

# Kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen: Verslag van de enquête gevoerd in het kader van het eindstageverslag.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, Juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.*

## 1. Inleiding.

De verplichte registratie van de verpleegkundige activiteit die sinds 1988 is ingevoerd, heeft sinds 2001 een actualisatie ondergaan. Die actualisatie omvatte vijf basisprincipes:

- de opname van de registratie van de verpleegkundige gegevens in een groter geheel, met name de registratiesystemen voor ziekenhuizen en patiënten,
- het behoud van een minimale registratie van de activiteit en het maximale gebruik van de bestaande gegevens;
- de invoering van een meer kwalitatieve aanpak;
- de opname in het concept van zorgprogramma's;
- de permanente dialoog met de sector van de ziekenhuizen en de verpleegkundigen.

Die registratie, VG-MZG genaamd, is van kracht sinds het eerste semester van 2008. De gegevens zullen in de loop van september 2009 verstuurd moeten zijn.

VG-MZG is, wat de structuur betreft, gebaseerd op de NIC-classificatie (Nursing Intervention Classification) en is onderverdeeld in 6 domeinen, 23 klassen en 78 items.

De registratieperiodes zijn dezelfde als de periodes van het vorige registratie-instrument, met name de eerste helft van de maanden maart, juni, september en december van elk jaar. De gegevens zullen halfjaarlijks verstuurd moeten worden, rekening houdend met de opname van de VG-MZG in een ruimer systeem, de MZG.

Wegens de voortdurende evaluaties van dit instrument sinds de instelling ervan en de wens om de samenwerking met de ziekenhuissector veilig te stellen, en aangezien er momenteel geen gegevens beschikbaar zijn via Porta-health (internetportaal voor de verzameling van de ziekenhuisgegevens van alle ziekenhuizen van het land), werd een eerste tussentijdse balans opgemaakt van bijna twee jaar gebruik van de VG-MZG in de ziekenhuisinstellingen op basis van de indrukken op het werkveld.

Deze eerste tussentijdse balans werd opgemaakt op basis van de antwoorden op een vragenlijst die de bedoeling had de sterktes en de zwaktes van dit nieuwe registratie-instrument naar voren te brengen. Ook was het mogelijk om voorstellen te doen om het instrument te verbeteren of te wijzigen.

De resultaten van deze vragenlijsten zullen in het voorliggende verslag uiteengezet worden.

Er moet aan herinnerd worden dat deze resultaten de weergave zijn van de ervaring en de ideeën (subjectief karakter) van de ziekenhuisinstellingen, die vergeleken zullen moeten worden met de officiële gegevens wanneer die beschikbaar zullen zijn.

## 2. Methodologie.

Een eerste tussentijdse balans moest worden opgemaakt in het kader van de begeleidingscommissie VG-MZG, waarvan de opdracht eind 2008 ten einde liep. Het aantal antwoorden en/of de onvolledigheid ervan hebben het evenwel niet mogelijk gemaakt om te beantwoorden aan de doelstellingen van deze balans.

Om die reden werd de vragenlijst die opgenomen is als bijlage, verstuurd naar alle Nederlandstalige en Franstalige algemene ziekenhuizen. Oorspronkelijk was er sprake om enkel contact op te nemen met de ziekenhuizen die zich vrijwillig hadden aangemeld voor de uitvoering van exploratieve audits, maar de enquête werd uitgebreid naar alle instellingen teneinde enerzijds de resultaten te kunnen veralgemenen, maar anderzijds ook alle ziekenhuizen te betrekken in een constructief denkproces omtrent de VG-MZG.

Aan deze enquête liggen meerdere hypothesen ten grondslag:

- de ziekenhuizen die zich vrijwillig hebben aangemeld voor de exploratieve audits zijn nauwer betrokken bij het overleg rond de VG-MZG dan de niet-vrijwillige ziekenhuizen;

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.*

- de ziekenhuizen zijn over het algemeen van mening dat de registratie van de VG-MZG in dit stadium niet moet worden verbeterd;
- de ziekenhuizen willen heel wat wijzigingen aanbrengen aan de verpleegkundige VG-MZG items;
- sommige items worden slechts heel weinig gescoord afhankelijk van de zorgenheid of in het algemeen;
- sommige items worden altijd gescoord ongeacht de zorgenheid.

