 6.

## Kwaliteitsverbetering

Er zijn geen landelijk verplichte systemen voor het meten van kwaliteit. Wel vragen de IGZ en zorgkantoren om kwaliteitsindicatoren. Er bestaan daarom diverse programma's en systemen in de langdurige zorg die bedoeld zijn om de kwaliteit van de zorg te meten/te bevorderen en die metingen/registraties met zich mee brengen, zoals het Veiligheidsmanagementsysteem (VMS) en het Kwaliteitsdocument Verantwoorde Zorg.

Daarnaast bestaan er nog andere registraties in het kader van kwaliteit, zoals de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ, vrijwillig), Praktijk Research In Samenwerking Met Apothekers (PRISMA, verplicht bij grote incidenten) en klachtenregistraties, en audits ten behoeve van diverse keurmerken. Tenslotte hebben organisaties protocollen en handleidingen om kwalitatief goede zorg te verlenen.

**Voldoen aan zogenaamde kwaliteitscriteria (keurmerken) zegt niet alles over de kwaliteit van zorg op de werkvloer. Veel tijd kwijt door het voldoen aan die papieren kwaliteit.**

*(uitspraak zorgverlener).*

### Herkomst van de registratie

Gezamenlijke partijen in de langdurige zorg hebben afgesproken de kwaliteit te monitoren, primair t.b.v. verbetering, maar ook om informatie te leveren voor toezicht, inkoop en maatschappelijke verantwoording. Deze afspraken hebben geleid tot het verplicht jaarlijks registreren van zorginhoudelijke indicatoren. Klachtenformulieren zijn wettelijk verplicht. Diverse audits zijn maken onderdeel uit van keurmerken en certificaten. Organisaties kiezen zelf hoe ze dit inrichten. Vaak komen deze audits wel voort uit de wens van de zorgkantoren, voordat tot contractering wordt over gegaan.

Voor registraties die voortkomen uit de kwaliteitsprogramma's geldt vaak dat ze verschillende doelen dienen. De huidige indicatoren focussen vooral op zorgveiligheid, maar bijvoorbeeld niet of nauwelijks op effectiviteit van de geleverde zorg of op continuïteit van zorg.

De CQ-index (Consumer Quality Index) is een gestandaardiseerde tweejaarlijkse methodiek om klantervaringen in de zorg te meten, te analyseren en te rapporteren. Meestal wordt aan patiënten en cliënten een schriftelijke vragenlijst voorgelegd. Daarnaast wordt gewerkt met online vragenlijsten en met interviews. Zo kan men achterhalen wat patiënten en cliënten belangrijk vinden in de zorg én wat hun concrete ervaringen zijn.

De melding van incidenten is al behandeld in [hoofdstuk 5 over veiligheid](#).

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Er wordt veel geregistreerd voor externe partijen en de resultaten worden dusdanig bewerkt, dat ze slecht herkenbaar zijn voor de werkvloer. Ook worden de gegevens na een te lange tijd teruggekoppeld waardoor de actualiteit mist. Het primaire doel, kwaliteitsverbetering, wordt daardoor steeds minder gediend.

Daarnaast zijn er wel erg veel keurmerken in Nederland. Er zijn honderden keurmerken, certificaten, labels etc. te behalen. De afgelopen vijf jaar zijn er gemiddeld acht per jaar bijgekomen die iets met zorg en ICT te maken hebben (Rapport Nictiz: 'Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg', 2013).

### Goede voorbeelden

- Vilans ontwikkelt, onderhoudt en beheert meer dan 600 protocollen voorbehouden en risicovolle handelingen. Ruim 300 organisaties in zorg en onderwijs hebben een abonnement op dit protocollenbestand. Hierdoor hoeft niet iedere zorgaanbieder zelfstandig protocollen te ontwikkelen. [Vilans KICK protocollen](#).
- Er zijn al diverse digitale kwaliteitssystemen, waarin zorgteams kunnen werken. Naast het werken in het ECD hebben teams o.a. inzage in budget, kwaliteit, incidenten, veiligheid (zie voor een voorbeeld [zorginstelling Sensire](#)).
- [Mijn verbetermeter](#) is een instrument dat ontwikkeld is door ActiZ voor haar leden. Mijn Verbetermeter is speciaal ontwikkeld voor de medewerkers in de zorg. "Je meet wat jij wilt, op de manier die jij zelf wilt en alleen als jij en je collega's het zinvol vinden".
- V&VN is het programma '[V&V Zorgresultaten](#)' gestart. Door middel van dit programma wil V&VN bewerkstelligen dat verpleegkundigen en verzorgenden aantoonbaar bijdragen aan zorgresultaten. Daarom worden verschillende activiteiten in gang gezet, waarbij ook registratievormen aan bod komen.

