

11 september 2012



Actal

Eindrapportage

Onderzoek naar de ervaren regeldruk onder
verpleegkundigen in het ziekenhuis

Inhoudsopgave

1	Inleiding	2
1.1	Verpleegkundigen en regeldruk	2
2	Doelstelling, probleemstelling & onderzoeksvragen	4
3	Onderzoeksopzet	5
3.1	Stappen en resultaten	5
3.1.1	Stap 1: voorbereidende activiteiten	5
3.1.2	Stap 2: praktijkonderzoek	6
3.1.3	Stap 3: kwantificering effecten	7
3.1.4	Stap 4: rapportage	7
4	Uitkomsten onderzoek	8
4.1	Inleiding	8
4.2	Definities regeldruk en ziekenhuisverpleegkundigen	8
4.2.1	Definitie van regeldruk.	8
4.2.2	Het concept gepercipieerde regeldruk	9
4.2.3	De groep ziekenhuisverpleegkundigen	10
4.3	Waaruit bestaat de ervaren regeldruk?	10
4.4	Welke oorzaken liggen aan de ervaren regeldruk ten grondslag?	13
4.4.1	Interne en externe oorzaken	13
4.4.2	Belangrijkste oorzaken	15
4.5	Welke oplossingen zijn er?	17
4.6	Wat is het landelijke geëxtrapoleerde effect van mogelijke oplossingen?	20
5	Conclusies en aanbevelingen	22
5.1	Conclusies	22
5.2	Aanbevelingen	23
6	Nabeschuiving	24

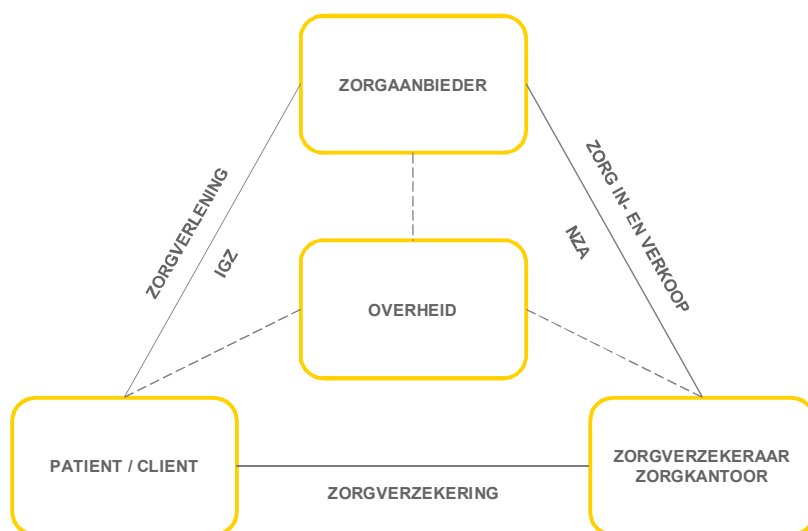
Bijlagen

Deelnemende ziekenhuizen
Samenstelling landelijk panel
Verpleegkundig werkproces
Top 5 van ervaren regeldruk knelpunten per categorie
Literatuurlijst
Onderzoeksteam

1 Inleiding

Zorgstelsel en regels

De Nederlandse overheid streeft naar een toegankelijke, betaalbare, kwalitatief goede en veilige gezondheidszorg.



Figuur 1: Belangrijkste actoren in het zorgstelsel in Nederland

Een deel van haar taken heeft de overheid gedelegeerd aan toezichthoudende organen zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ). Ook spelen uitvoeringsorganisaties als het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) een belangrijke rol in het helpen bereiken van de door de overheid geformuleerde doelstellingen. Door middel van wet- en regelgeving tracht zij als 'spin-in-het-web' de verschillende markten te bewaken. Wetten en regels zijn nodig om toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit/veiligheid van de gezondheidszorg te waarborgen, maar hebben als keerzijde dat zij kunnen zorgen voor onnodige administratieve lasten en regeldruk.

1.1 Verpleegkundigen en regeldruk

De behoefte aan zorg neemt in Nederland de komende jaren sterk toe, mede door de vergrijzing. De toenemende kostenontwikkeling in de zorg, de groeiende behoefte aan kwalitatief goede zorg, de olopende personeelsschaarste en de wachttijdenproblematiek maken verlies van tijd en energie extra onwenselijk. Terugdringing van de regeldruk kan de zorg de ruimte geven om deze problemen op te lossen.

Gelet op de uitdagingen waar de zorg voor staat is het dus van belang om in te grijpen. Gelet op de risico's die de toekomst met zich mee brengt (denk bijvoorbeeld aan het imago van de zorg als werkgever) is het de moeite waard om een pas op de plaats te maken en de verbetermogelijkheden te onderzoeken. Nederland heeft met het oog op de toekomst de handen aan het bed hard nodig.

Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het verlenen van zorg. Zij hebben als gevolg van regeldruk te maken met extra handelingen en administratieve verplichtingen. Deze kosten verpleegkundigen als gevolg van de veelheid, de verscheidenheid, de overlap en de verschillen in frequentie en timing, veel tijd en energie, die zij daardoor niet aan daadwerkelijke zorg kunnen besteden. Er is hierbij een verschil tussen 'ervaren' en 'werkelijke' regeldruk. Actal, het Adviescollege toetsing regeldruk, heeft er daarom voor gekozen ook naar de ervaren regeldruk onder ziekenhuisverpleegkundigen te kijken.

Er is al veel is geschreven en gepubliceerd over regeldruk binnen de zorg en ook meer specifiek over regeldruk onder verpleegkundigen. Actal heeft Ernst & Young gevraagd de 'ervaren' regeldruk onder verpleegkundigen, in tegenstelling tot eerdere onderzoeken, vanaf de werkvloer in kaart te brengen en mogelijke oplossingen te inventariseren. Dit rapport is daarvan het resultaat.

2 Doelstelling, probleemstelling & onderzoeksvragen

Actal, het Adviescollege toetsing regeldruk, heeft Ernst & Young opdracht gegeven de ervaren regeldruk onder verpleegkundigen in kaart te brengen om vervolgens met voorstellen te komen om deze te verminderen.

De *doelstelling* van het onderzoek is als volgt geformuleerd:

- 1 inzicht krijgen in de regeldruk die de verpleegkundige in een ziekenhuis ervaart, inclusief een top 3 hiervan;
- 2 inzicht krijgen in de oorzaken/bronnen van de regeldruk;
- 3 het in beeld brengen van de verbetermogelijkheden tot het verminderen van de regeldruk (concreet, toegankelijk en herkenbaar voor de doelgroep verpleegkundigen) en kwantificering van het effect op de regeldruk.

De opdrachtgever heeft om een bottom-up benadering verzocht, in tegenstelling tot de beschikbare onderzoeken die het vraagstuk overwegend top-down hebben onderzocht. Met dit onderzoek willen we inzicht krijgen in de door de professionals op de werkvloer ervaren regeldruk. Vervolgens wordt deze ervaring geobjectiveerd om de vertaling te kunnen maken naar oorzaken, maatregelen en mogelijke effecten van deze maatregelen.

Dit leidt tot de volgende *probleemstelling*:

Breng vanuit het perspectief van de verpleegkundige de ervaren regeldruk in beeld en formuleer werkbaar en uitvoerbare voorstellen om de regeldruk te verminderen.

Op basis van deze rapportage kan Actal advies uitbrengen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over mogelijkheden om de regeldruk voor verpleegkundigen te verminderen. Actal vraagt daarbij zo 'dicht' mogelijk bij de verpleegkundigen in het ziekenhuis te blijven.

Dit leidt tot de volgende *praktische onderzoeksvragen*:

Hoe wordt het begrip 'regeldruk' en de groep 'ziekenhuisverpleegkundigen' gedefinieerd?
 Waaruit bestaat, uitgaande van deze definities, de door ziekenhuisverpleegkundigen ervaren regeldruk?
 Welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag?
 Welke oplossingen zijn er om deze oorzaken weg te nemen of het effect ervan te verkleinen?
 Wat is het landelijke geëxtrapoleerde effect van deze oplossingen?

In het hoofdstuk 3 'Onderzoeksopzet' beschrijven wij op welke wijze het onderzoek is uitgevoerd.

3 Onderzoeksopzet

3.1 Stappen en resultaten

Het onderzoek is uitgevoerd in vier stappen die in figuur 2 schematisch zijn weergegeven en die we hieronder nader toelichten en uitwerken.

- 1 Voorbereidende activiteiten
- 2 Praktijkonderzoek
- 3 Kwantificering
- 4 Rapportage

In schema ziet de aanpak er als volgt uit:



Figuur 2: Overzicht stappen in dit onderzoek.

3.1.1 Stap 1: voorbereidende activiteiten

Alvorens het daadwerkelijke onderzoek te starten, hebben wij een aantal voorbereidende werkzaamheden uitgevoerd. Deze betroffen een combinatie van aanscherping van de onderzoeksvraag, het creëren van randvoorwaarden voor het onderzoek en voorbereidende activiteiten voor het praktijkonderzoek.

Het is duidelijk dat er al veel is geschreven en gepubliceerd over regeldruk in ziekenhuizen en meer specifiek voor de verpleegkundigen. Wij noemen onder andere: 'Minder regeldruk voor professionals, meer tijd voor zorg (Plexus, 2011)', 'Rapportage administratieve lastenvermindering professionals (Rijksoverheid, 2009)' en 'Eindrapport verpleegkundigen in ziekenhuizen (EIM, 2009)'. Als eerste stap hebben wij de beschikbare documentatie geïnventariseerd, bestudeerd en geordend. Wij hebben een beknopte interne samenvattende rapportage opgesteld van de resultaten van dit bronnenonderzoek. Deze inzichten droegen bij aan het definiëren van begrippen en aan de inrichting van het onderzoek. In het voorbereidend onderzoek hebben wij tevens het begrip 'regeldruk voor ziekenhuisverpleegkundigen' nader gedefinieerd en onderzocht in hoeverre deze groep professionals verder gedifferentieerd dient te worden. Ook hebben wij in deze fase enkele interviews gehouden om inzicht te krijgen in de opvattingen van de opdrachtgever (Actal), maar ook van enkele relevante actoren zoals de beroepsgroep (V&VN), de ziekenhuizen (NVZ en NFU) en het ministerie van VWS. Deze activiteiten leiden tot een juiste interpretatie van de vraagstelling en tot een onderzoeksopzet voor het praktijkonderzoek.

Landelijk panel

Vervolgens hebben wij een landelijk panel samengesteld om de aanpak en uitkomsten van het onderzoek te toetsen, aan te aanvullen en te adviseren over de veralgemenisering van de conclusies op landelijk niveau. De volgende organisaties hadden zitting in het panel: V&VN, NU'91, NPCF, NFU, IGZ, VWS (meelezend) en Actal (als opdrachtgever). De precieze samenstelling van het panel is opgenomen in bijlage 2.

