

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL, 9 juli 1987

Bestuur der Verzorgingsinstellingen

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOOR-
ZIENINGEN

Afdelino "Erkenning"

Ref.: AE/03/14 - 9-7-87

ADVIES (*) VAN DE AFDELING "ERKENNING" BETREFFENDE

1. De "verpleegkundige" erkenningsnormen der ziekenhuizen.
2. De minimale verpleegkundige gegevens (M.V.G.) en hun betekenis voor de aanpassing van de verpleegdagprijs - deel B2.
3. Concreet voorstel van aanpassing van de verpleegdagprijs - deel B2.

(*) Opgesteld tijdens de vergadering van de afdeling "Erkenning" op 9.7.1987 en door het Bureau bekrachtigd op 9.7.1987.

1. Inleiding en situering.

De uitvoering van het nieuwe gezondheidsbeleid in het algemeen, en het nieuwe ziekenhuisbeleid in het bijzonder maken een herziening van de toebedeelde beschikbare middelen noodzakelijk.

De verbetering van de kwaliteit van de ziekenhuiszorg, in een kader van vermindering van de gemiddelde ligduur van patiënten opgenomen in ziekenhuizen, vereist dat de benadering van het probleem van de omkadering van het verplegend en verzorgend personeel, op een fundamenteel andere wijze dient te gebeuren dan op de kwantitatieve en statistische wijze die tot nu toe gehanteerd werd.

Het resultaat van het nieuw ziekenhuisbeleid, te weten de concentratie van de ziekenhuiszorg gekoppeld aan een toename van de kwaliteit, binnen een budgettaire beheersing van de globale kostprijs ervan, zal maar kunnen verhoopt worden, als de beschikbaar gestelde middelen om dit te realiseren, hieraan aangepast zijn. Een kwalitatieve en dynamische benadering is dus aangewezen.

Een evenwicht tussen begrippen van kwalitatieve aard (kwalificatie en competentie van het personeel, veiligheid van de patiënten, aanvaardbaarheid van de voorgestelde zorgstructuur en de beoogde veranderingen daaromtrent) en begrippen van kwantitatieve aard (totale omkadering, spreiding van de kwalificaties) moet nastreefd worden.

Immers, het feit alleen van te beschikken over een hoeveelheid middelen volstaat niet opdat ze doeltreffend zouden zijn. De wijze waarop deze middelen georganiseerd en aangewend worden conditioneert fundamenteel de resultaten die men ermee kan bekomen.

Parallel hiermee dient gesteld dat, indien de erkenning van ziekenhuizen gebaseerd moet worden op duidelijke criteria, die als strikte minima moeten nageleefd worden, het daarentegen noodzakelijk is dat zowel de instanties die bevoegd zijn voor de toepassing van de erkenning, als de ziekenhuisbeheerders nu reeds beschikken over krachtlijnen naar de toekomst, die als eerste doel hebben te oriënteren eerder dan te bestraffen.

De termijn na dewelke de voorgestelde normen door iedereen verplichtend moeten nageleefd worden en de tussentijdse fasering ervan dient rekening te houden met de vastgestelde evolutie in de ziekenhuizen en de voorwaarden die in het globale kader aanwezig zijn.

Dit advies wordt uitgebracht op uitdrukkelijke vraag van Minister J.L. Dehaene (zie brief aan de Voorzitter van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen dd. 9/12/1986) en in opdracht van de werkgroep "Binding tussen de ziekenhuisactiviteit en de financiering van de verpleegdagprijs". Het is geïnspireerd op hierboven aangegeven fundamentele overwegingen.

2. Vragen tot advies aan de N.R.Z.V. van de Minister van Sociale Zaken

2.1. In het perspectief van een kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg, bepaling van normen inzake de medische en paramedische bestaffing en dit zowel wat het ziekenhuis in zijn

totaliteit betreft als inzake de onderscheiden soorten van hospitalisatiediensten en medisch-technische diensten. In zijn brief geeft de Minister aan dat hij van mening is dat "de bestaande erkenningsnormen inzake de paramedische en verpleegkundige omkadering" moeten kunnen worden herzien. De herziening van deze personeelsnormen moet worden gezien in het licht van de vermindering van het aantal bedden en de verkorting van de ligduur."

2.2. Advies over de betekenis van de resultaten van de nationale onderzoeksprojecten m.b.t. de minimale verpleegkundige gegevens.