**HKZ-certificering vind ik weinig tot nietszeggend. Praktijk is dat op moment van inspectie er als een idioot wordt gewerkt om alles op orde te hebben, zodat het 'op papier klopt'. En dan gaat de vlag uit, is er gebak en gaan we gewoon weer verder met ons werk.**

(uitspraak zorgverlener)

*We moeten als werknemer meer betrokken worden bij kwaliteitsverbetering waardoor we ons meer bewust zijn van wanneer we de juiste kwaliteit leveren. Ook mis ik de focus op de cliënt als het gaat om HKZ; als alles (formulieren etc.) maar aanwezig is tijdens een audit is het goed. Terwijl de zorg dus grotendeels gaat om hoe de cliënt het ervaart.*

*(uitspraak zorgverlener)*

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

Zorg dat afspraken over kwaliteitsindicatoren branchebreed gelden, zoals ook in de VVT het geval is. Hiermee zorg je voor eenduidigheid binnen de branche en kun je makkelijker voorkomen dat dubbel moet worden gemeten en geregistreerd.

- Betrek medewerkers die moeten (gaan) registreren bij het opstellen van indicatoren in de instelling, zodat er draagvlak komt en zodat de indicatoren aansluiten op de kwaliteit van de zorg (betrek bij landelijke indicatoren zonodig ook beroepsorganisaties).
  - Zorg dat er uitkomstindicatoren worden geformuleerd die zicht geven op de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van het bestaan. Stimuleer dat deze ook benut worden binnen zorgorganisaties.
  - Koppel resultaten van metingen (zo snel mogelijk) terug aan verantwoordelijke zorgverleners zodat het meten onderdeel wordt van de kwaliteitscyclus en doe dat op het moment dat het er toe doet en op een wijze dat het helpt voor interne verbetering.
- Zorg dat scoringslijsten ter verantwoording van kwaliteit van zorg zoveel mogelijk gekoppeld worden aan het bestaande digitale registratiesysteem (ECD), zodat dubbel invullen van gegevens voorkomen kan worden, bijvoorbeeld de frequentie van valincidenten, ondervoeding en decubitus.
  - Maak protocollen kort en bondig, zodat de zorgverleners deze sneller begrijpen en toepassen.
  - Heb vertrouwen in de professionaliteit van de medewerkers (high trust, high penalty).
  - Kijk kritisch naar het aantal keurmerken dat je als instelling hebt of wilt hebben. Voor een overzicht van alle keurmerken, zie het [rapport](#) Van Nictiz en het Zorginstituut Nederland.

# 7. Financiën en verantwoording

**Bij financiën en verantwoording is onderscheid te maken tussen het verkrijgen van een indicatie, het beheer van financieel budget in de instelling op het niveau van de afdeling, groep of cliënt en het daadwerkelijk verkrijgen van de financiën via verantwoording.**

## Wie legt het op en waarom?

Het CIZ vraagt om het invullen van formulieren voor het afgeven van een juist zorgzwaartepakket per bewoner. Het zorgkantoor/de verzekeraar vraagt diverse verantwoordingen voordat ze tot betaling over gaat. In sommige instellingen worden dergelijke formulieren ingevuld door ondersteunende diensten, maar vaak wordt ook van zorgverleners gevraagd de formulieren in te vullen. Dat gaat dan over de indicatiestelling die gedaan is door het CIZ, de daadwerkelijke deelname aan bepaalde zaken zoals dagbesteding, een minutenregistratie over verleende zorg, het regelen en vastleggen van vervoer van cliënten in vervoerlijsten en het aanvragen van toeslagen bij extreme zorgbehoefte. Daarnaast wordt door bijvoorbeeld partijen die zorg inkopen een beroep op zorgverleners gedaan voor het bijhouden van werktijden en registreren van geruilde diensten en het bijhouden van een kasboek om het budget te beheren.