Enkele organisaties waren na uitnodiging niet bereid zitting te nemen in het panel. Deze partijen worden echter wel relevant geacht omdat ze invloed hebben op de werkzaamheden die verpleegkundigen verrichten en de wijze waarop dit wordt gefaciliteerd. Het betreft als eerste de NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen), de brancheorganisatie van de werkgevers van de verpleegkundigen in dit onderzoek, vanwege de interne prioriteitsstelling. Daarnaast betreft dit brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland die heeft aangegeven dat zij te ver verwijderd is van de dagelijkse werkvloer van verpleegkundigen om in dit onderzoek te participeren. Een individuele zorgverzekeraar, Achmea Zorg, sloot zich hierbij aan, mede omdat men ervaren regeldruk onder verpleegkundigen een te verre afgeleide acht van een belangrijk thema: kwaliteit van zorg.

3.1.2 Stap 2: praktijkonderzoek

De opdrachtgever legt in haar vraagstelling een accent op de ervaring van verpleegkundigen betreffende regeldruk. Dit is een bewuste keuze aangezien er al veel "top down" onderzoek heeft plaatsgevonden naar dit onderwerp, maar de verpleegkundigen zelf daarin weinig aan het woord zijn geweest.

Wij hebben een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek was immers vooral gericht op de ervaringen en belevingswereld van deze groep professionals. Dergelijk onderzoek dient in zo natuurlijk mogelijke omstandigheden (als het ware van binnen uit) uitgevoerd te worden. De kern van het onderzoek is daarom gevormd door intensieve semigestructureerde werksessies met verpleegkundigen. Wij hebben 5 Ronde Tafel gesprekken met verpleegkundigen op locatie in het ziekenhuis georganiseerd. Met behulp van V&VN zijn de VAR's van de Nederlandse ziekenhuizen benaderd om deel te nemen. Er waren uiteindelijk veel meer aanmeldingen van ziekenhuizen dan de benodigde vijf, maar er is een 'wie het eerst komt, het eerst maalt' principe gehanteerd, vooral vanwege de strakke planning.

De deelnemende ziekenhuizen en het aantal verpleegkundigen per Ronde Tafel zijn opgenomen in bijlage 1. In totaal hebben 40 verpleegkundigen deelgenomen. De bevindingen mogen wetenschappelijk beschouwd als indicatief bestempeld worden, maar geven wel een duidelijk beeld van de beleving in deze groep.

Doel was om per Ronde Tafel gesprek een zo breed mogelijk palet aan verpleegkundigen bijeen te brengen (alle niveaus, alle specialismen, IC, acute zorg, etc.) om alle mogelijk aspecten van regeldruk af te dekken. Uiteindelijk hebben er verpleegkundigen van 15 verschillende specialistische afdelingen (Chirurgie, Interne Geneeskunde, Cardiologie, etc.) deelgenomen, waaronder ook IC-, SEH- en dialyseverpleegkundigen.

De Ronde Tafel gesprekken zijn in de volgende blokken ingedeeld. Deze werden chronologisch zullen doorlopen, maar de bijeenkomsten hadden een iteratief karakter.

Blok I: instructie

Het eerste deel van de bijeenkomst zijn de verpleegkundigen geïnformeerd over het doel van het onderzoek, het doel van de bijeenkomst en over het begrippenkader. Het is namelijk van belang om het begrip regeldruk te kunnen onderscheiden en afbakenen van overige aandachtsgebieden in het werkveld van de verpleegkundigen. Een juiste definiëring speelt hierbij een belangrijke rol. Tevens is in dit onderdeel het begrip regeldruk toegelicht en zijn er mogelijke categorieën van regeldruk benoemd (bijvoorbeeld Interne / externe verantwoording, toetsingsmomenten, dubbele activiteiten).

Blok II: inventarisatie

In dit onderdeel is onder leiding van een procesbegeleider de ruimte gegeven aan verpleegkundigen om hun ervaringen met regeldruk in te brengen aan de hand van het verpleegkundig werkproces (zie bijlage 3). Het doel van dit blok was vooral een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van mogelijke vormen van regeldruk. Er vond in deze fase nog geen discussie plaats over de zwaarte of ervaren last. Het hulpmiddel dat wij voor deze brainstorm gebruikt hebben is storyboarding. In dit blok is zoveel mogelijk ruimte te geven voor het verzamelen van inzichten, maar deze zijn vervolgens wel gefilterd op de scope van het onderzoek.

Blok III: categoriseren, prioriteren, objectiveren

In dit blok is met de verpleegkundigen de relatie gelegd tussen de door hen ingebrachte vormen van regeldruk, het begrippenkader uit blok I en het verpleegkundig werkproces. Op deze wijze is alle inbreng gecategoriseerd of zijn waar nodig categorieën toegevoegd.

Vervolgens is de deelnemers gevraagd om aan te geven van welke vormen van regeldruk zijn het meeste last hebben, en waar die last uit bestaat. Uiteindelijk hebben wij de aanwezigen gevraagd de vormen van ervaren regeldruk te prioriteren naar de door hen ervaren last, op een schaal van 1 tot 5 (1= weinig last, 5= veel last). Dit is een subjectieve waarneming die uiteindelijk voor de groep als geheel is gemiddeld.

Vervolgens hebben wij de deelnemers een inschatting laten maken van de minimale en maximale tijdsbelasting die de geïnventariseerde regeldruk knelpunten hen per werkdag kosten en de geschatte frequentie (per dag) dat dit zich voordoet. Tevens is met de groep bepaald worden of dit van toepassing is voor alle verpleegkundigen of voor een specifieke groep.

Blok IV: bepalen oorzaken en maatregelen

In dit blok hebben wij de verpleegkundigen uitgenodigd om na te denken over de oorzaken die ten grondslag aan de regeldruk en over de mogelijkheden voor verbetering.

Validatie: na afloop van alle sessies

Na afloop van de sessies hebben wij alle deelnemers de resultaten toegezonden en gevraagd schriftelijk (via email) te reageren op dit cumulatieve resultaat en de uitkomsten te valideren. De respons hierop was beperkt en dit heeft niet tot belangrijke aanpassingen van de bevindingen geleid.

3.1.3 Stap 3: kwantificering effecten

Het gecumuleerde resultaat van de 5 Ronde Tafels met verpleegkundigen hebben wij opgenomen in een tussenrapportage. Deze tussenrapportage hebben wij voorgelegd in de tweede bijeenkomst van het landelijke panel met als doel de eerste conclusies en bevindingen te toetsen. Deze toetsing was van belang alvorens deze inzichten nader uit te werken, te extrapoleren en kwantificeren op landelijk niveau.

De verder uitgewerkte bevindingen, extrapolaties en aanbevelingen hebben wij in een derde panelbijeenkomst getoetst zodat de vertaling van bottom-up inzichten naar centraal niveau zo zorgvuldig mogelijk plaats kon vinden.

3.1.4 Stap 4: rapportage

Het resultaat van deze stap ligt voor u: de eindrapportage ten behoeve van de opdrachtgever. Hierin verantwoorden wij onze aanpak en rapporteren onze bevindingen, conclusies en aanbevelingen.

4 Uitkomsten onderzoek

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteren we de bevindingen uit het onderzoek. Dit doen we aan de hand van de in hoofdstuk 2 gepresenteerde onderzoeksvragen:

- 1 Hoe definiëren we het begrip 'regeldruk' en de groep 'ziekenhuisverpleegkundigen'?
- 2 Waaruit bestaat, uitgaande van deze definities, de door ziekenhuisverpleegkundigen ervaren regeldruk?
- 3 Hoe vertaalt deze regeldruk zich in handelingen en tijdsbeslag van ziekenhuisverpleegkundigen of in andere effecten?
- 4 Welke oplossingen zijn er om deze oorzaken weg te nemen of het effect ervan te verkleinen?
- 5 Wat is het landelijke geëxtrapoleerde effect van deze mogelijke oplossingen?

4.2 Definities regeldruk en ziekenhuisverpleegkundigen

In dit onderzoek richten wij ons op de regeldruk onder verpleegkundigen in het ziekenhuis. Maar voordat we daar op ingaan, bepalen wij de definities van begrippen die binnen het onderzoek worden gebruikt.

4.2.1 Definitie van regeldruk.

Het begrip regeldruk wordt in formele en informele zin, niet altijd op dezelfde manier gebruikt. Enerzijds wordt er gedoeld op overmatige bureaucratie, die zich uit in veel papierwerk, anderzijds op een verplicht handelen, die de diverse regelgeving die onze maatschappij kent met zich meebrengt.

Jorrit de Jong (2011) laten de volgende definitie zien:

Overmatige bureaucratie: "Alle handelingen, verplichtingen, procedures alsook de daardoor veroorzaakte lasten en onvrede die zijn terug te voeren op een suboptimale inzet van het middel bureaucratie."

Deze definitie maakt dus onderscheid tussen het middel bureaucratie en de mogelijke negatieve effecten van dit middel in de praktijk. Het gaat hierbij om zowel het papierwerk als het handelen. We kunnen op basis van het laatste gedeelte van de definitie van overmatige bureaucratie veronderstellen dat een suboptimale inzet gepaard gaat met een ervaren onvrede.

De volgende definities laten zien dat in de literatuur de fenomenen "overmatige bureaucratie" en "regeldruk" bijna synoniem zijn aan elkaar. Binnen de term regeldruk valt echter nog een onderscheid te maken tussen feitelijke regeldruk en gepercipieerde regeldruk (Rijksoverheid, 2005).

De feitelijke regeldruk is het totaal van administratieve lasten en nalevingskosten om te voldoen aan informatieverplichtingen van de overheid of wet- en regelgeving. Het gaat om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Gepercipieerde regeldruk is de irritatie die bij organisaties (en medewerkers) bestaat als gevolg van bepaalde regels die men veronderstelt te moeten naleven.

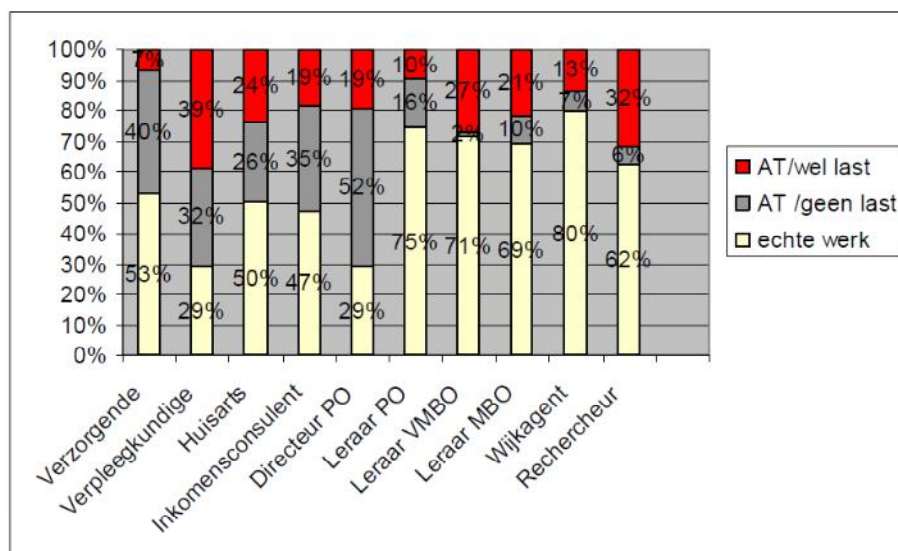
Wij sluiten aan bij de bovengenoemde definities en zien regeldruk als een breed concept, waarbij wetten, vergunningen, procedures, kwaliteitseisen, normen en gedragsregels leiden tot papierwerk, handelingen en gedragsregels. Die op hun beurt een gepercipieerde druk opleveren voor de personen die hiermee te maken krijgen in de dagelijkse praktijk.