De raad bracht hierover al een advies uit op 10/4/1987. In punt 5 van dit advies wordt t.a.v. de minimale verpleegkundige gegevens volgend standpunt ingenomen :

"De evaluatie van de verpleegkundige zorgen via de registratie van minimale verpleegkundige gegevens is het tweede element van het vooropgestelde evaluatiesysteem.

Een wetenschappelijke studie verricht volgens twee invalshoeken heeft enerzijds onderzocht of de registratie van de verpleegkundige activiteit nuttig, valide en betrouwbaar is en anderzijds of de geregistreeerde gegevens de hergroepering van ziekenhuizen toelaat.

De eindverslagen stellen in staat een bevestigend antwoord te verstrekken op al deze vragen.

Het wetenschappelijk onderzoek heeft 23 verpleegkundige interventies geselecteerd als goede indicatoren van de verpleegkundige zorgen.

Deze 23 interventies geven een specifiek beeld van alle verpleegeenheden, ongeacht hun kenletter of medische specialiteit : heilkunde, inwendige geneeskunde of andere.

Dit beeld is verschillend en niet overlappend aan het beeld dat gevormd wordt door andere indicatoren zoals de medische diagnose of de traditionele kenmerken (kenletter, gemiddelde bezetting en verblijfsduur, leeftijd)."

2.3. Een concreet voorstel waarbij aangegeven wordt hoe deze minimale verpleegkundige gegevens, conform de algemene principes van de nieuwe ziekenhuisfinanciering, kunnen gehanteerd worden als parameter voor de groepering van ziekenhuizen met het oog op de aanpassing van de ligdagprijs der ziekenhuizen inzonderheid deel B₂ van de ligdagprijs.

3. Uitgangspunten van waaruit de adviezen werden geformuleerd.

Het nieuwe ziekenhuisbeleid en de nieuwe ziekenhuisfinanciering hebben een aantal essentiële karakteristieken waarmee rekening werd gehouden zowel bij het formuleren van de normen als bij de voorgestelde mechanismen om de gegevens m.b.t. het verplegend en verzorgend personeel te integreren in de aanpassing van de verpleegdagprijs.

- Vooraf vastgesteld nationaal ziekenhuisbudget en budget voor elk ziekenhuis.
- Toegenomen beheersvrijheid van de beheerder.
- Vereiste minima per ziekenhuis m.b.t. het aantal ziekenhuisbedden, het aantal diensten en de ziekenhuisfuncties, teneinde een vastgelegd activiteitsniveau te verzekeren.
- Selectiviteit en dynamiek door middel van het streven naar performantie.
- Doelstelling tot verbetering van de kwaliteit van de verzorging.
- Progressiviteit in de toepassing van de maatregelen.

Parallel hiermee werden definities en begrippen weerhouden die op dit ogenblik officieel aanvaard zijn.

Daarnaast werden preciseringen aangebracht of definities geformuleerd met het oog op het vermijden van interpretatieproblemen en dubbelzinnigheden.

De voorstellen die hierna volgen zijn van toepassing op alle ziekenhuizen die beantwoorden aan de criteria die worden vooropgesteld om als ziekenhuis te kunnen beschouwd worden.

De drempel van 150 bedden is in die zin als referentiegetal gehanteerd.

Voor ziekenhuizen die op lange termijn onder deze drempel mogen blijven bestaan zullen de normen desgevallend verhoudingsgewijs moeten aangepast worden.

Basisteksten waarop bij de concretisering van dit advies beroep werd gedaan :

- 1/ Brief van Minister J.L. Dehaene - dd. 9/12/1986 (in bijlage).
- 2/ Brief van Minister J.L. Dehaene - dd. 19/02/1987.
- 3/ Brief van Minister J.L. Dehaene - dd. 8/04/1987 (in bijlage).
- 4/ Brief van Minister J.L. Dehaene betreffende het advies van de nationale raad voor verpleegkunde m.b.t. "de bevordering van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgen in de verzorgingsinstellingen" dd. 19/2/87 (in bijlage).
- 5/ Advies van de Conseil Communautaire du Ministère de la Communauté Française : "évaluation de la qualité des soins - révision des normes d'agrégation des hôpitaux".
- 6/ Beleidsnota van Minister J.L. Dehaene i.v.m. de ziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen en de thuisgezondheidszorg - Maart 1987.
- 7/ Eindverslag "werkbelasting op verpleegeenheden in verzorgingsinstellingen" Verbond der Verzorgingsinstellingen.
- 8/ Memorandum van de Algemene Unie van Verpleegsters van België (A.U.V.B.) aan de Minister van Sociale Zaken dd. 5/5/87.