Tot slot worden soms checklists voor *informed consent* ingevuld. Het gaat daarbij om de vraag: Is er sprake (geweest) van *informed consent*? Met andere woorden, is er voldoende informatie over de behandeling, risico's etc. verstrekt, zodat de cliënt (of zijn vertegenwoordiger) toestemming kan geven. Dat laatste is een voortvloeisel uit de WGBO.

## Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Zorgverleners werken niet met standaardzorg maar met unieke cliënten. Bij de aanvraag van indicaties moeten ze echter gestandaardiseerde vragenlijsten invullen. Bovendien is het niet altijd even eenvoudig om de vragenlijsten in te vullen.

*Wij moeten voor de declaraties per cliënt ook nog registreren welke afzonderlijke handelingen we allemaal verrichten van bloeddruk meten tot beademing, van glucose prikken tot zuurstof toedienen. Dit kost veel tijd, is dit nou echt nodig?*

*(uitspraak zorgverlener)*

**In theorie kan ik alles perfect invullen op allerlei lijsten maar ongehoord slecht omgaan met mijn cliënten. Ik word immers niet beoordeeld of ik een medicijn heb gegeven maar of ik het heb ingevuld op een lijst.**

*(uitspraak zorgverlener)*

Een andere frustratie waar men tegenaan loopt, is dat voor alle aan te vragen zorg een nieuw formulier moet worden ingevuld. Ook voor zorg die evident is. Het zou veel tijd en energie schelen als alleen afwijkingen van geïndiceerde zorg (opnieuw) aangevraagd hoefden te worden.

### Goede voorbeelden

- Bij zorgverlener Opella kunnen medewerkers de registraties invoeren op een tablet met een koppeling aan het bestaande systeem voor administratie van het klantproces.
- Bij Icare is de registratielast enorm teruggedrongen d.m.v. "Planning is Realisatie". Dit is een nieuwe manier van registreren, waarbij de ingeplande tijd voor de cliënt leidend is voor de registratie. Als er bijvoorbeeld 30 minuten ingepland staat voor wondzorg, hoef je die tijd niet apart te registreren. Die staat al automatisch geregistreerd. Alleen bij hoge calamiteiten, als een cliënt bijvoorbeeld gevallen is en je langer moet blijven, geef je een correctie door aan het planbureau.
- Om de 'fixatie op minutenregistratie' in de zorgsector te doorbreken heeft VWS in 2014 een nieuw model laten uitwerken. De oplossing ligt in het generieke model: 'planning = realisatie'. Hierin wordt niet een aantal uren vastgelegd, maar een plan. Dat plan wordt uitgewerkt in 'arrangementen', waarin 'een vorm van kwantificering plaatsvindt naar hoeveelheid te leveren producten, de periode en de frequentie'. Dit model moet er toe leiden dat zorgaanbieders zich niet meer gedwongen voelen elk uurtje zorgverlening op te schrijven.

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Koppel zoveel mogelijk formulieren aan het bestaande elektronisch cliëntendossier (ECD). Daarbij kunnen registraties ten behoeve van kwaliteitsmetingen op locatieniveau en op cliëntniveau worden samengevoegd.
- Digitaliseer processen waar dit nog op papier gebeurt en let er daarbij op dat de standaard gegevens automatisch worden ingevuld en wachtwoorden en codes om in het systeem te komen niet overdreven complex zijn.
- Leg uit waarom de registratie moet gebeuren: bijvoorbeeld dat zonder goede registratie geen declaratie mogelijk is.
- Kijk of bepaalde registraties niet beter centraal bij één of twee personen kan worden belegd.
- Zorg dat mensen de benodigde kennis hebben om registraties te kunnen doen (wat zit er bijvoorbeeld in een zorgzwaartepakket, ZZP).
- Zorg dat het corrigeren van fouten in de systemen mogelijk is,
- Registreer minder details.

### Aanbevelingen voor zorgverzekeraars/zorgkantoren

- Laat alleen de afwijkingen van de geïndiceerde zorg registreren, niet de standaard zorg.
- Met de hervormingen in de langdurige zorg gaat veel veranderen. Gebruik dit om te kijken waar minder verantwoording en registratie mogelijk is.
- maak betere afspraken over rapportages. Dagelijks 2x vermelden dat je iemands kousen hebt aangedaan, omdat er dan bewijs is van je aanwezigheid, is een werkwijze die is gebaseerd op wantrouwen. Beter is: rapporteren op afwijkingen en daarnaast een afgesproken frequentie (bijvoorbeeld 1x per week door een vaste verzorgende) van een reflectierapportage.