In dit onderzoek leggen we het zwaartepunt bij het concept gepercipieerde regeldruk, waarbij in de gesprekken met verpleegkundigen geen onderscheid is gemaakt tussen interne en externe regeldruk. Dit zou ook niet stroken met de insteek om de ervaren regeldruk in kaart te brengen. De feitelijke regeldruk en de bijbehorende kwantificering komen in paragraaf 4.3 aan bod.

4.2.2 Het concept gepercipieerde regeldruk

'Perception is reality', dit geldt zeker voor een begrip als regeldruk, immers "druk" is een subjectieve ervaring. In diverse onderzoeken in zorginstellingen wordt getracht druk te objectiveren door de werkbelasting te kwantificeren. Dit gebeurt door bijvoorbeeld tijdsmetingen te doen van activiteiten en processen. Plexus toont in haar publicatie 'Meer tijd voor de cliënt: administratie kan anders' uit 2010 aan, dat zorgprofessionals in het algemeen tussen de 20% en de 50% van hun dagelijkse tijd aan administratie besteden.

Hieronder een voorbeeld van een samenvatting (Rijksoverheid, 2009) van meer beroepsgroep specifieke metingen. De gegevens in figuur 3 komen oorspronkelijk uit verschillende onderzoeken van EIM, SIRA en TNO. In de figuur is te zien dat de verpleegkundige het grootste deel van de werkdag bezig is met administratieve taken (AT). Functiegebonden administratieve taken horen er bij en wel voor 70,8% van de werktijd. Daarbinnen werd 39% gepercipieerd als administratieve taken waar men last van heeft. De verpleegkundige is met dit percentage koploper ten opzichte van andere beroepsgroepen.



Figuur 3: Administratieve last van verschillende beroepsgroepen (Rijksoverheid, 2009)

4.2.3 De groep ziekenhuisverpleegkundigen

In de gehele zorg en welzijn werken ongeveer 171.000 verpleegkundigen (zowel niveau 4 als 5). Meer dan de helft van deze werknemers (54%) werkt in een ziekenhuis. Verder zijn de verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) en de GGZ, met respectievelijk 19 en 15 procent, grote werkgevers voor de verpleegkundigen in Nederland.

	Aantal verpleegkundigen Niveau 4	Aantal Verpleegkundigen Niveau 5
Ziekenhuizen	64.250	29.312
GGZ	15.681	9.189
VVT	25.494	6.598
Gehandicaptenzorg	13.600	2.000
Welzijn	2.203	801
Jeugdzorg	500	400
Kinderopvang	898	100
Totaal	122.626	48.400

Tabel 1: Aantallen verpleegkundigen in Nederland naar sector (www.azwinfo.nl, 2009)

In totaal werken er in Nederland ongeveer 95.000 verpleegkundigen in ziekenhuizen. Niveau 4 en 5 zijn MBO- respectievelijk HBO-geschoolde verpleegkundigen. In dit onderzoek hebben we ons gericht op verpleegkundigen (in het ziekenhuis) op verpleegafdelingen en op poliklinieken van diverse specialismen, daarnaast namen enkele SEH-verpleegkundigen deel. Er werken steeds meer gespecialiseerde verpleegkundigen in het ziekenhuis, gericht op specifieke functies: bijvoorbeeld IC/CC/Pediatrie, IC Neonatologie/kinderen, Oncologie en Dialyse. Omdat deze groep nog een minderheid is, hebben we ons in dit onderzoek vooral gefocust op de brede groep algemene verpleegkundigen.

In paragraaf 3.1.2 treft u meer informatie aan over de samenstelling van de responsgroep.

4.3 Waaruit bestaat de ervaren regeldruk?

In dit onderzoek zijn in de periode maart-april 2012 in totaal 5 Ronde Tafel gesprekken gevoerd met in totaal 40 verpleegkundigen. Door deze 40 verpleegkundigen zijn in totaal 191 aan ervaren regeldruk gerelateerde knelpunten genoemd, vaak met enige overlap. (In bijlage 4 treft u een overzicht aan waarin een top vijf van deze knelpunten per categorie is opgenomen). Hierbij bleek dat verpleegkundigen het lastig vinden om vanuit de volgende twee invalshoeken regeldruk af te bakenen:

- Komt de ervaren regeldruk voort uit wet- en regelgeving of niet?
- Komt de ervaren regeldruk voort uit reguliere werkzaamheden of niet?

Dit is terug te zien in de 191 genoemde knelpunten welke zijn toegedeeld naar 10 verschillende categorieën.

Hieronder staan de categorieën omschreven:

Categorieën		Omschrijving
1	Opname	Benoemde ervaren regeldruk tijdens het opname proces
2	Ontslag	Benoemde ervaren regeldruk tijdens het ontslag proces
3	Registratie en Rapportage patiënt	Benoemde ervaren regeldruk betreffende de registratie en rapportage van de patiënt
4	Overdracht	Benoemde ervaren regeldruk tijdens de overdracht
5	Communicatie	Ervaren regeldruk veroorzaakt door gebrek aan communicatie
6	Coördinatie	Ervaren regeldruk die ontstaat doordat taken niet worden afgestemd met andere verpleegkundigen of disciplines
7	Overige taken	Ervaren regeldruk die ontstaat tijdens taken, die niet direct horen bij het takenpakket van de verpleegkundige
8	Primair patiëntgebonden handelen	Ervaren regeldruk die ontstaat tijdens noodzakelijke taken die horen bij het primaire proces
9	Persoonlijke ontwikkeling	Ervaren regeldruk die ontstaat door opleiding
10	Begeleiding personeel en leerlingen	Ervaren regeldruk die ontstaat bij het begeleiden van collega's en leerlingen/ stagiaires

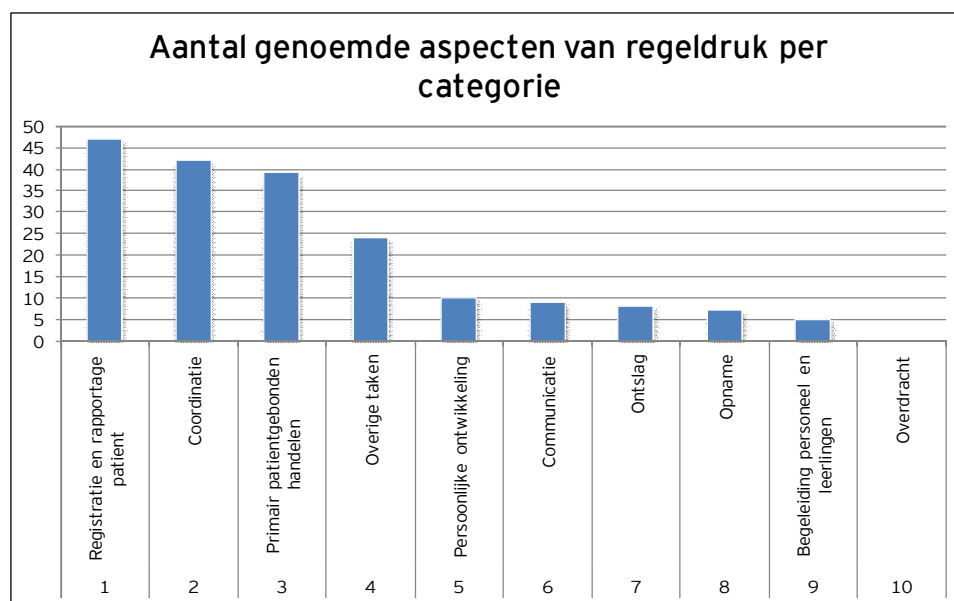
Tabel 2: Categorieën van ervaren regeldruk

Categorie 1 t/m 7 hebben een direct effect op het primair patiëntgebonden proces: ieder knelpunt is van invloed op de directe tijd, zorg en aandacht die de verpleegkundige aan een patiënt kan geven. Het oplossen van deze knelpunten leidt dus in de regel tot meer beschikbare tijd voor zorg, die kan worden omgezet in een hogere productiviteit, een hogere kwaliteit van zorg, een hogere patiënttevredenheid en arbeidstevredenheid van de verpleegkundige.

Categorie 9 en 10 betreffen secundaire processen. Verpleegkundigen hebben een opleidingsportfolio, waaraan ze als gevolg van interne en externe eisen moeten voldoen. Vaak benutten de deelnemers aan het onderzoek hun eigen tijd voor bijscholing. Ook werd zichtbaar dat verpleegkundigen in de praktijk andere ondersteunende zaken moeten regelen, zoals bijvoorbeeld het regelen van vervanging bij ziekte en dergelijke.

In figuur 4 hieronder staat een weergave van het aantal aan ervaren regeldruk gerelateerde knelpunten ingedeeld naar de 10 verschillende categorieën. Veel regeldruk knelpunten vallen binnen meerdere categorieën. Er is telkens een keuze gemaakt voor de volgens de beoordelaars meest relevante categorie. Dit leidt tot een score van 0 binnen de categorie overdracht.

Echter zijn er wel regeldruk knelpunten benoemd die tijdens de overdracht voorkomen, maar die beter pasten onder een andere categorie. Bijvoorbeeld: Er zijn in het ziekenhuis veel invullijstjes die te maken hebben met de overdracht. Dit knelpunt is gecategoriseerd onder Registratie en Rapportage patiënt. Ieder knelpunt telt binnen onze aanpak slechts één keer mee.



Figuur 4: Aantal genoemde aspecten van ervaren regeldruk per categorie

De zwaarst drukkende categorieën in bovenstaande figuur 4 zijn:

- 1 Registratie en rapportage over de patiënt (47 keer genoemd);
- 2 De onderlinge coördinatie van taken (42 keer genoemd);
- 3 Regeldruk die ontstaat tijdens het primair patiëntgebonden handelen (39 keer genoemd).

Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor 67% van de gerapporteerde regeldruk. Hieronder volgen relevante voorbeelden uit deze drie categorieën, waaruit tevens blijkt dat de verpleegkundigen het lastig vinden om de ervaren regeldruk af te bakenen tot feitelijke regeldruk.