- 9/ Brochures van de Minister van Sociale Zaken
- "Naar een nieuwe financieringswijze van de ziekenhuizen" (oktober 1985)
 - "Een nieuwe ziekenhuiswet voor een nieuw ziekenhuisconcept. Bedenkingen bij K.B. 407".
- 10/ Ministeriële omzendbrief betreffende: verpleegkundig- en verzorgend personeel dd. 7/4/82 (in bijlage).

Aangezien de voorstellen een samenhangend geheel vormen, is het de betrachting ze van kracht te laten worden binnen de kortst mogelijke termijnen.

Nochtans kan een progressieve uitvoering voorgesteld worden waardoor vermeden wordt dat instellingen in moeilijkheden gebracht worden. Het laat tevens toe in te spelen op de evolutie van het budget voor gezondheidszorgen.

Immers van zodra een norm wordt uitgevaardigd en een voorwaarde voor erkenning wordt voor een ziekenhuisdienst of een ziekenhuis, moet men zonder tegenspraak aanvaarden dat de elementen die deel uitmaken van deze norm gefinancierd worden. De bijkomende financiering moet daarentegen bepaald worden op basis van de verantwoording van de gerealiseerde activiteiten en de graad van performantie die bereikt wordt.

De personeelsnormen die actueel van toepassing zijn (12/30 bedden of 0,66 per bed aan een bezetting van 80 % ...) zijn vastgesteld geworden op een ogenblik dat de gemiddelde ligduur veel hoger was dan de dag van vandaag.

Er werd reeds aangetoond dat de normen niet meer beantwoorden aan de noden van de opgenomen patiënten. (Onderzoeken van de K.U.Leuven, dossier zware diensten.)

Het beleid, dat gericht is op de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden en de verkorting van de ligduur zal leiden tot concentratie van de verzorging in de resterende ziekenhuisbedden. Het zal niet mogelijk zijn aan deze zorgvraag te beantwoorden met de personeelsomkadering die actueel voorzien is.

Alleen een verhoging van de tewerkstelling van gekwalificeerden kan een optimale benutting van de ziekenhuisinfrastructuur toelaten.