# 8.

# Leveranciers en inkoop

Bij leveranciers en inkoop gaat het om de rol van zorgverleners bij registratie en budgettering.

## Wie legt het op en waarom?

De zorgaanbieder vraagt van medewerkers om de inkoop en het voorraadbeheer van hulpmiddelen te registreren om zo binnen het budget te blijven. Daarnaast moeten leveranciersbeoordelingen worden ingevuld om het inkoopproces te evalueren en verbeteren.

## Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Zorgverleners ervaren het vaak als een extra last om lijsten bij te houden. Het getuigt ook niet van veel vertrouwen als je alles moet verantwoorden. Aan de andere kant zijn het wel publieke middelen en is verantwoording nodig. Hoe ver men gaat in het geven van verantwoordelijkheid aan de zorgverleners en welke systemen er voor zijn, is per aanbieder verschillend. Een alternatief is om een budget toe te kennen en erop te vertrouwen dat zorgverleners dit verstandig besteden. Ook zijn er situaties waarin formulieren niet gekoppeld kunnen worden aan een digitaal systeem. Dit leidt tot extra registratielast, omdat zaken op verschillende plaatsen moeten worden bijgehouden.

## Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Zorg dat het gebruikte registratiesysteem simpel en efficiënt is.
- Zorg voor bewustwording van kosten en kennis van zaken bij medewerkers als deze bepaalde dingen rond de inkoop bij moeten houden of stel vaste mensen aan die dit doen.
- Laat medewerkers participeren bij het opstellen van begrotingen. Ze hebben vaak creatieve suggesties.

*De premisse dat dit gecontroleerd moet worden is absurd. Er is een budget, en er is een X hoeveelheid zorg die geleverd moet worden. Voldoet een zorginstelling daaraan, dan is het goed. Stuur op uitkomst, niet op bedrijfsvoering.*

*(uitspraak zorgverlener).*

# 9.

## Juridische zaken

In de wet staat dat een aantal zaken bij schriftelijke overeenkomst vastgesteld moeten worden. Het gaat dan bijvoorbeeld om bepalingen uit de Wet bescherming persoonsgegevens, zoals een overeenkomst waarin de cliënt en/of diens vertegenwoordiger instemmen met het betreden van de kamer/woning en/of een sleutel van de cliënt in bezit hebben. Daarnaast gaat het over toestemmingsformulieren voor inzage in het zorgdossier, zorgleveringsovereenkomsten en aansprakelijkheidsformulieren voor eigendommen van de cliënt.

### Wie legt het op en waarom?

Veel registraties met betrekking tot juridische veiligheid zijn bij wet bepaald. Door zorgverleners wordt echter aangegeven dat zij het idee hebben dat bepaalde vormen van registratie niet wettelijk verplicht zijn, maar door de instelling worden opgelegd om bijvoorbeeld de rechten van de cliënt te beschermen of zich in te dekken voor eventuele aansprakelijkheid.

### Waar lopen zorgverleners tegenaan?

Voor zorgverleners is niet altijd duidelijk in hoeverre formulieren wettelijk verplicht zijn. Ook ervaren ze het vaak als een 'papierentijger'. In de kast is alles op orde, maar in de praktijk rammelt het. Een ander punt waar zorgverleners tegenaan lopen is de hoeveelheid formulieren die ingevuld moeten worden. Voor ieder item een nieuw formulier. Deze formulieren zijn bovendien niet altijd even vindbaar en even gebruiksvriendelijk. Zeker voor invallers is het zoeken hoe een formulier in elkaar zit.