Voorbeelden uit de categorie 1. Registratie en rapportage over de patiënt:

- Invullen/bijhouden van scoringslijsten voor kwaliteitsindicatoren, zoals de Complicatieregistratie, Decubitus (DIP), Infectieregistratie (IRS), Pijnscores (VAS), Delirium score. Daarnaast bestaan er afdelingsspecifieke indicatoren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt de rapportage van de kwaliteitsindicatoren om te bepalen welke zorgprocessen in een ziekenhuis extra aandacht behoeven of om nader onderzoek vragen. Hiertoe brengt de Inspectie jaarlijks de basisset Kwaliteitsindicatoren uit. (N.B.: De complicatieregistratie indicator is vanuit de IGZ in 2012 vervallen). Daarnaast vragen verzekeraars specifieke indicatoren uit, dit kan per zorgverzekeraar verschillen.
- Bij de overdracht in geval van doorstroom van een patiënt tussen afdelingen moet er een lijst met persoonlijke bezittingen worden ingevuld.
- De ondervoedingsscore (SNAQ) moet geregistreerd worden in het EPD, dit kost extra tijd. Daarbij komen ook nog extra formulieren die moeten worden ingevuld voor de diëtist.

Voorbeelden uit categorie 2. Coördinatie:

In al deze voorbeelden moet de verpleegkundige in een coördinerende rol om zaken af te stemmen, uit te zoeken, op te vragen en op te lossen als gevolg van gebreken in het proces:

- In de nachtdienst is er geen overzicht bij de verpleegkundigen op de afdelingen ten aanzien van de werkverdeling in het huis. Dit leidt tot extra afstemming en coördinatie.
- Bij binnenkomst van de patiënt vanaf de SEH ontbreken medicijnrecepten. Verpleegkundigen moeten dit vervolgens alsnog opvragen bij de arts.
- De poliklinieken vergeten relevante informatie over de patiënt op tijd door te sturen naar de verpleegafdelingen. Ook dit moet worden opgevraagd en/of opgehaald.

Voorbeelden uit categorie 3. Primair patiëntgebonden handelen:

- De artsensites verlopen vaak ongestructureerd omdat ze beginnen op een onverwacht tijdstip en regelmatig worden verstoord door telefoontjes voor de arts. Dit levert extra werk op en verstoort het verpleegkundig proces, ondanks een eventuele goede voorbereiding.
- Isolatie van patiënt is belastend, ondermeer door het gebrek aan zicht op de patiënt in de isolatieruimte. Het veroorzaakt veel heen en weer lopen en telkens omkleden. Isolatie komt in reactie op incidenten met resistente bacteriën steeds vaker voor, mede omdat de protocollen strakker worden.
- Protocollen opzoeken in het systeem gaat moeizaam door een onvoldoende intelligent ingerichte zoekfunctie.

4.4 Welke oorzaken liggen aan de ervaren regeldruk ten grondslag?

4.4.1 Interne en externe oorzaken

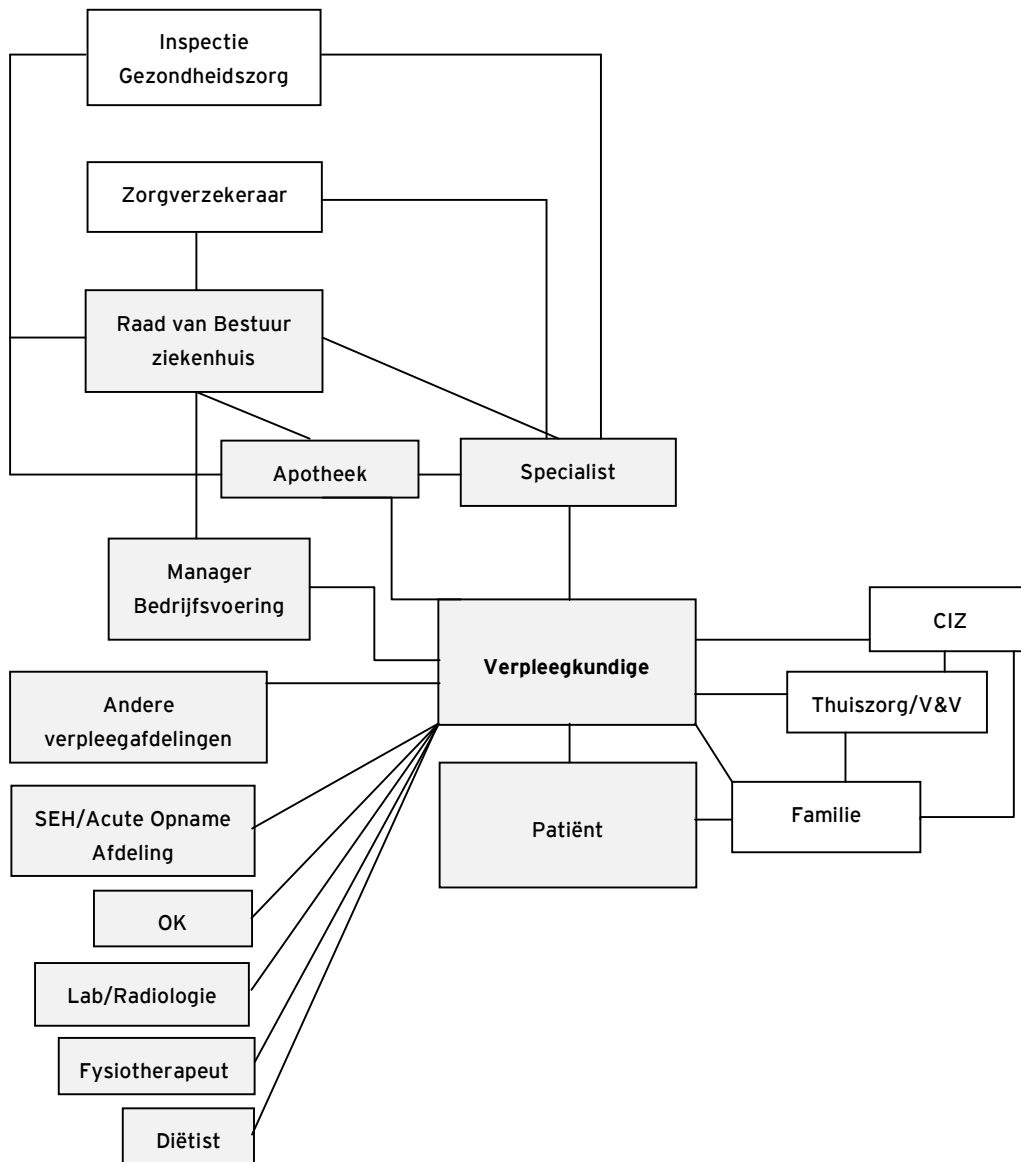
Nadat alle knelpunten zijn gecategoriseerd, is bepaald of het knelpunt intern of extern wordt veroorzaakt:

- Intern betekent dat het knelpunt samenhangt met de wijze waarop de processen op de verpleegafdeling of binnen het ziekenhuis zelf zijn ingericht en gefaciliteerd.
- Extern betekent dat het knelpunt wordt veroorzaakt buiten de ziekenhuisorganisatie:
 - Dat kan enerzijds zijn als gevolg van de feitelijke regeldruk, dus nalevingsverplichtingen of wet- en regelgeving van overheden.
 - Anderzijds kunnen ook door andere organisaties opgelegde administraties of handelingen leiden tot ervaren regeldruk, bijvoorbeeld zorgverzekeraars, collega zorgverleners of instellingen, brancheorganisaties, etc.

Ook voor deze indeling geldt dat er soms een overlap bestaat tussen interne en externe omstandigheden, of dat er sprake is van samenloop. Bijvoorbeeld: veel van de irritaties ontstaan bij het invullen van scoringslijstjes van prestatie-indicatoren die zijn opgenomen in de set met kwaliteitsindicatoren van de IGZ. Op het eerste gezicht een externe factor. Bij doorvraag blijkt dat vooral de manier waarop, het moment van en de frequentie van invullen de irritatie opwekt. De manier waarop het proces rondom de registratie van prestatie indicatoren is ingericht is een interne aangelegenheid.

Uit figuur 5 op de volgende pagina blijkt dat verpleegkundige in het ziekenhuis in een netwerk met zeer veel actoren hun werk moeten doen. Bij de meeste dagelijkse handelingen en werkzaamheden is er contact en afstemming met actoren binnen het ziekenhuis, maar het contact met of de invloed van externe actoren mag zeker niet onderschat worden.

Figuur 5: Netwerk van actoren rondom een verpleegkundige in het ziekenhuis (de actoren buiten het ziekenhuis hebben een witte achtergrond).



170 van de 191 ervaren knelpunten in dit onderzoek hebben een interne oorzaak. Dat wil zeggen: worden veroorzaakt door de wijze waarop het verpleegkundige werkproces in het ziekenhuis is georganiseerd en wordt gefaciliteerd. Dit loopt door alle categorieën van de ervaren regeldruk heen. In de volgende paragraaf komen we op deze bevinding terug.

De overige 21 ervaren knelpunten hebben een externe oorzaak (zowel feitelijk als anderszins): de ervaren regeldruk wordt veroorzaakt buiten de ziekenhuisorganisatie waar de verpleegkundige werkzaam is en bestaat met name uit:

- Administraties, protocollen en regels vanuit, of om te voldoen aan wensen van, andere organisaties (bijvoorbeeld overheden, IGZ, zorgverzekeraars). Dit betreft vooral het vastleggen van kwaliteitsinformatie of prestatie-indicatoren (zie de voorbeelden uit de categorie 'Rapportage en registratie over de patiënt' op pagina 13). Belangrijk is om hierbij te vermelden dat de verpleegkundigen in dit onderzoek aangeven dat zij dit bewerkelijke maar zeker nuttige administraties vinden om verschillende redenen:
 - het geeft inzicht in de kwaliteit van zorg;
 - het vermindert de kans op fouten;
 - het helpt de zorginhoud verder ontwikkelen;
 - het ondersteunt en ontwikkelt de verpleegkunde als professie.

Op de vraag of één van deze kwaliteitsregistraties of indicatoren achterwege kan blijven is het antwoord van de verpleegkundigen ontkennend. Op inhoud kan de beroepsgroep zich dus vinden in deze kwaliteitsregistraties en indicatoren.

Vanuit deze invalshoek kan men stellen dat er op deze specifieke inhoudelijke categorie voor verpleegkundigen in het ziekenhuis geen onnodige regeldruk is vanuit Den Haag. Ter nuancering: er zijn door de deelnemers wel opmerkingen gemaakt over het tempo waarin prestatie-indicatoren, kwaliteitssystemen, etc. zijn ingevoerd en dat dit onvoldoende door de overheid is gefaciliteerd. Het feit dat dit allemaal tegelijk speelt met aanpassingen in het bekostigingssysteem, een groeiende werkdruk vanwege toenemende comorbiditeit en ligduurverkorting maakt de belasting op de werkvloer erg groot.