De vragenlijst werd op die manier verstuurd naar 136 algemene ziekenhuizen, in de vierde week van april 2009.

De onderverdeling ervan ziet er als volgt uit:

- 18 Brusselse ziekenhuizen waarvan er 14 zich vrijwillig hebben aangemeld voor de exploratieve audits;
- 73 Nederlandstalige ziekenhuizen waarvan er 50 zich vrijwillig hebben aangemeld voor de exploratieve audits;
- 45 Franstalige ziekenhuizen waarvan er 29 zich vrijwillig hebben aangemeld voor de exploratieve audits.

Algemeen genomen heeft 68,3% van de bevraagde ziekenhuizen zich vrijwillig aangemeld voor een exploratieve audit.

De vragenlijst bestond uit open vragen en was onderverdeeld in vijf delen.

Het formulier omvat:

- ⇒ een inleidende brief met de motieven voor mijn verzoek en met de doelstellingen van deze vragenlijst;
- ⇒ een pagina met de algemene voorstelling van de instructies voor het beantwoorden van de vragenlijst;
- ⇒ een eerste deel bedoeld voor een algemene situering van de instelling die de vragenlijst beantwoordt teneinde de kenmerken van de respondenten naar voren te brengen;
- ⇒ een tweede deel gewijd aan de globale en subjectieve evaluatie van het huidige registratiesysteem via algemene inventarisatie van de positieve en negatieve punten en in het bijzonder met betrekking tot de verpleegkundige items;
- ⇒ een derde deel dat verband houdt met het vorige, waarbij de mogelijkheid gegeven wordt om voorstellen ter verbetering te doen naargelang van de opgesomde negatieve punten;
- ⇒ een vierde deel gewijd aan de verpleegkundige items waarvoor gevraagd wordt de 10 meest gescoorde en de 10 minst gescoorde te identificeren voor de drie voornaamste bedindexen van de instelling. Het is eveneens mogelijk om diezelfde lijst te maken voor een vierde bedindex die een specifiek kenmerk van de instelling vertegenwoordigt.
- ⇒ een laatste deel gewijd aan het voorstel voor wijziging van een item op basis van relevante vaststellingen op het werkveld of op grond van wetenschappelijke redenen.

De respondenten kregen een termijn van een maand, hetzij tot 22 mei 2009, om hun antwoorden terug te sturen. Het beantwoorden van de vragenlijst was geenszins verplicht en de antwoorden mochten per post, mail of fax verstuurd worden.

61 ziekenhuizen hebben een antwoord teruggestuurd, wat neerkomt op een participatiegraad van 44,85% (n=61).

De antwoorden werden gecodeerd in een Excel-bestand met het oog op de realisatie van grafieken. De resultaten zijn in hoofdzaak beschrijvend.

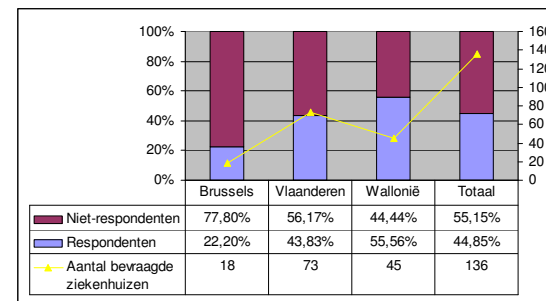
Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 2

### 3. Resultaten.

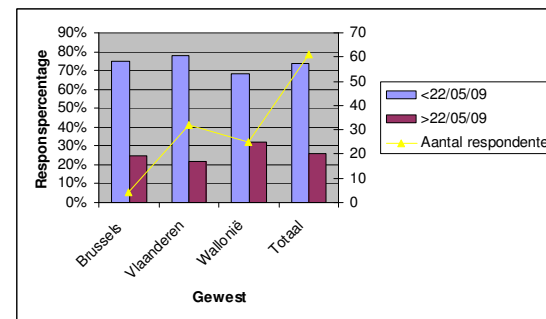
#### 3.1. Presentatie van de populatie.