*Ik mis vertrouwen. Wanneer moet je een formulier invullen? Als je een werknemer aanneemt vertrouw je hem/haar met bepaalde zaken. Doet een ingevuld formulier daar dan wat aan? Mijn aanbeveling is om kritisch maar vooral met vertrouwen te kijken naar de formulieren die er nu zijn.*

*(uitspraak zorgverlener).*

Formulieren die cliënten zelf moeten invullen, zijn niet altijd even leesbaar. Zeker bij bepaalde cliëntcategorieën moeten zorgverleners vaak assisteren bij het invullen van de formulieren. Dit zorgt voor extra werkdruk. Een aantal mensen gaf in de enquête aan dat de noodzaak tot registreren ook vaak ingegeven is door onvoldoende gekwalificeerd en vast personeel op de werkvloer. Ook gaf men aan dat aan de formulieren omslachtige procedures gekoppeld zitten. Bijvoorbeeld eerst een sleutel halen bij het hoofdkantoor met getekend formulier voordat bij de cliënt aan het werk kan worden gegaan.

Het is lastig de bezittingen van cliënten vast te leggen, mede omdat familie tussentijds ook zaken meeneemt. In de thuiszorg speelt dat zorgverleners in meerdere gemeenten werkzaam zijn en hierdoor met verschillende soorten formulieren te maken hebben.

Ten slotte werd in de enquête aangegeven dat wet- en regelgeving gedurende het jaar te vaak verandert. En dat het idee bestaat dat hiermee ook steeds opnieuw formulieren worden uitgevonden om in te vullen zonder dat oude formulieren verdwijnen.

### Aanbevelingen voor de wetgever

- Neem nut en noodzaak van wettelijke registratieverplichtingen onder de loep en pas de wet aan daar waar de verplichting te weinig garantie geeft voor waarborgen van privacy of patiëntveiligheid.
- Publiceer, bij voorkeur online, welke registratievormen wettelijk verplicht zijn en waarom dit zo is.
- Waak ervoor niet steeds nieuwe wet- en regelgeving te ontwikkelen waar nieuwe registratielasten uit voortkomen. Indien dit onvermijdelijk is, kijk dan kritisch welke oude wettelijke verplichte registratievormen afgeschaft kunnen worden.
- Veel regeldruk wordt veroorzaakt door wijzigingen in beleid- en regelgeving, met name als deze gedurende het jaar moeten worden ingevoerd. Het is te prefereren dat alle wijzigingen in regelgeving op een vast en voorspelbaar moment ingaan (bijvoorbeeld 1 januari) en dat niet meer gaandeweg het jaar geprobeerd wordt alsnog allerlei nieuwe regels ingevoerd te krijgen. Een vast en voorspelbaar kader reduceert de lasten én de kosten om te voldoen aan regels.<sup>4</sup>

### Aanbevelingen voor organisaties in de zorg en/of zorgverleners

- Controleer of formulieren wettelijk verplicht zijn. Indien dit niet het geval is, maak dan keuzes om formulieren wel of niet te handhaven binnen het kwaliteitssysteem van de organisatie. Zoek alternatieven, zoals een sleutelkastje met een code. Maak waar de keuze toch op formulieren valt, concreet wat het invullen van de formulieren oplevert en communiceer dit naar de zorgverleners die ze moeten invullen. Waak ervoor dat het op papier klopt, maar in de praktijk rammelt.
- Daar waar het gebruik van formulieren wettelijk verplicht is, wees kritisch over de gebruiksvriendelijkheid. Bijvoorbeeld:
  - Zorg dat zaken zoveel mogelijk in één formulier worden behandeld om te voorkomen dat er veel verschillende formulieren moeten worden ingevuld. Of zorg dat het een integraal onderdeel wordt in het behandelplan of in de evaluatie.
  - Zorg dat de formulieren voor iedereen eenvoudig te vinden en in te vullen zijn. Ook voor invallers.
  - Registreer zoveel mogelijk digitaal. Maak een splitsing tussen cliëntgebonden registratie en organisatiegebonden registratie (sleutelregistratie) en houdt deze bij in cliëntdossier en P&O dossiers. Zorg voor een goede helpfunctie bij het gebruikte programma.
  - Zorg dat formulieren die door cliënten moeten worden ingevuld, in begrijpelijke taal zijn opgesteld. Dit voorkomt onduidelijkheid en daarmee werkdruk bij zorgverleners doordat zij moeten helpen bij het invullen.
- Betrek zorgverleners bij de samenstelling van in te vullen formulieren. Zij weten uit de praktijk wat het beste werkt.
- Kijk naar de mogelijkheid om formulieren digitaal naar het hoofdkantoor te versturen en de mogelijkheden procedures rondom formulieren te vereenvoudigen.
- Probeer waar mogelijk papierwerk in rustige diensten, zoals een nachtdienst, uit te laten voeren.