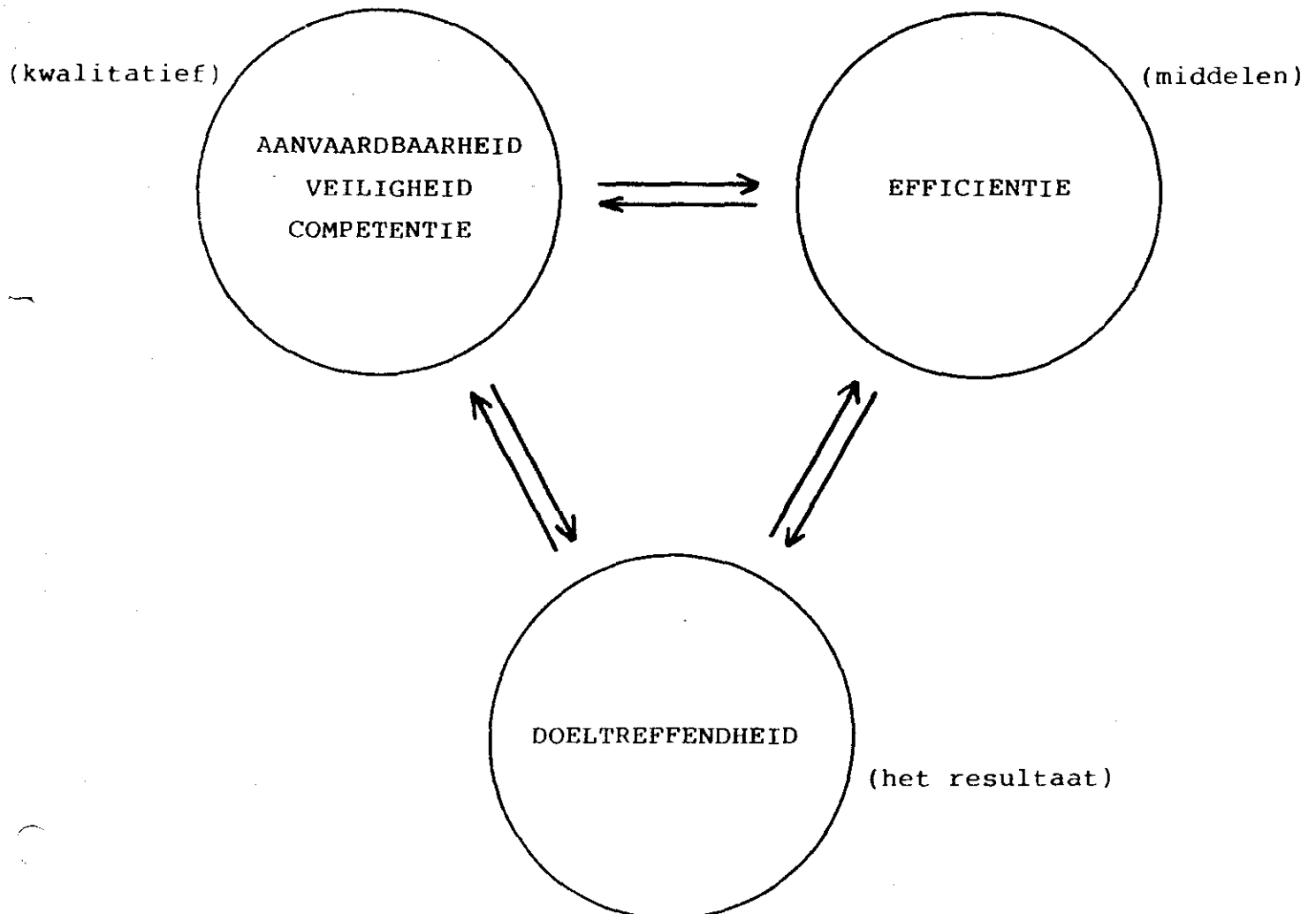
De doelstelling om de kwaliteit van de zorgen te verbeteren, in het kader van geplafoneerde uitgaven kan maar bereikt worden als men komt tot een optimalisatie van de functie van de verpleegkundige, in het licht van de totaalzorg van de patiënt.

De wijzigingen in het vooruitzicht gesteld door de nieuwe financieringswijze moeten met behoedzaamheid geconcretiseerd worden. Indien tot op vandaag een zeker aantal elementen aanvaard zijn om gehanteerd te worden als vergelijkingsindex tussen ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten (de M.K.G., in zijn volledige vorm of zoals actueel wordt voorzien met één van zijn componenten de R.I.Z.I.V.-nomenclatuur, de M.V.G.) dan moet het impact dat hen wordt toegekend bij de aanvang beperkt worden. Vervolgens kan dit impact progressief aan belang winnen. Het relatieve gewicht dat aan elk van hen wordt toegekend moet herzienbaar zijn. Evenzo zouden andere elementen betekenisvol kunnen blijken om een meer betrouwbaar beeld te geven van het antwoord dat ziekenhuiswerkers geven aan noden van bevolking die zich tot hen richt.

4. Conceptueel kader van het advies

De subwerkgroep "Binding tussen ziekenhuisactiviteiten en de financiering van de verpleegdagprijs" heeft getracht deze diverse adviesvragen in een breder kader onderling t.o.v. elkaar te situeren.

Hierbij werd uitgegaan van een concept (zie schema) waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen:



4.1. Kwalitatieve (erkennings)normen

Deze normen moeten een aanvaardbaar, veilig en competent niveau van ziekenhuiszorg waarborgen.

Het betreft hier minimum drempels waaronder de zorgverlening in geen geval mag gesitueerd worden. Deze normen staan ook niet in direct verband met het concrete niveau en de intensiteit van de ziekenhuisactiviteit en dienen te allen tijde opgenomen en gegarandeerd te worden in het basispakket van elk ziekenhuisbudget.

4.2. Parameters dienstig m.b.t. de beoordeling van de efficiënte aanwending der middelen

Bedoeld worden parameters die toelaten om, via het mechanisme van de groepering van ziekenhuizen met een vergelijkbaar activiteitenprofiel, de performantie (= efficiëntie) na te gaan waarmee een ziekenhuis de uit de nationale ziekenhuisenveloppe toegekende middelen aanwendt.

De hier voorgestelde parameters moeten in de eerste plaats significante en discriminerende parameters zijn om ziekenhuizen met een vergelijkbaar profiel van ziekenhuisactiviteit te kunnen groeperen.