Bij de Brusselse instellingen stellen we een lage respons vast.



Grafiek 1: Opsplitsing van het responspercentage per gewest.

We kunnen vaststellen dat bijna ¼ van de deelnemers de vragenlijst binnen de gestelde termijn hebben teruggestuurd.

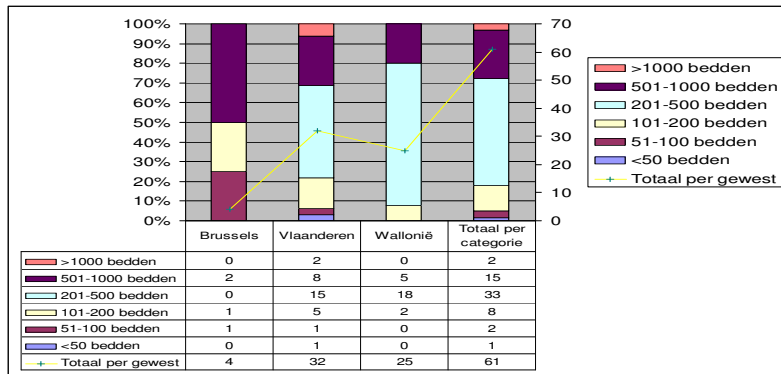


Grafiek 2: Opsplitsing van de respondenten op basis van de antwoorddatum per gewest.

De volgende grafiek toont een opsplitsing van de deelnemers op basis van de omvang van de ziekenhuizen. We merken hierbij op dat de meeste ziekenhuizen (54%) tussen 201 en 500 bedden hebben. Gezien het aantal antwoorden vanwege de instellingen uit het Brussels Gewest is het moeilijk om deze gegevens te veralgemenen. De andere twee gewesten daarentegen zijn betrekkelijk representatief, rekening houdend met hun respons van 44% voor Vlaanderen en 55% voor Wallonië.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 3

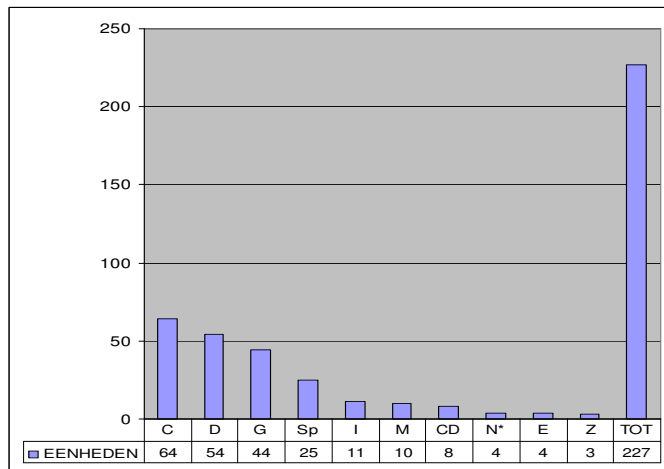


Grafiek 3: Opsplitsing van de respondenten op basis van de omvang van de instelling.

Tot slot was het op basis van de gegevens die verzameld zijn bij de klassering van de gescoorde items, mogelijk om een lijst van de bij deze klassering betrokken zorgseenheden op te maken op basis van de bedindex van deze eenheden.

Zo werden 227 zorgseenheden in aanmerking genomen voor de klassering van de items die het meest en het minst gescoord worden.

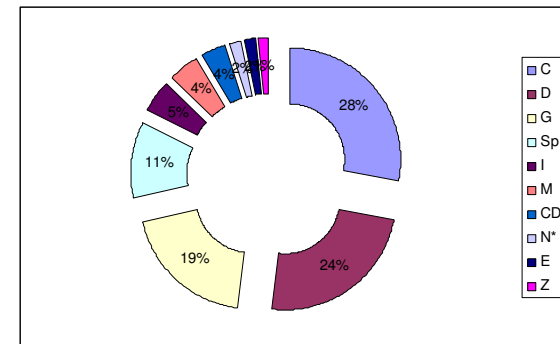
De volgende grafiek toont het aantal eenheden die geïnventariseerd zijn per bedindex.