<sup>4</sup> Aanbeveling uit Brief Agenda voor de zorg aan minister Schippers, 6 januari 2014



### Overige aanbevelingen

- Zoek naar mogelijkheden om formulieren van verschillende instellingen te koppelen, bijvoorbeeld tussen huisartsen, ziekenhuizen en zorgorganisaties in thuiszorg, ouderenzorg, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en GGZ, zodat relevante gegevens uitgewisseld kunnen worden die noodzakelijk zijn voor goede zorg.
- Maak in de communicatie naar de maatschappij duidelijk dat zorg mensenwerk is en nooit garanties kan bieden. En dat aansprakelijkheidsstelling niet verder kan en mag gaan dan aantoonbaar falen door een zorginstelling en/of zorgverlener.
- Zoek naar landelijke samenwerkingsverbanden om te komen tot dezelfde formats binnen verschillende gemeenten (betreft met name Zorg Thuis).

# Tot slot

**In dit rapport hebben we de registratielast in de langdurige zorg gepeild: welke registraties beperken de zorgverlener in tijd die hij of zij beter kan besteden aan de cliënt en waar wordt op een ‘voorbeeldige’ manier gewerkt aan vermindering van de last?**

Wat we vooral hebben waargenomen is dat verpleegkundigen en verzorgenden hun vak hebben gekozen vanuit een passie voor cliëntenzorg. Het gaat wringen als ze te veel tijd kwijt zijn met registreren en daardoor te weinig tijd overhouden om met cliënten bezig te zijn. Over het algemeen zien ze het belang van meten en registreren om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar de hoeveelheid en manier van registreren én de terugkoppeling van resultaten zijn bepalend voor de motivatie om dat te doen. Teveel papieren rompslomp kan uiteindelijk zelfs de motivatie om in de zorg te blijven werken negatief beïnvloeden. Kritische vragen die de zorgverlener (en zorgaanbieder) bij iedere vorm van registratie zou moeten stellen, zijn:

- Schiet de cliënt hier iets mee op?
- Wat draagt dit bij aan het werk van de zorgverlener?

Vanuit deze constatering formuleren we een aantal algemene aanbevelingen, naast de specifieke aanbevelingen die in de verschillende hoofdstukken zijn gedaan. Door met de aanbevelingen aan de slag te gaan, willen we komen tot beter en minder registreren in de praktijk.

## Registraties moeten ten bate van de cliënt zijn

Registraties moeten vooral de kwaliteit van de zorg verbeteren, enerzijds door de zorg cliëntgericht te maken, anderzijds door de zorg op organisatieniveau te verbeteren. Alle registraties rond het zorgleefplan, vrijheidsbeperking en screening van risico's zouden idealiter op elkaar aan moeten sluiten, geen overbodige informatie moeten vragen én de zorg cliëntgericht moeten maken.

## Registraties moeten uniek en to the point zijn

In slimme ECD-systemen leveren de signalen die de cliënten geven op individueel niveau tevens input voor kwaliteitsverbetering op organisatieniveau. Registraties moeten beperkt worden tot informatie die nodig is om het doel van de registratie te dienen. Deze informatie zou bovendien niet op andere wijze al beschikbaar moeten zijn. Door systemen slim in te richten en gebruik te maken van aanwezige informatie, wordt dubbele uitvraag voorkomen.

## Zorg voor betrokkenheid van de zorgverleners bij de registraties

In de praktijk blijkt dat meetresultaten vaak niet worden teruggekoppeld aan zorgverleners. Dit heeft tot gevolg dat zorgverleners geen zicht hebben op de resultaten en het nut van de metingen. Onvoldoende zicht hierop leidt tot demotivatie ten aanzien van het registreren. Betrokkenheid bij de registratie en inzicht in de relevantie van registratie geeft registratie pas echt zin. De werkgroep pleit er daarom voor om zorgverleners een rol te geven in de keuze van registratievormen, de wijze waarop registraties verwerkt worden en de wijze waarop deze een bijdrage leveren aan de kwaliteitscyclus van de zorg.