De parameters die de groepering van vergelijkbare ziekenhuizen en vervolgens de evaluatie van de performantie van ziekenhuizen moeten mogelijk maken, beogen de ziekenhuizen die middelen te geven waarop ze op basis van hun performantie recht hebben. Aldus worden de overige beschikbare middelen geoptimaliseerd (bovenop het op basis van de erkenningsnormen gegarandeerde minimumbudget van elk ziekenhuis).

4.3. Normen i.v.m. de doeltreffendheid

Doeltreffendheid roept de vraag op naar welk resultaat voor welke middelen. Normen i.v.m. de doeltreffendheid zijn moeilijk in abstracto of in algemene termen te geven. Dit is het domein van de Medical en Nursing Audit.

Voor wat de verpleegkundige activiteiten betreft dient deze toetsing naar kwaliteit en doeltreffendheid gesitueerd te worden binnen het verpleegkundig handelen van elke verpleegkundige.

Ook de systematische registratie van ziekenhuisinfecties, doorligwonden, fouten, ongevallen en bijna-ongevallen kan een hulpmiddel zijn om de kwaliteit en de doeltreffendheid van de verpleegkundige verzorging op te volgen. Registratie van de verpleegduur, heropname of verwickelingen voor een wel omschreven pathologie kan tevens het uitgangspunt vormen voor kwaliteits-toetsing.

Hierbij moet een remediërende en voorkomende houding voorrang krijgen op een sanctionerende en beoordelende houding.

T.a.v. de hogervermelde elementen heeft de werkgroep gemeend dat een aantal onder hen dienen geformuleerd te worden als minimale erkenningsnormen die aan alle ziekenhuizen moeten opgelegd worden : verpleegkundig dossier, ziekenhuishygiëne, bijscholing, systematisch verpleegkundig handelen, patiënttoewijzing, interne urgentie.

Aldus worden er ten aanzien van structuur- & proces-variabelen minimale kwaliteits- en doeltreffendheids garanties uitgebouwd.

De out-come of resultaattoetsing moet daarentegen naar analogie met wat in art. 2bis, § 3 van het K.B. 407 voorzien is voor de medische activiteiten in geëigende organisatorische structuren voorzien worden voor de verpleegkundige activiteiten.

5. Advies m.b.t. de verpleegkundige erkenningsnormen voor ziekenhuizen

5.1. Inleidende begrippen

- De normen die voorgesteld worden hebben betrekking op de soort of de soorten van ziekenhuisdiensten en de medisch-technische diensten van het algemeen ziekenhuis en het psychiatisch ziekenhuis van de welke de kosten in het kader van het ziekenhuisbudget vergoed worden.
- De hierna vermelde normen beogen de activiteiten en de omkadering van de verpleegkundigen en de verzorgenden binnen de verpleegeenheden en de daarmee gelijkgestelde diensten. Zijn hierin niet inbegrepen o.a. de paramedici waarvoor een specifiek advies inzake de omkadering en de erkenningsnormen aangewezen is.
- Deze normen geven ter zake het algemeen erkenningskader aan dat door alle ziekenhuizen moet gerealiseerd worden binnen een vooraf aan te geven overgangsperiode m.n. de termijn voorzien voor de andere erkenningsnormen o.a. 150 bedden regel, 5 jaar na 8/12/1986 - (art. 4 § 1 K.B. 8/12/1986 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen).
- Voor specifieke onderdelen van de ziekenhuisactiviteit kunnen bijkomende erkenningsnormen worden vastgesteld b.v. spoedgevallen, verloskwartier, operatiekwartier, brandwondencentra, neonatologie, diensten voor sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten, crisisinterventiediensten, ...
- Als "verpleegeenheid" wordt omschreven de organisatorische en architecturale eenheid waarbinnen verpleegkundige verzorging gegeven wordt in het kader van hospitalisatie voor verblijvenden of hospitalisatie voor ambulanten (inclusief gelijkgestelde diensten, operatiekwartier, spoedgevallen, ...). De activiteiten van deze verpleegeenheden maken deel uit van de activiteiten die gefinancierd worden in het kader van het ziekenhuisbudget.
- Als dimensie voor een verpleegeenheid wordt verwezen naar de minimum capaciteit of het minimum activiteitsniveau die in het kader van de programmatie en erkenning van deze diensten als minimum wordt vooropgesteld. Voor de T-dienst dient de beddennorm die nu vastgesteld is op 60 herleid te worden tot 30 bedden of plaatsen. Telkens een ziekenhuis over een veelvoud van deze minimum bedcapaciteit of dit minimum activiteitsniveau beschikt wordt dit als een nieuwe verpleegeenheid beschouwd, ook als deze bijkomende bedden of activiteit in een niet evenredig aantal architectonische of organisatorische eenheden is opgedeeld.

