

Ministerie van Sociale zaken,
Volksgezondheid en Leefmilieu

Brussel, 27 januari 2000

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling "Programmtie en Erkenning"

O/ref. : NRZV/D/166-2(*)

**TUSSENTIJD'S RAPPORT VAN DE WERKGROEP
"VERPLEEGKUNDIG EN PARAMEDISCH LUIK VAN DE
ZORGPROGRAMMA'S (*)**

(*) Dit tussentijds rapport werd bekrachtigd op de Bijzondere Bureauvergadering dd.
27 januari 2000

TUSSENTIJD'S RAPPORT VAN DE WERKGROEP "VERPLEEGKUNDIG EN
PARAMEDISCH LUIK VAN DE ZORGPROGRAMMA'S"

1. Inleiding

De werkgroep "verpleegkundig en paramedisch luik van de zorgprogramma's" werd opgericht als antwoord op de bekommernis van de Ministers bevoegd voor de Volksgezondheid en Sociale Zaken en de Raad om in de zorgprogramma's, geformuleerd in het kader van het nieuwe ziekenhuisconcept, de noden aan verpleegkundige en paramedische inzet correct te beschrijven.

Uitgangspunt was ook hier de bekommernis om af te stappen van een louter of overwegend structuurgerichte benadering (aantal bedden, kenletters e.d.m) en te trachten de behoefte aan verpleegkundige en paramedische inzet te kwalificeren en te kwantificeren in functie van de behoeften zoals die volgen uit de karakteristieken van de patiënten (pathologie, zorgbehoefte...). De activiteit van het ziekenhuis dient aan te sluiten bij de zorgbehoeften van de patiënt.

In een eerste benadering was de werkgroep gestart met het opzet successievelijk voor ieder van de zorgprogramma's een voorstel uit werken. Van deze benadering is de werkgroep afgestapt omdat dit 1) een weinig efficiënte werkwijze leek te worden die bovendien 2) een gevaar inhield voor inhoudelijke inconsistentie tussen de verschillende voorstellen.

Met het voorliggende voorstel wil de werkgroep een algemeen geldende methodologie formuleren die moet toelaten voor alle thans reeds bestaande en toekomstige zorgprogramma's op een gelijkvormige manier tot een eerlijke definiëring van de behoeften aan verpleegkundige inzet te komen. Dit sluit niet uit dat het voor een aantal individuele zorgprogramma's omwille van hun bijzondere specificiteit en/of complexiteit nodig kan blijken op deze algemene benadering een specifieke ad hoc bovenbouw of aanpassing te voorzien. Dat geldt in het bijzonder voor de toevoeging van paramedisch personeel aan de verschillende programma's. De werkgroep heeft dit luik nog niet verder uitgewerkt.

Het "generisch" model gaat ervan uit dat op korte en middellange termijn geen andere gegevens- en informatiebronnen op een ruime en algemene schaal zullen ter beschikking zijn dan diegene die thans reeds in het beleid worden gebruikt (MKG, MVG, RIZIV...). Het model maakt dan ook uitsluitend gebruik van de thans beschikbare gegevens. Wel bestaat de mogelijkheid het model snel aan te passen wanneer nieuwsoortige registratiegegevens (bijvoorbeeld over severity of zorgbehoefte) zouden beschikbaar komen.

2. Structurering

De nood aan verpleegkundige inzet wordt bepaald op basis van vier componenten

- 1) de basisbestaffing,
- 2) een supplementairebestaffing in functie van de coördinatie en de organisatie van de zorg,
- 3) een supplementaire bestaffing in functie van de zorgzwaarte,
- 4) een supplementaire bestaffing in functie van het te voeren personeelsbeleid.

2.1 De basisbestaffing

De basisinzet voor een zorgprogramma wordt bepaald in functie van het aantal verantwoorde verpleegdagen. Het aantal verantwoorde verpleegdagen wordt vastgelegd per pathologiegroep (nationale gemiddelde verblijfsduur per DRG) en rekening houdend met de modaliteiten waaronder de zorg voor de betrokken patiëntengroep optimaal wordt aangeboden: klassieke hospitalisatie, gepland kortverblijf, intensieve zorgen, dagziekenhuis.

Voor elk van de vier zorgmodaliteiten wordt een normbestaffing bepaald op basis van het aantal verpleegkundigen dat nodig is per 24 uur;

Op basis van deze elementen wordt de verantwoorde basis bestaffing berekend.

De werkgroep is zich bewust van de zwakten van de huidige DRG-classificatie maar stelt vast dat het tot op heden het enige algemeen bruikbare instrument is om patiënten naar de aard van hun aandoening te differentiëren.

Bij de berekening van de "kortverblijfdagen" worden enkel de DRG's in rekening genomen die op een geplande manier in een eenheid voor kortverblijf kunnen worden opgenomen.

Op basis van een verdere cijfermatige toetsing van het systeem op zijn toepasbaarheid wil de werkgroep nagaan of het onderscheid tussen de vier zorgmodaliteiten zinvol blijft en moet behouden blijven.