- Daarnaast wordt als externe oorzaak genoemd: het begeleiden van (onervaren) leerlingverpleegkundigen en stagiaires en de steeds toenemende administratie en verantwoording die opleidingsinstituten hierbij vragen.

Het is ten slotte hier belangrijk om te benadrukken dat de 191 gevonden punten van ervaren regeldruk gebaseerd zijn op de beleving en ervaring van verpleegkundigen. Hiermee wordt dus niets gezegd over de daadwerkelijke werklust of tijdsbesteding. Op basis van de verkregen kwalitatieve informatie ontstaat het beeld dat de externe regeldruk, zoals hierboven beschreven, zwaarder weegt dan de verhouding 170 (intern) en 21 (extern) suggereert.

4.4.2 Belangrijkste oorzaken

Los van de vraag of er een interne of externe oorzaak is van regeldruk, kan ook langs een inhoudelijke lijn naar oorzaken voor de ervaren knelpunten gezocht worden. Bij het bespreken van de ervaren regeldruk kwamen de volgende achterliggende oorzaken naar voren. Deze worden hieronder besproken.

Onvoldoende werkend elektronisch patiëntendossier (EPD)

In 4 van de 5 ziekenhuizen die deelnamen aan het onderzoek is een elektronisch patiëntendossier beschikbaar. Soms sinds enkele jaren, soms pas in de loop van 2012. Dit betreft in alle gevallen een lokaal EPD, dat niet verward moet worden met het initiatief om te komen tot een landelijk EPD.

De fasering verschilt, maar er wordt in de praktijk dagelijks mee gewerkt, soms ook met een deel specifiek voor de verpleegkundige, het elektronisch verpleegkundige dossier (EVD). Een EPD (en EVD) zou zo moeten werken dat in principe gegevens maar één keer vastgelegd hoeven te worden. De verpleegkundigen geven aan bij de introductie van het EPD grote verwachtingen te hebben gehad: het papieren dossier zou worden vervangen en verdwijnen. De administratieve last zou gaan afnemen doordat het EPD sneller en beter zou werken. De praktijk blijkt echter weerbarstiger: het EPD wordt alles afwegende vooralsnog niet als een verlichting ervaren. Mogelijk dat vanuit oogpunt van kwaliteit van zorg zaken beter worden vastgelegd en het systeem tot extra controles dwingt, maar het EPD heeft ook negatieve aspecten:

- geen praktische schakeling tussen verpleegafdeling, polikliniek, IC en OK, waardoor nog steeds veel papieren informatie-uitwisseling noodzakelijk is;
- de omvang van het EPD: de hoeveelheid tabbladen en de uitgebreide vragenlijsten die moeten worden beantwoord voordat verpleegkundigen registraties kunnen opslaan. Het EPD verplicht en faciliteert om meer dan voorheen vast te leggen. De vast te leggen informatie breidt steeds verder uit;
- kinderziektes in het EPD: elk ziekenhuis kent zijn eigen ontwikkelproces met bijbehorende strubbelingen;
- vragenlijsten die gerelateerd zijn aan verpleegkundige prestatie-indicatoren, maar die vaak niet mede naar inzicht van verpleegkundigen zijn ingericht.

De verpleegkundigen in het onderzoek komen tot de conclusie dat het nog jaren zal duren voordat het EPD zal functioneren zoals het beoogd was.

Onvoldoende aandacht voor de verpleegkundige werkvloer

Uit dit 'kwalitatieve' onderzoek komt een beeld naar voren van hard werkende verpleegkundigen met hart voor de zorg, die een hoge regeldruk ervaren. Verpleegkundigen hebben daarbij weinig tot niets te zeggen over hun werklust, althans zo ervaren zij het:

- Een goede vraag is wie eigenlijk de verpleegkundige werklust bewaakt? Artsen, managers, afdelingshoofden en paramedici in het ziekenhuis komen steeds met nieuwe vragen, acties of lijstjes en niemand bewaakt het totaal. De beleving is dat er nooit een taak weggenomen wordt, maar wel meer werk (vooral administratief) bij komt. De verpleegkundige dreigt te verworden tot een soort afdelingsecreresse/coördinator, die steeds minder tijd heeft voor de patiënt. Zeker, functiegebonden administratieve taken en coördinatie vormen een natuurlijk onderdeel van het beroep, maar in de beleving van de deelnemers slaat de balans door naar de verkeerde kant;
- De verpleegkundigen signaleren in de afgelopen 10 jaar een forse toename van de comorbiditeit: patiënten lijden aan meerdere storingen en aandoeningen tegelijk (en zijn gemiddeld steeds ouder). Dit vraagt in de zorg voor de patiënt om meer afstemming en coördinatie en daarmee om kwalitatief beter personeel.
Om kostenredenen wordt de laatste jaren steeds vaker een lager kwaliteitsniveau of tijdelijke krachten via uitzendbureaus ingezet, bij een kortere ligduur van de patiënt. Dit samen geeft extra druk voor de vaste en ervaren krachten met een hoger deskundigheidsniveau;
- De verpleegkundigen vragen zich af of ziekenhuisorganisaties en artsen voldoende rekening houden met de verpleegkundigen en of zij voor hen de juiste randvoorwaarden weten te creëren. Er zijn veel administratieve taken bij gekomen voor de verpleegkundige. Ook is er meer administratieve aandacht voor de kwaliteit van zorg door middel van prestatie-indicatoren, zorgprotocollen, kwaliteitssystemen en veiligheidmanagementsystemen. Dit leidt tot extra administratie per patiënt. Maar ook tot andere tijdrovende nevenactiviteiten, zoals werkgroepen en nascholing. De focus in de organisatie van het ziekenhuis ligt meer en meer bij een efficiënte bedrijfsvoering en procesverbetering gericht op instroom, uitstroom, bedbezetting, ligduur en

DBC-omzet. Daarnaast is onder druk van zorgverzekeraars gestuurd op ligduurverkortung van patiënten, waardoor er sprake is van een hogere 'turnover', dus meer opnames en ontslagen met alle bijkomende regeldruk. De formatie op de afdeling is hier op aangepast. Verpleegkundigen in dit onderzoek geven aan dat dit begint te knellen: door alle regeldruk dreigt de basiszorg achteruit te lopen, vooral de verzorging van patiënten komt soms in de knel (wassen, haren wassen, tanden poetsen, nagels doen);

- Verpleegkundige noemen zichzelf het 'afvalputje' van het ziekenhuis, omdat zij vinden dat zij onterecht in de rol van secretaresse, coördinator en arts komen. Werkzaamheden waarvan verpleegkundigen vinden dat ze slechts tot op zekere hoogte bij hen thuishoren zijn bijvoorbeeld:
 - informatievoorziening aan patiënt/familie volledig overnemen van de arts;
 - verantwoordelijkheden van anderen oplossen: bijvoorbeeld de ontslagmedicatie;
- Tussen afdelingen in ziekenhuizen en tussen ziekenhuizen onderling zien de verpleegkundigen te weinig standaardisatie. Er zijn grote verschillen in manier van werken op vele aspecten. Dit levert onnodig werk en administratie op, vooral bij overdracht.

Cultuur van alles vastleggen

De verpleegkundigen in het onderzoek merken op dat we in Nederland 'alles' willen vastleggen.

- Ziekenhuisorganisaties hebben een neiging tot steeds beter en meer administreren, rapporteren en verantwoorden. Dit betreft zowel de interne als externe regeldruk punten. De verpleegkundigen vinden dat dit past bij de moderne medische wetenschap, maar vragen zich tegelijkertijd af of dit altijd nodig is. Het hangt mogelijk ook samen met een cultuur onder verpleegkundigen van bevestiging zoeken, willen voldoen aan verwachtingen, profileren en eisen die de beroepsgroep aan zichzelf stelt.

4.5 Welke oplossingen zijn er?

Tijdens de panelbijeenkomsten is er gesproken over de oorzaken van de aan regeldruk gerelateerde ervaren knelpunten en de mogelijkheden om tot verbeteringen te komen. In aansluiting op de vorige paragraaf komen daarbij de volgende concrete oplossingen naar voren:

1 Herorganiseren van de registratie en administratie rondom de patiënt.

Aangezien het grootste deel van de ervaren regeldruk een interne oorzaak heeft, valt op dit gebied de meeste winst te behalen. Mogelijke oplossingen zijn:

- Verbeter de wijze waarop het EPD en andere systemen de verpleegkundige workflow ondersteunen;
- Wat zijn de mogelijkheden voor de zorg ten aanzien van andere uitgangspunten bij het rapporteren en verantwoorden?

Bijvoorbeeld overgaan tot alleen rapporteren als een norm niet gehaald wordt of als er afwijkingen of bijzonderheden zijn. Dit vraagt om een verandering van cultuur, houding en gedrag en er zijn barrières te overwinnen, zoals: tradities, zekerheden, 'mag dat van de IGZ?' of ongegronde zorgen over het Medisch Tuchtrecht. Ziekenhuizen of afdelingen kunnen na een goede interne afweging keuzes maken. In veel gevallen kan er gemotiveerd afgeweken worden, niet elke registratie is daadwerkelijk een verplichting.

Laat binnen kaders de verpleegkundige hierin regie nemen. Bijvoorbeeld bij het scoren van decubitus. Wanneer een patiënt behoort tot een jongere doelgroep, zou het EPD zo kunnen worden ingericht, dat de decubitus standaard op 0 staat, pas wanneer er een uitzondering is, zou je dan een andere score kunnen invullen. Bij een andere doelgroep kan een andere keuze gemaakt worden. Van belang is dat niet registreren goed gemotiveerd en onderbouwd wordt. Uiteindelijk

controleert de IGZ de aandacht voor de kwaliteitsindicatoren op hoofdniveau. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat enkele landelijke onderzoeken naar de beste ziekenhuizen (o.a. AD en Elsevier) gebruik maken van de scoringsresultaten. Dit is mogelijk een perverse prikkel tot het altijd willen scoren van indicatoren.

- Koepels en branches kunnen best practices op het gebied van procesorganisatie en registratie in beeld brengen en delen. In de langdurende zorg (AWBZ) vinden er pilots plaats met regelarme instellingen (<http://www.invoorzorg.nl>, experiment regelarme instellingen). Onderzocht kan worden of een vergelijkbaar initiatief een optie is voor de ziekenhuissector;
- Het toepassen van e-Overdracht: in mei 2011 is de kernset 'e-Overdracht in care' gepresenteerd. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen deze set gebruiken om de zorg van patiënten vast te leggen en over te dragen naar een andere zorginstelling. De kernset zorgt voor standaardisatie van gegevens (eenheid van taal).

2 Verbeteren van de positie van de verpleegkundige.

Het verbeteren van de positie van de verpleegkundige is een verantwoordelijkheid van de sector in de breedte, maar ook van verpleegkundigen zelf. Dit is tot op heden nog onvoldoende gebeurd.