5.2. Normen

Vanuit het perspectief dat de verpleegkundige erkenningsnormen voor de ziekenhuizen moeten garanderen dat aan patiënten aanvaardbare, veilige en competente verpleegkundige verzorging geboden wordt, worden volgende normen voorgesteld.

1. Doorheen alle dagen van het jaar moet per verpleegeenheid de aanwezigheid van een (gediplomeerde) gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige gewaarborgd zijn tijdens de openingsuren van elke verpleegeenheid of gelijkgestelde dienst (cfr. supra) zodat de continuïteit en de kwaliteit van de verpleegkundige verzorging gewaarborgd worden.
2. Buiten de in 1 voorziene permanentie moet minstens 1 full-time equivalent hoofdverpleegkundige nominatief aangeduid worden per verpleegeenheid of daarmee gelijkgestelde medisch-technische dienst.
3. Op ziekenhuisniveau dient het organigram van het verpleegkundig departement nominatim gestructureerd te zijn met het oog op het vastleggen van de lijnverantwoordelijkheden.
4. Het verpleegkundig departement dient rechtstreeks deel te nemen aan de coördinatie van de verpleegkundige activiteit in het ziekenhuis met de medische, de administratief-financiële en de technische diensten in het ziekenhuis evenals met de functies : anesthesiologie, radiologie, revalidatie en klinische biologie, overeenkomstig artikel 1bis § 4 van de wet op de ziekenhuizen van 23/12/1963 zal het hoofd van het verpleegkundig departement (directeur - directrice van de verpleegkundige zorgen) deel uitmaken van het overleg op directieniveau.
5. Een gegradueerde verpleegkundige dient aanwezig te zijn om tijdens de nacht te fungeren als verantwoordelijke en supervisor van de verpleegkundige verzorging.
Vanaf 150 ziekenhuisbedden en per bijkomende schijf van 150 bedden moeten 2 full-time equivalent beroepsbeoefenaars van de verpleegkunde aanwezig zijn tijdens de nacht ter ondersteuning van de verpleegkundige permanentie voorzien in punt 1.
6. Verpleegkundige uurroosterregelingen dienen schriftelijk vastgelegd, waarin op ziekenhuisniveau de interne wacht 24u/24u verzekerd wordt. Bovendien moet er in het ziekenhuis een schriftelijke procedure bestaan waarbij de wijze bepaald wordt van optreden bij interne urgenties.
7. Op elke verpleegeenheid dient men per patiënt over een gepersonaliseerd en een geïntegreerd verpleegkundig dossier te beschikken als basis voor het systematisch verpleegkundig handelen, de zorgplanning en uitvoering ervan evenals de adequate informatiedoorstroming.
T.a.v. dit verpleegkundig dossier moeten alle voorzorgen in acht genomen worden ten einde de privacy van de patiënt te kunnen waarborgen.
Het verpleegkundig dossier dat deel uitmaakt van het patiëntendossier zal o.a. de minimale verpleegkundige gegevens omvatten.