### Maak gebruik van digitale mogelijkheden

Digitale registratie wordt vaak als oplossing gepresenteerd voor de grote registratielast. Uit de vele reacties van zorgverleners op onze aanbevelingen blijkt dat digitale registratie in de langdurige zorg nog in de kinderschoenen staat. ICT-systemen dragen vaak evenveel bij aan de registratielast als dat ze een oplossing vormen. Ook bestaan in veel gevallen digitale en papieren systemen nog naast elkaar, hetgeen tot dubbele registratie leidt. Door in te zetten op de ontwikkeling van gebruiksvriendelijke en doelgerichte systemen kunnen ze op korte termijn registratiedruk verlichten in plaats van verzwaren.

### Maak gebruik van experimenten en proeftuinen

ERAI is een voorbeeld waarin instellingen experimenteren met regelarme zorg. Uit dit project komen mooie voorbeelden van hoe registratielast verminderd kan worden. Door proeftuinen op te zetten waarin aanbevelingen getoetst worden, kan in een relatief veilige omgeving gewerkt worden aan minimale en doelmatige registratie die bijdraagt aan het verbeteren van interne verbetercycli en die voldoet aan externe verantwoordingseisen.

### Registratielast en de toekomst

Er loopt sinds kort een gezamenlijk initiatief van een groot aantal veldpartijen dat zich heeft verenigd in de "Agenda voor de Zorg" om te werken aan een aanpak van de administratieve lasten- en regeldruk. Als reactie hierop heeft minister Schippers aangegeven te willen komen tot een gezamenlijke aanpak voor het terugdringen van administratieve lasten en regeldruk. In de komende maanden wordt een agenda en aanpak opgesteld op basis van vier basisprincipes: veerkracht, vertrouwen, verantwoordelijkheid en vrijheid. Deze zal zoveel mogelijk aansluiten bij lopende initiatieven en gebruik maken van al opgestelde rapporten.

Dit rapport is bedoeld om zorgaanbieders en andere instanties in de zorg suggesties te geven over waar en op welke manier zij registraties in de langdurige zorg kunnen terugdringen. Ook zorgverleners zelf kunnen met deze suggesties onder de arm binnen hun eigen organisatie aandacht vragen voor het teveel aan papierwerk. Zodat de zorg voor de cliënt weer centraal komt te staan in plaats van de bureaucratie.



# Lijst van afkortingen en omschrijvingen

<b>ActiZ</b>	Werkgeversvereniging voor zorgaanbieders in de VVT
<b>AMO</b>	Actuele Medicatie Overzicht
<b>AVVV</b>	Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BEM</b>	Beoordelen van Eigen beheer Medicatie
<b>BIG</b>	Beroepen Individuele Gezondheidszorg
<b>BOPZ</b>	Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
<b>CKZ</b>	Centrum Klantervaring Zorg
<b>CNV</b>	Christelijk Nationaal Verbond
<b>CQ</b>	Consumer Quality
<b>ECD</b>	Elektronisch Cliëntendossier
<b>ERAI</b>	Experiment Regelarme Instellingen
<b>FNV</b>	Federatie Nederlandse Vakbeweging
<b>FONA</b>	Fouten, Ongevallen en Near Accidents
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>HACCP</b>	Hazard Analysis and Critical Control Points
<b>HKZ</b>	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
<b>ICT</b>	Informatie- en communicatietechnologie
<b>IGZ</b>	Inspectie voor de Gezondheidszorg
<b>ISO</b>	Internationale Organisatie voor Standaardisatie
<b>KNMP</b>	koninklijke Nederlandse maatschappij ter bevordering der pharmacie



<b>LOC</b>	Netwerkorganisatie voor zeggenschap in de zorg
<b>LPZ</b>	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
<b>MIC/MIP</b>	Melding Incidenten Cliënten-/Patiëntenzorg
<b>Nictiz</b>	Landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert
<b>Nu '91</b>	Nieuwe Unie '91
<b>NVVA</b>	Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen
<b>P&amp;O</b>	Personeel en Organisatie
<b>PRISMA</b>	Praktijk Research in Samenwerking met Apothekers
<b>V&amp;VN</b>	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
<b>VGN</b>	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
<b>VMS</b>	Veiligheids Managementsysteem
<b>VPM</b>	Veilige Principes voor de Medicatieketen
<b>VVT</b>	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
<b>VWS</b>	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>WGBO</b>	Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst
<b>WLZ</b>	Wet Langdurige Zorg
<b>ZZP</b>	Zorgzwaartepakket