Mogelijke oplossingen (zowel van invloed op regeldruk knelpunten die een interne als externe oorzaak hebben) zijn:

- Verpleegkundigen zijn niet gewend grenzen te stellen, mede omdat zij ten opzichte van het ziekenhuis en de artsen in een dienende en ondergeschikte rol verkeren. De beroepsgroep is vooralsnog niet in staat gebleken om voldoende tegenkracht te mobiliseren. Verpleegkundigen zijn aan zet in het vaststellen van het verpleegkundig domein. De beroepsverenigingen zien een taak voor zichzelf weggelegd in het afbakenen hiervan op grond van onderbouwd wetenschappelijk onderzoek. Een VAR kan nadat het verpleegkundig domein concreter is vastgesteld en onderbouwd, dit domein beter gaan bewaken. De indicatoren die nu gebruikt worden zijn opgelegd door partijen als IGZ en zorgverzekeraars. Dit kan ook omgedraaid worden: welke indicatoren vindt de beroepsgroep van belang voor haar eigen functioneren? Wat is de norm bij het vastleggen hiervan? Welke zijn verpleeg-sensitief? En hoe kan de vastgelegde data rondom veiligheid en kwaliteit structureel worden teruggekoppeld en worden gebruikt om het zorgproces te verbeteren?
Een voorbeeld: In ziekenhuis Gelderse Vallei hebben HBOV-studenten onderzoek gedaan naar verpleegkundig eigenaarschap en hoe je dat kunt bevorderen. Zij hebben gezocht naar indicatoren die kunnen worden beschouwd als uitkomsten van verpleegkundige zorg. De volgende 20 indicatoren zijn in eerste instantie gevonden: 1. Acute urineweginfectie, 2. Antibioticagebruik, 3. Beademingsuren, 4. Communicatie, 5. Complicatieregistratie, 6. Decubitus, 7. Delirium, 8. Diabetes Mellitus, 9. Emotioneel welzijn (Lastmeter), 10. Kwetsbare ouderen, 11. Medicatieveiligheid, 12. Incontinentie, 13. Ondervoeding, 14. Patiënttevredenheid, 15. Postoperatieve pijn, 16. Smetten, 17. Stressincontinentie bij een vrouw, 18. Vallen, 19. Vrijheidsbeperkende maatregelen 20. Ziekenhuisinfecties. Deze indicatoren zijn echter niet allemaal op een goede manier gevalideerd en geoperationaliseerd, dus daar moet nog verder onderzoek naar worden gedaan;
- Versterking van de invloed van verpleegkundigen op de ziekenhuisorganisatie. Denk hierbij aan de positie van de VAR, maar ook het meer betrekken van verpleegkundigen in besluitvorming over het werkproces;
- Wijs in het ziekenhuis of op de afdeling functionarissen aan die de verpleegkundige werklust actief gaan bewaken aan de hand van vastgestelde principes en zo nodig met de vuist op tafel slaan.

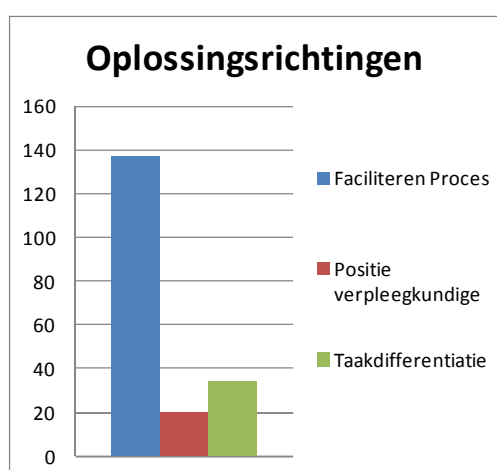
- Verplicht interne partijen in het ziekenhuis om aan verpleegkundigen terugkoppeling en uitleg te geven over wat door hen geregistreerd wordt en presenteer de resultaten. Dit motiveert, stimuleert en vermindert de ervaren regeldruk.
- Een goed voorbeeld van hoe het kan, is het programma Excellente Zorg. In de Verenigde Staten is in de jaren '80 het concept 'Magnet Hospital' ontwikkeld. Deze ziekenhuizen creëren een aantrekkelijke werkomgeving voor verpleegkundigen. Onderzoek in Amerika heeft aangetoond dat in deze ziekenhuizen de kwaliteit van zorg en patiëntervaring significant verbeterd. Dit concept is door V&VN - in samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF) - omgezet naar de Nederlandse situatie. In de Nederlandse pilot hebben 6 ziekenhuizen meegedaan. Excellente Zorg is een veranderingsproces waarbij verpleegkundige en verzorgende professionals leidend zijn en zich verantwoordelijk weten voor datgene waarvoor ze in de zorg zijn gaan werken: patiëntenzorg. Het start bij het ontwikkelen van een werkomgeving voor verpleegkundigen en verzorgenden die onder andere geënt is op: autonomie, zeggenschap, eigenaarschap en professionele verantwoordelijkheid. Het is een werkomgeving waarin verpleegkundigen en verzorgenden uitgedaagd worden om optimale zorg te bieden.

3 Betere en efficiëntere taakverdeling.

Verpleegkundigen benoemen dat zij door gebrek aan coördinatie onnodig vaak bedden moeten soppen, vervoer moeten regelen naar een verzorgingshuis of het ziekenhuis moeten doorkruizen met onderzoeksmonsters. Dit de praktijk van alledag en betreft interne regeldruk knelpunten.

- In eerdere onderzoeken is al vaker functiedifferentiatie genoemd als een mogelijke oplossing, vooral het inzetten van het niveau 'verzorgende' of 'helpende'. De nuancering van de verpleegkundigen in dit onderzoek is dat dit een optie is, maar alleen werkt voor een aantal eenvoudige, meer huishoudelijke taken en niet voor de administratieve en coördinerende taken die voor dit opleidingsniveau te complex zijn.

Voor de 191 ervaren regeldruk knelpunten in dit onderzoek is ten slotte bepaald welke van de drie hierboven benoemde oplossingsrichtingen de logische eerste optie is. Het resultaat is weergegeven in figuur 6.



Figuur 6: Ervaren regeldruk knelpunten in relatie tot mogelijke oplossingsrichtingen.

4 Stimuleren door de overheid

De vraag is of oplossingsrichting 1 tot en met 3 voldoende van de grond gaan komen, omdat de gesignaleerde knelpunten al langer bekend zijn, maar er tot op heden weinig vooruitgang is geboekt. Terwijl er een enorm verbeterpotentieel is.

Vanuit die optiek zou het ministerie van VWS zich kritisch kunnen oriënteren op een faciliterende rol, maar zonder nieuwe regels en zonder extra kosten. Door ziekenhuizen en verpleegkundigen te stimuleren aan de slag te laten gaan met de genoemde oplossingsrichtingen. Dit kan bijvoorbeeld door organisaties en verpleegkundigen aan te spreken op het maken van keuzes bij het registreren. Het risico is namelijk dat de regeldruk knelpunten op de verpleegkundige werkvloer blijvend onvoldoende worden aangepakt en dat dit de sector op termijn onaantrekkelijk maakt als werkgever. In dit geval niet door regels af te schaffen, maar door de sector actief aan te zetten tot verbetering.

4.6 Wat is het landelijke geëxtrapoleerde effect van mogelijke oplossingen?

Op basis van de schattingen die de deelnemende verpleegkundigen hebben gedaan naar de extra tijdsbelasting die zij ervaren bij verschillende knelpunten, geven wij een aantal voorbeelden van landelijke extrapolatie. Uit het literatuuronderzoek in het kader van dit onderzoek bleek dat de verpleegkundige als beroepsgroep te maken heeft met de hoogste administratieve lasten: 39% van de tijd dat een verpleegkundige werkt, ervaart hij of zij administratieve last. (Zie paragraaf 4.2.2.)

De genoemde oplossingsrichtingen uit de vorige paragraaf maken we in deze paragraaf ten dele concreet. Daarmee wordt duidelijk dat er nog veel verbeterpotentieel is te realiseren door het wegnemen van de in dit onderzoek gesignaleerde regeldrukknelpunten. Hieronder volgt een doorrekening van vier belangrijke knelpunten naar landelijke kosten per jaar, gebaseerd op aantal opnamen of ligdagen.

Knelpunt	Volume per jaar	Extra Tijd naar Schatting in minuten	In FTE per jaar	Loonkosten per jaar gemiddeld	Totale kosten extra regeldruk
EPD te uitgebreid	3.997.960 opnamen	10	444	€ 43.000	€ 19.092.000
Systemen en ICT Infrastructuur die niet optimaal het primaire proces faciliteren	10.705.295 ligdagen	2,5	297	€ 43.000	€ 12.771.000
Scoren van prestatie Indicatoren	10.705.295 ligdagen	5	595	€ 43.000	€ 25.585.000
Ongestructureerd verloop artsensite	10.705.295 ligdagen	2	238	€ 43.000	€ 10.234.000

Tabel 3: Regeldruk knelpunten en de geschatte bijbehorende landelijke kosten op jaarbasis.

Bovenstaande berekeningen zijn gebaseerd op aannames en tijdsinschattingen en betreffen een klein deel van het totaal aantal regeldruk knelpunten. Dit geeft een eerste inzicht in de orde van financiële omvang, ofwel de inefficiëntie, die de knelpunten met zich meebrengen.

De berekeningen zijn gebaseerd op aannames op basis van de gemiddelde tijdsindicatie (extra tijd toegewezen aan de ervaren regeldruk) die de verpleegkundige in dit onderzoek hebben opgegeven:

- bij iedere opname wordt het EPD ingevuld. De verpleegkundigen schatten in dat dit 10 minuten extra 'regeldruk'-tijd kost, door het grote aantal vragen en tabbladen;
- op iedere ligdag van een patiënt worden de prestatie indicatoren gescoord, dit kost 5 minuten extra tijd per patiënt doordat het EPD niet optimaal gebruiksvriendelijk is, of omdat men nog steeds met allerlei papieren lijsten moet werken;
- gebreken aan de ICT infrastructuur veroorzaakt bij de geïnterviewde verpleegkundigen per dienst een storing van ongeveer 10 minuten. De gemiddelde ratio verpleegkundige/patiënt is naar schatting 1 op 7 in Nederland. (Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, publicatie 15, 2012). Iedere patiënt heeft gedurende een ligdag ten minste te maken met 2 verpleegkundige diensten. Dit veronderstelt dat er per ligdag ongeveer 20 minuten vertraging is voor iedere 7 patiënten. Dit staat voor ruim 2,5 minuut per ligdag van een patiënt;
- de artsensite vindt plaats op iedere dag dat een patiënt in een ziekenhuis ligt. Doordat artsen niet goed voorbereid zijn, arts-assistenten onervaren zijn, artsen veel heen en weer moeten bellen, ontstaat er tijdsverlies. Dit wordt voorzichtig geschat op 2 minuten gemiddeld per patiënt;
- de gemiddelde loonkosten voor een verpleegkundige zijn € 43.000 per jaar. Het absolute extra aantal uren, berekend door het volume (indicator*minuten)/60 wordt gedeeld door 1500, de veronderstelde netto beschikbare uren per fulltime FTE verpleegkundige (Bruto uren, minus vakantie dagen, scholing, bijeenkomsten en pauzes).