8. Het verpleegkundig werk op de hospitalisatieëenheden dient op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.
9. De verhouding deeltijds werk/volijds werk dient op een zulkdanig niveau vastgesteld te worden in overleg met de directeur - directrice van de verpleegkundige zorgen en rekening houdend met de eigenheid van elke dienst dat de continuïteit en de kwaliteit van de verpleging gewaarborgd blijft.
10. Elk ziekenhuis moet over een lijst beschikken van de verpleegkundigen. Deze lijst moet per verpleegkundige tenminste de vermelding bevatten van het diploma of brevet en de bijkomende kwalificaties.
11. Elk ziekenhuis moet een bijscholingsstrategie bepalen en een bijscholingsprogramma aanbieden toegankelijk voor elke verpleegkundige.
12. De hoofdverpleegkundige dient een scholing met betrekking tot het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe gevolgd te hebben, of hiertoe overgaan na de aanstelling.
13. Elk ziekenhuis dient de verantwoordelijkheid m.b.t. de verpleegkundige activiteiten toe te vertrouwen aan het hoofd van het verpleegkundig departement (directeur - directrice van de verpleegkundige zorgen). Vanaf het van kracht worden van deze normen dient deze persoon te beschikken over een diploma of de titel van gegradueerde verpleegkundige/vroedvrouw aangevuld met een specifieke kaderopleiding in de verpleegkunde.
Bij voorkeur doet men beroep op een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw met een bijkomende opleiding van universitair niveau.
14. Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening dient een middenkader voorzien te worden per 150 bedden, 2 voltijdse equivalenten voorzien op het niveau van gegradueerde verpleegkundige/vroedvrouw.
15. Het verpleegkundig kader van het ziekenhuis dient voor het geheel van de verpleegeenheden minstens 75 % gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen t.o.v. het totaal aantal verpleegkundig en verzorgend personeel te omvatten. Dit geldt voor alle diensten die vallen onder de ligdagprijs.

II. Advies m.b.t. M.V.G. en hun betekenis voor de aanpassing van de verpleegdagprijs - deel B2

I.v.m. de minimale verpleegkundige gegevens als resultaat van het nationaal onderzoeksproject uitgevoerd door de K.U.Leuven en Universit  Notre Dame de la Paix, Namur wordt volgend advies geformuleerd.

1. De sectie onderschrijft de stelling dat i.v.m. de beleidsopties m.b.t. de nieuwe financieringswijze het verpleegkundig verzorgingsprofiel als parameter dient te worden opgenomen.
2. De sectie onderschrijft dat momenteel in België de registratie van de verpleegkundige gegevens volgens de bijgevoegde lijst van de M.V.G. de geschikte manier is om de verpleegkunde in beeld te brengen rekening houdend met controleerbaarheid, betrouwbaarheid, validiteit, haalbaarheid en de stand van wetenschappelijk onderzoek terzake.
Alhoewel de verpleegkundige taken een veel ruimer gamma omvatten dan de activiteiten die op de lijst opgenomen worden kan vastgesteld worden dat de weerhouden te registreren activiteiten, een waardevolle en bruikbare aanduiding zijn voor het verpleegkundig verzorgingspatroon.
3. De sectie wijst erop dat ondanks het feit dat de 2 onderzoeksequipes een verschillende methologie gevolgd hebben in de verzameling en verwerking van de gegevens hetzelfde resultaat werd bereikt.
De sectie besluit hieruit dat in M.V.G. de basiselementen van het verpleegkundig handelen vervat zitten en objectiveerbaar zijn.
4. De sectie wijst erop dat beide onderzoeken op wetenschappelijke wijze hebben aangetoond dat het beeld dat door M.V.G. wordt gegeven verschillend en niet overlappend is met het beeld dat gevormd wordt door andere indicatoren zoals de medische diagnose of de traditionele kenmerken (kenletter, gemiddelde bezetting en verblijfsduur, leeftijd). Dit pleit er voor om naast eventuele andere elementen, zeker de 23 M.V.G.-items elk op zich als eigen, specifieke parameters van het verpleegkundig handelen te hanteren.
5. De sectie acht de bescherming van de persoonlijke levenssfeer essentieel en erkent dat door het globaliseren van de gegevens op niveau van de verpleegeenheid, zowel de privacy van patiënt en zorgverlener als de relevantie van het verpleegkundig profiel maximaal wordt gewaarborgd.
6. De sectie is ervan overtuigd dat gegevens verzameld in het kader van de nieuwe financieringswijze ook elementen bevatten en mogelijkheden bieden voor het intern beleid van het verpleegkundig departement.
7. De sectie is overtuigd van de haalbaarheid van de registratie van M.V.G. en wenst dat in de proefregistratie benevens de verdere validatie van het registratie-instrument in het bijzonder de frequentie en methode van registratie verder wordt onderzocht.

Besluit

De sectie stelt dat de studie op een wetenschappelijke wijze het belang van een verpleegkundige registratie heeft aangetoond.

De sectie adviseert dan ook de registratie van M.V.G. te veralgemenen en ook in rekening te nemen bij de bepaling van de verpleegdagprijs in het kader van de nieuwe financieringswijze.

De minimale verpleegkundige gegevens geven een goed beeld van de aard van de verpleging en verzorging in de basisdiensten van het algemeen ziekenhuis.