2.2 Bijkomende bestaffing in functie van de coördinatie en organisatie van de zorg

De turn-over van patiënten (patiëntenrotatie) beïnvloedt de verpleegkundige werklust (installatie van patiënten, opstarten van patiëntendossiers, administratie, ontslagvoorbereiding, ...). Om dit in rekening te kunnen nemen wenst de werkgroep het aantal opnames en eventueel ook het aantal gerechtvaardigde interne transferten als indicator te gebruiken. De verdere uitwerking en de kwantificering dienen nog te gebeuren.

Daarnaast wenst de werkgroep te onderzoeken of bepaalde nomenclatuurverstrekkings systematisch een organisatorische complexiteit en belasting met zich meebrengen en of uit de koppeling MKG-MFG aanduidingen te vinden zijn voor een

systematische organisatorische complexiteit bij bepaalde patiëntengroepen. Het kan bijvoorbeeld blijken dat bij bepaalde DRG's systematisch veel of weinig verpleegkundig/organisatorisch belastende medisch technische interventies worden uitgevoerd. Evenwel wil de werkgroep de val vermijden dat het opnemen van een dergelijke parameter een ongewenste aansporing voor het niet geëigend uitvoeren van verstrekkingen zou inhouden.

2.3 Bijkomende bestaffing in functie van de zorgzwaarte

Binnen iedere diagnosecategorie bepalen verschillen in de ernst van de aandoening en in de zwaarte van de vereiste zorg in belangrijke mate mee de behoeften aan verpleegkundige middelen.

De werkgroep stelt vast dat de volgende meetinstrumenten actueel beschikbaar zijn

- de MeerKostenIndex (MKI),
- de nomenclatuur/reanimatieprestaties,
- de Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG) en ZIP/ZAP.

De werkgroep wenst de MKI niet te weerhouden omwille van zijn lage transparantie. De werkgroep meent dat de nomenclatuur en de reanimatieprestaties beide geen afdoende indicatoren zijn voor het bepalen van de intensiteit van de verpleegkundige zorg. Wel wenst de werkgroep nog na te gaan of de gefactureerde reanimatieverstrekkingen bijkomende verklaringselementen inzake de verpleegkundige zorg bevatten die niet ook in de MVG-registratie aanwezig zijn.

De werkgroep weerhoudt de MVG en hun toepassing voor intensieve zorgen, m.n. de ZIP/ZAP, als belangrijkste maatstaf om de intensiteit van de verpleegkundige zorg uit te drukken. Dit standpunt is mede gebaseerd op het feit dat deze meting gebeurt in alle afdelingen van het ziekenhuis en zich niet beperkt tot de intensieve zorgen afdelingen. De werkgroep wenst te onderzoeken of de MVG-informatie ook niet op een andere wijze kan gebruikt worden dan vandaag het geval is in de regelen voor de ziekenhuisfinanciering. Daarnaast nam de werkgroep reeds acte van de geplande actualisatie van de Minimale Verpleegkundige Gegevens. Belangrijk vindt de werkgroep dat hierbij een denkspoor wordt gevolgd naar het meten van "verantwoorde zorg" i.p.v. de verstrekte zorg zoals nu het geval is.

2.4 Bijkomende bestaffing in functie van het personeelsbeleid

Een eigentijds systeem voor het bepalen van de behoeften aan verpleegkundige inzet dient op een realistische wijze rekening te houden met de noden van een dynamisch en eigentijds personeelsbeleid. Er dient ruimte te zijn voor flexibiliteit in de personeelsinzet, competentie management, inscholingsprogramma's, permanente bijscholing en een correcte opvang van ziekteverzuim.

De werkgroep neemt zich voor deze nood aan bijkomende inzet van verpleegkundige middelen te kwantificeren en uit te drukken in functie van het totaal aantal verpleegkundigen (individuen, niet in FTE-termen) dat binnen een instelling werkzaam is.

3. Besluit van de werkgroep

De werkgroep heeft over deze voorstellen langdurig gediscussieerd en overlegd, in aanwezigheid van talrijke experts en o.a. vertegenwoordigers van de Nationale Raad voor Verpleegkunde. Tijdens deze discussies is bij de leden van de werkgroep de overtuiging gegroeid dat de voorgestelde methodologie de mogelijkheid schept om, in overeenstemming met de principes van het nieuwe ziekenhuisconcept, de verpleegkundige omkadering dynamisch en permanent af te stemmen op de reële ziekenhuisactiviteit en op de nood aan verpleegkundige zorg van de patiënten.

De methodologie is ontworpen met het oog op een toepassing op het niveau van het geheel van de zorgprogramma's die in hun onderlinge samenhang de totaliteit van de ziekenhuisactiviteit uitmaken. De werkgroep wenst een maximale beleidsautonomie te geven aan het individuele ziekenhuis en ieder verpleegkundig departement. De methodologie wil dan ook een instrument zijn om binnen iedere instelling een optimale en doelmatige inzet van de verpleegkundige middelen mogelijk te maken en te ondersteunen.

4. Vraag aan de Plenaire vergadering

De werkgroep vraagt aan de plenaire vergadering de toelating om de voorgestelde methodologie kwantitatief verder uit te werken en mede daardoor op haar toepasbaarheid te toetsen.

5. Beslissing van de Plenaire vergadering

De plenaire vergadering dd. 13/01/99 geeft zijn principiële toestemming aan de werkgroep om het hierboven beschreven generiek systeem via simulaties op zijn werkbaarheid te toetsen.