De volume indicatoren zijn ontleend aan de Logistieke Barometer Zorg (Ernst & Young, 2012) en hebben betrekking op de jaarverslagen over het jaar 2010.

5 Conclusies en aanbevelingen

Actal heeft Ernst & Young opdracht gegeven de ervaren regeldruk onder verpleegkundigen in het ziekenhuis te onderzoeken om met voorstellen te komen om deze te verminderen.

De *doelstellingen* van het onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

- 1 Inzicht krijgen in de regeldruk die de verpleegkundige in een ziekenhuis ervaart, inclusief een top 3 hiervan;
- 2 Inzicht krijgen in de oorzaken/bronnen van de regeldruk;
- 3 Het in beeld brengen van de verbetermogelijkheden tot het verminderen van de regeldruk (concreet, toegankelijk en herkenbaar voor de doelgroep verpleegkundigen) en kwantificering van het effect op de regeldruk.

Dit leidt tot de volgende *probleemstelling*:

Breng vanuit het perspectief van de verpleegkundige de regeldruk in beeld en formuleer onderbouwde werkbare en uitvoerbare voorstellen om de regeldruk te verminderen.

Aan de hand van deze doelstelling en probleemstelling is in dit onderzoek in kaart gebracht wat de huidige stand van zaken is betreffende regeldruk onder verpleegkundigen in ziekenhuizen. De focus lag op een brede definitie van de ervaren of gepercipieerde regeldruk: de irritatie die bij organisaties (en medewerkers) bestaat als gevolg van bepaalde regels die men veronderstelt te moeten naleven.

De input is verkregen uit beschikbare publicaties en in het bijzonder uit een vijftal Ronde Tafel gesprekken met in totaal 40 verpleegkundigen in het ziekenhuis. Dit heeft geresulteerd in de volgende conclusies en aanbevelingen.

5.1 Conclusies

De belangrijkste conclusies van dit onderzoek zijn:

- Door de 40 ziekenhuisverpleegkundigen in dit onderzoek zijn 191 ervaren regeldruk knelpunten benoemd;
- Deze 191 ervaren knelpunten zijn toegedeeld naar 10 categorieën. De top 3 bestaat uit:
 - 1 registratie en rapportage over de patiënt (47 knelpunten);
 - 2 coördinatie (42 knelpunten);
 - 3 primair patiënt gebonden handelen (39 knelpunten).
- Vervolgens is bepaald of het knelpunt intern of extern wordt veroorzaakt. Intern betekent dat het knelpunt samenhangt met de wijze waarop de processen op de verpleegafdeling of binnen het ziekenhuis zelf zijn ingericht en gefaciliteerd. Extern betekent dat het knelpunt wordt veroorzaakt buiten de ziekenhuisorganisatie.
- In dit onderzoek blijken 170 van de door verpleegkundigen ervaren regeldruk knelpunten een interne oorzaak te hebben. De Nederlandse ziekenhuizen kunnen op dit gebied nog fors verbeteren.

De overige 21 regeldruk knelpunten met externe oorzaken (feitelijke regeldruk of anderszins), veroorzaakt buiten de ziekenhuisorganisatie waar de verpleegkundige werkzaam is, bestaat vooral uit het vastleggen van kwaliteitsinformatie of prestatie-indicatoren. Belangrijk is om hierbij te vermelden dat de verpleegkundigen in dit onderzoek aangeven dat zij dit bewerkelijke maar zeker nuttige administraties vinden. Op de vraag of één van deze kwaliteitsregistraties of indicatoren achterwege kan blijven is het antwoord van de ziekenhuisverpleegkundigen ontkennend. Op inhoud kan deze beroepsgroep zich dus vinden in deze kwaliteitsregistraties en

indicatoren.

Ter nuancering: er zijn door de deelnemers wel opmerkingen gemaakt over het tempo waarin prestatie-indicatoren, kwaliteitssystemen, et cetera zijn ingevoerd en dat dit onvoldoende door de overheid is gefaciliteerd. Het feit dat dit allemaal tegelijk speelt met aanpassingen in het bekostigingsstelsel, een groeiende werkdruk vanwege toenemende comorbiditeit en ligduurverkortingen maakt de belasting op de werkvloer groot.

- De 191 gevonden punten van regeldruk zijn gebaseerd op de beleving en ervaring van verpleegkundigen. Hiermee wordt dus niets gezegd over de daadwerkelijke werklust of tijdsbesteding.
- Vanuit een inhoudelijk perspectief zijn de belangrijkste gerapporteerde oorzaken van de ervaren regeldruk onder verpleegkundigen:
 - onvoldoende werkend elektronisch patiëntendossier (EPD);
 - onvoldoende aandacht voor de verpleegkundige werkvloer;
 - cultuur van alles vastleggen;
- Op basis van de schattingen die de deelnemende verpleegkundigen hebben gedaan naar de extra tijdsbelasting die zij ervaren bij verschillende knelpunten, geven wij een aantal voorbeelden van landelijke extrapolatie. Dit geeft een eerste inzicht in de orde van financiële grootte, eigenlijk de forse inefficiëntie, die de knelpunten met zich meebrengen.

5.2 Aanbevelingen

In de Ronde Tafelgesprekken met verpleegkundigen en tijdens de panelbijeenkomsten is er gesproken over de oorzaken van de aan regeldruk gerelateerde ervaren knelpunten (interne en externe) en de mogelijkheden om tot verbeteringen te komen. In aansluiting op de vorige paragraaf komen daarbij de volgende oplossingen op hoofdlijnen naar voren. In paragraaf 4.5 zijn deze verder uitgewerkt:

1 Herorganiseren van de registratie en administratie rondom de patiënt.

Op dit gebied is er de meeste winst te behalen, mogelijk door minder en slimmer vast te leggen. Ziekenhuizenmanagement, artsen en verpleegkundigen zullen hier samen meer werk van moeten maken. Dit betreft met name interne, maar ook externe regeldruk knelpunten.

2 Verbeteren van de positie van de verpleegkundige.

Het verbeteren van de positie van de verpleegkundige is een verantwoordelijkheid van de sector in de breedte, maar ook van verpleegkundigen zelf. Een afgebakend verpleegkundig domein kan hierin een belangrijke rol spelen.

3 Een betere en efficiëntere taakverdeling.

In eerdere onderzoeken is al vaker functiedifferentiatie genoemd als een mogelijke oplossing, met name het inzetten van het niveau 'verpleegkundig assistent' of 'helpende'. De nuancering van de verpleegkundigen in dit onderzoek is dat dit zeker een optie is om een deel van de interne regeldruk knelpunten weg te nemen, maar alleen werkt voor een aantal eenvoudige huishoudelijke taken en niet voor de administratieve en coördinerende taken welke voor dit opleidingsniveau te complex zijn.

4 Stimuleren door de overheid

De vraag is of oplossingsrichting 1 tot en met 3 voldoende van de grond gaan komen, omdat de gesignaleerde knelpunten al langer bekend zijn, maar er tot op heden weinig vooruitgang is geboekt. Vanuit die optiek zou het ministerie van VWS zich kritisch kunnen oriënteren op een faciliterende rol, maar zonder nieuwe regels en zonder extra kosten.

6 Nabeschouwing

Aansluitend aan dit onderzoek willen wij nog een aantal aspecten benoemen die geen onderdeel vormen van het onderzoek, maar ons zijn opgevallen of een belangrijke rol spelen in de context waarbinnen tot oplossingen gekomen moet worden.

Gebrek aan autonomie en zeggenschap van verpleegkundigen

Wat opvalt is dat de verpleegkundigen in het onderzoek zich over het algemeen afhankelijk van hun omgeving opstellen. Zij lijken geen of weinig invloed (willen) te hebben op wat er voor hen wordt beslist. Verpleegkundigen hebben in de huidige ziekenhuisorganisaties een zwakke machtspositie en zijn niet vertegenwoordigd op het hoogste niveau. De vertegenwoordiging via een Verpleegkundige Advies Raad (VAR) is in veel ziekenhuizen gerealiseerd, maar nog wel in ontwikkeling.

Hiërarchische verhoudingen tussen artsen en verpleegkundigen dragen bij aan een service gerichte houding naar de artsen. Tegelijkertijd zijn artsen vanuit de optiek van verpleegkundigen vaak de oorzaak van vertragingen en verstoringen, door slechte bereikbaarheid, gebrekkige communicatie en door het ongeplande en ongestructureerde verloop van de artsensite.

Gebrek aan sense of urgency bij stakeholders

De ervaren regeldruk onder verpleegkundigen is hoog. Dit heeft als risico dat de aantrekkelijkheid van het beroep voor bestaande en potentiële verpleegkundigen afneemt. Dit is onwenselijk gezien de gewenste groei van het aantal verpleegkundigen in verband met de toenemende vergrijzing van ons land en de bijbehorende groei van de zorgvraag. Dit is al langer bekend, maar de sense of urgency lijkt in de ziekenhuissector onvoldoende aanwezig.

Volgende de verpleegkundigen wordt aan het oplossen van de problematiek geen prioriteit gegeven door ziekenhuismanagement, artsen, koepels, brancheorganisaties en overheid. De vraag is waarom er zo weinig verandert en men niet in staat is de vertaling te maken en de juiste maatregelen te nemen.

Verbeteracties op afdelingen lossen gebrek aan standaardisatie niet op

Veel ziekenhuizen kiezen er voor om afdelingen individueel het werkproces te laten optimaliseren. Echter, dit lost het overall gebrek aan standaardisatie tussen afdelingen en ziekenhuizen niet op. Om dit wel te kunnen realiseren is regie en coördinatie nodig. Veel oplossingen om het werkproces te verbeteren zijn afdelingsoverstijgend en dit vraagt dus om een top-down benadering, waarbij het nodig is om individuele vrijheidsgraden en voordelen voor afdelingen weg te nemen ten behoeve van het collectieve belang.