Voor de psychiatrische zorgverlening kan nu reeds gesteld worden dat een vergelijkbare benadering als deze van de algemene ziekenhuizen in het vooruitzicht kan gesteld worden.

Een wetenschappelijke studie zal ook hier moeten bepalen welke specifieke elementen, uit de behandeling en de verzorging van de psychiatrische patiënt, zullen kunnen weerhouden worden.

OPSOMMING VAN DE MINIMALE VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS
ENUMERATION DU RESUME INFIRMIER MINIMUM

- | | |
|--|--|
| 1.zorg ivm hygiëne | 1. soins d'hygiène |
| 2.zorg ivm mobiliteit | 2. mobilisation |
| 3.zorg ivm uitscheiding | 3. élimination |
| 4.zorg ivm voeding | 4. alimentation |
| 5.sondevoeding | 5. alimentation par sonde |
| 6.bijzondere mondzorg | 6. soins spécifiques de la bouche |
| 7.decubituspreventie via wisselliging | 7. prévention d'escarres par changement de position |
| 8.hulp bij dagkleding | 8. aide pour habillement civil |
| 9.zorgen aan patiënt met tracheacanule of endotracheale tube | 9. soins au patient tracheotomisé ou intubé |
| 10.verpleegkundig anamnesever- slag | 10.rédaction de l'anamnèse infirmière |
| 11.zelfstandigheidstraining | 11.éducation a l'autonomie |
| 12.opvang van emotionele problemen | 12.prise en charge du problème émotionnel |
| 13.zorg aan de gedesoriënteerde patiënt | 13.soins au patient désorienté |
| 14.afzonderingsmaatregelen ter preventie van contaminatie | 14.mesures d'isolement pour la prévention de contamination |
| 15.registratie van vitale parameters | 15.enregistrement des paramètres vitaux |
| 16.registratie van fysieke parameters | 16.enregistrement des paramètres physiques |
| 17.toezicht tractie, gips, externe fixator | 17.surveillance de traction, plâtre, fixateur externe |
| 18.afnemen bloedstalen | 18.prélèvement de sang |
| 19.toediening van medikatie IM/SC/ID | 19.administration de médication IM/SC/ID |
| 20.toediening van medikatie IV | 20.administration de médication IV |
| 21.toezicht op permanent infuus | 21.surveillance de perfusion permanente |
| 22.zorgen aan gesloten wonde | 22.soins a plaie fermée |
| 23.zorgen aan open wonde | 23.soins a plaie ouverte |

De omschrijving van deze 23 items van zorgenwerking zijn opgenomen in de bijlage.

7. Concreet voorstel van aanpassing van de verpleegdagprijs deel B2

Het nieuwe financieringssysteem berust op twee peilers:

- 1) het bepalen van een referentiegroep, samengesteld uit ziekenhuizen/verpleegeenheden met eenzelfde activiteit;
- 2) herverdeling van de bestaande middelen op basis van vergelijking.

De referentiegroep wordt samengesteld vanuit verschillende invalshoeken : met name vanuit elementen uit de M.K.G., medische diagnose en medische therapie (nomenclatuur), vanuit het verpleegkundig zorgprofiel (M.V.G.), evenals later toe te voegen parameters.

De sectie acht het noodzakelijk en in functie van de betrouwbaarheid en validiteit van de gegevens, dat verscheidene invalshoeken gelijktijdig aan de basis van de referentiegroep liggen.

De uiteindelijke referentiegroep zal bijgevolg de resultante zijn van de verschillende gehanteerde vergelijkingscriteria.

Door de vergelijking moet men komen tot een zekere aanpassing van het deel B2 van de verpleegdagprijs. Voorzover de afwijking t.o.v. het gemiddelde van de referentiegroep beperkt is dient deze aanpassing minimaal te zijn. Bij sterke afwijking wordt de aanpassing doorgevoerd in verhouding tot de grootte van de afwijking.

Er dient over gewaakt dat de aanpassingen die het gevolg zijn van deze maatregelen effectief worden aangewend ter bevordering van de kwaliteit van de zorgenverstrekking.

Dit financieringsvoorstel is bruikbaar voor de "basis"diensten, zoals C, D, G,... en minder bruikbaar voor zeer specifieke diensten zoals brandwondencentra, nierdialyse, enz ... Voor deze laatsten dient een afzonderlijke regeling uitgewerkt te worden.

9/7/1987