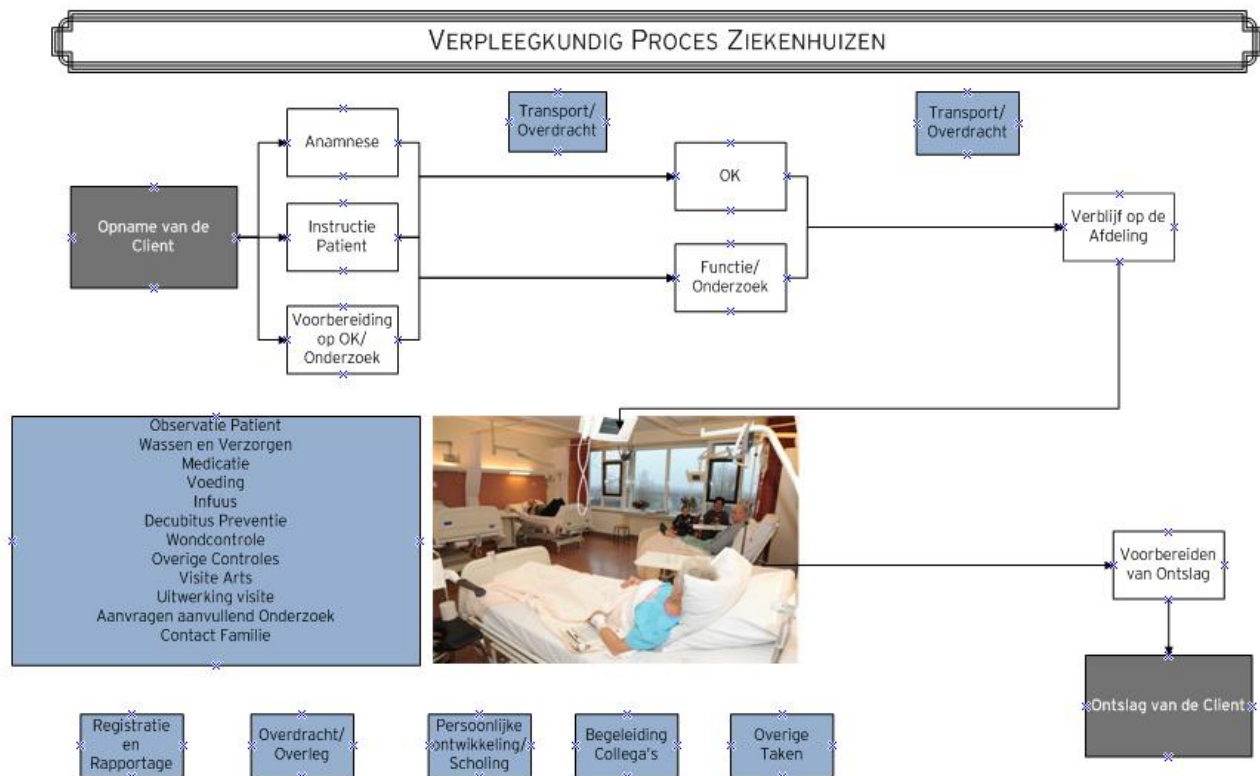
1 Deelnemende ziekenhuizen

Organisatie	Plaats	Datum Ronde Tafel gesprek	Aantal verpleegkundigen
Zaans Medisch Centrum	Zaandam	14-mrt-12	13
Rijnstate	Arnhem	3-apr-12	5
Maasstad Ziekenhuis	Rotterdam	5-apr-12	5
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	16-apr-12	10
Bovenij Ziekenhuis	Amsterdam	20-apr-12	7

2 Samenstelling landelijk panel

Panelleden ervaren regeldruk		
Gerda	Berkhout	NFU
Corine	Zijderveld	NPCF
Renate	Kieft	V&VN
Peter	Hulsinck	Nu'91
Marjolein	Ten Holter	Albert Schweitzer ZH
Nelleke	Steeuwenhoek	IGZ
Marcel	Kieviet	Actal
Claire	Mesman	Actal

3 Verpleegkundig werkproces



4 Top 5 van ervaren regeldruk knelpunten per categorie

Omschrijving	Categorienu mmer	Categoriennaam
De uitvraag van gegevens is dubbel in de anamnese	1	Opname
Het MRSA risico is groter door verschillen in intake tussen ambulance en eerste hulp	1	Opname
Het MRSA risico is groter doordat de indicatieve vragen onvoldoende goed worden gesteld bij het bureau opname	1	Opname
De opname van de patiënt via SEH naar de afdeling duurt lang, door de drukte op de afdeling	1	Opname
Veel "spoed" is logistieke spoed en heeft meer te maken met de interne organisatie	1	Opname
Bij ontslag kost de patiënten enquête veel tijd	2	Ontslag
Ontslagen gaan op het laatste moment niet door, vanwege tegenvallende onderzoeksuitslagen, dit veroorzaakt extra papierwerk	2	Ontslag
Op het laatste moment voor ontslag is er nog een medicijnenwissel wat administratie met zich mee brengt	2	Ontslag
De patiënt blijft onnodig lang op verpleegafdeling + wachten doordat ontslagpapieren nog niet of niet volledig zijn geschreven door de arts	2	Ontslag
Veel papierwerk bij ontslag	2	Ontslag
Er zijn verschillende systemen in het ziekenhuis, die niet met elkaar communiceren, hierdoor extra werk	3	Registratie en Rapportage patient
Het EPD heeft te veel tabbladen die allemaal moeten worden ingevuld	3	Registratie en Rapportage patient
Systemen, computers en printers die niet altijd werken	3	Registratie en Rapportage patient
Te veel scoringslijsten: dos, pijn, vas, awbz, nazorg, code	3	Registratie en Rapportage patient
Voor de kleinste dingen moeten we VIM-men (Veilig Incident Melden)	3	Registratie en Rapportage patient
De arts assistent moet bij vragen veel heen en weer bellen met de specialist, dit kost veel tijd	5	Communicatie
De arts communiceert de wijzigingen in het medisch beleid niet, hierdoor extra uitzoekwerk	5	Communicatie
Artsen leggen slecht uit bij de opname, dit roept veel vragen en onzekerheden op bij de patiënt	5	Communicatie
De patiënt krijgt van de verschillende afdelingen tegenstrijdige instructies	5	Communicatie
Veel vragen van andere disciplines die over de vloer komen	5	Communicatie
Artsen komen niet op tijd voor de visite	6	Coördinatie
Bij opname zijn er geen schone bedden	6	Coördinatie

De patiënt wordt overbelast doordat alles meerdere malen moet worden verteld	6	Coördinatie
Misgrijpen naar materialen	6	Coördinatie
Veel disciplines stellen dezelfde vragen aan patiënt (grote overlap tussen coassistent en verpleegkundige)	6	Coördinatie
Bedden verschonen gebeurt vaak door de verpleegkundigen terwijl dat niet een verpleegkundige taak is	7	Overige taken
De avonddienst krijgt veel telefoon van familie, de poli en het transport	7	Overige taken
De Niaz accreditatie kost heel veel tijd en levert veel extra administratie op	7	Overige taken
Het familie gesprek met de arts vindt te laat plaats, hierdoor krijgen we veel vragen van de familie	7	Overige taken
Het wegbrengen kweekmateriaal naar een andere locatie in het ziekenhuis, kost veel tijd	7	Overige taken
Er zijn 3 verschillende manieren waarop je medicatie kan bestellen voor de patiënt, dit is omslachtig	8	Primair patientgebonden handelen
De artsensite duurt te lang: het is een halve klinische les door onervaren arts assistenten	8	Primair patientgebonden handelen
Het kost veel tijd om de patiënt alles uit te leggen	8	Primair patientgebonden handelen
In de weekenden doen de verpleegkundigen de thee rondes en de eetrondes	8	Primair patientgebonden handelen
Voeding van patiënten is een volledige taak, die zou moeten worden uitgevoerd door voedingsassistenten	8	Primair patientgebonden handelen
Het bijhouden van Eduper (opleidingsportfolio) kost veel tijd	9	Persoonlijke ontwikkeling
De BIG registratie modules zijn verouderd	9	Persoonlijke ontwikkeling
Evaluaties en POP zitten in een ingewikkeld systeem, dat daardoor meer tijd kost	9	Persoonlijke ontwikkeling
Er bestaan geen duidelijke afspraken over scholing: gebruik je hiervoor eigen tijd?	9	Persoonlijke ontwikkeling
Het opleiding budget (uren) is onbekend, hierdoor niet duidelijk hoeveel tijd je aan studie kan besteden	9	Persoonlijke ontwikkeling
2e jaars HBO stranden door onvoldoende aansluiting met de werkvloer	10	Begeleiding personeel en leerlingen
2e jaars HBO horen niet in ziekenhuis maar verpleeghuis omdat ze nog veel moeten leren over de basiszorg (wassen etc.)	10	Begeleiding personeel en leerlingen
Er zijn veel en vooral ook veel verschillende stagiaires waarvan de begeleiding veel tijd kost	10	Begeleiding personeel en leerlingen
Er is te weinig tijd om leerlingen goed te kunnen begeleiden	10	Begeleiding personeel en leerlingen
Vervanging bij ziekte regelen, kost veel tijd en gebeurt vaak door de verpleegkundigen zelf	10	Begeleiding personeel en leerlingen

5 Literatuurlijst

- 1 Chronisch geregeld, casestudy, regeldruk van copd patiënt Annette en haar zorgprofessionals. Actal, 2010
- 2 Meer tijd voor de cliënt: administratie kan anders. Plexus, 2010
- 3 Tijd voor administratie of voor de patiënt?. CBO, 2008
- 4 Bouwstenen voor minder regeldruk in de zorg. Deloitte, 2010
- 5 De handen op elkaar voor een heldere zorgvisie en vertrouwen. KPMG, 2010
- 6 Rapportage Administratieve Lastenvermindering Professionals. www.rijksoverheid.nl, 2009
- 7 Nationale enquête werken in de zorg. Menzis en VenVN, 2011
- 8 De diagnose en behandeling van overbodige bureaucratie. Jorrit de Jong, 2011
- 9 Regeldruk voor OCW instellingen. www.rijksoverheid.nl, 2005
- 10 Reduceren van administratieve lasten meer dan schrappen van regelgeving. PWC, 2006
- 11 Overcoming barriers to administrative simplification strategies: guidance for policy makers. OECD, 2009
- 12 Experiment regelarme instellingen. Q consult, 2011
- 13 Minder regeldruk voor zorgprofessionals, meer tijd voor de zorg. Plexus, 2011
- 14 Een kwestie van vertrouwen. VWS commissie administratieve lasten in de zorg, 2006
- 15 Minder regels, meer vertrouwen. In Axis, 2008
- 16 Vermindering administratieve lasten: nieuwe toetreders in de zorg. Regioplan, 2009
- 17 Nog slimmer werken. CNV Publieke Zaak, 2010
- 18 Rapportage Administratieve Lastenvermindering Professionals. www.rijksoverheid.nl, 2009
- 19 Eindrapport Verpleegkundigen in Ziekenhuizen, EIM, 2009
- 20 Werkprogramma, Actal, 2011 en 2012

6 Onderzoeksteam

Dit onderzoek werd uitgevoerd door:

- Drs. B.J.B. (Bart) Buiks (Manager). Dhr. Buiks heeft veel ervaring met opdrachten in zorginstellingen in samenwerking met medewerkers in de zorg. Hij is als adviseur ervaren in strategie en beleid, transitie en innovatie, en procesverbetering.
- Drs. E. (Evelien) Kanenburg (Senior Advisor (Senior Advisor) heeft een uitgebreide ervaring in procesverbetering bij diverse typen organisaties.

De opdracht werd uitgevoerd onder de eindverantwoordelijkheid van mevrouw Dr. M.E.M. (Monique) van Dijen, Partner van Ernst & Young Advisory en de leider van de Advisory Sector Health (Nederland en België).