Grafiek 4: Opsplitsing van de eenheden op basis van hun aantal.

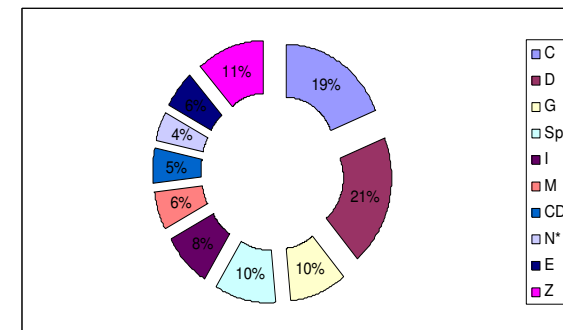
Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DGI, Data management, juni 2009.

Er komen voornamelijk vier bedindexen naar voren: het gaat om de zorgseenheden met bedindexen C, D, G en Sp. De bedindexen I, M, CD, N\*, E, Z zijn in mindere mate vertegenwoordigd, maar uit de analyse ervan kan evenwel een bepaald typerend scoreprofiel worden afgeleid.



Grafiek 5: Opsplitsing van de eenheden uit de enquête in procent.

Het is interessant om deze gegevens te vergelijken met de nationale gegevens zoals die opgenomen in de algemene federale feedback van de MVG-gegevens 2006 teneinde een zekere overeenkomst in de opsplitsing van de eenheden zichtbaar te maken, wat bewijst dat de steekproef representatief is.



Grafiek 6: Opsplitsing van de eenheden in procent volgens de algemene federale feedback - MVG 2006.

### 3.2. Voordelen van de VG-MZG.

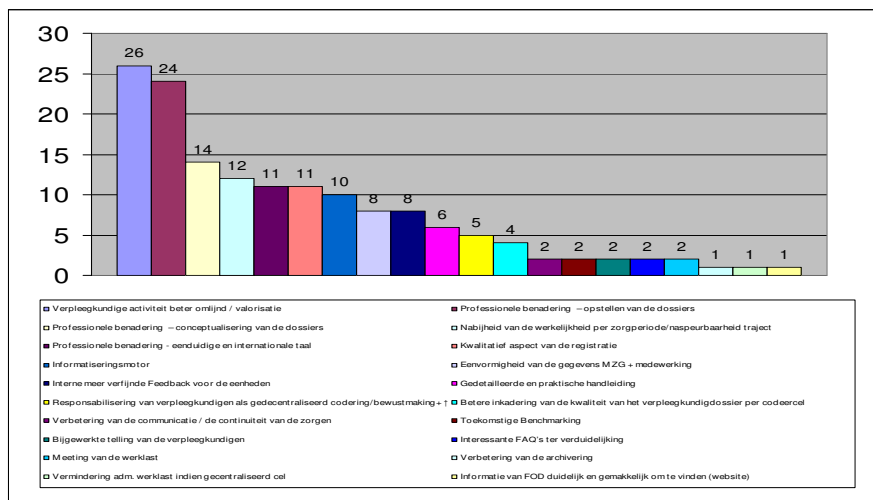
Alle respondenten brachten heel wat voordelen naar voren voor dit nieuwe registratie-instrument. Zeldzaam zijn de instellingen die geen enkel voordeel zagen in de registratie van de VG-MZG.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DGI, Data management, juni 2009.

Er werden twee soorten voordelen opgesomd. De eerste groep omvat de voordelen die betrekking hebben op het registratiesysteem in het algemeen. De tweede groep betreft meer bepaald de voordelen die verband houden met de items. Hierna volgt een overzicht van deze twee groepen.

### 3.2.1. In het algemeen.

Algemeen genomen konden voor de VG-MZG registratie een twintigtal voordelen gedefinieerd worden. Ze zijn in de volgende grafiek opgenomen op basis van het aantal keren dat ze door de respondenten zijn aangehaald.



Grafiek 7: Opsplitsing van de voordelen van de VG-MZG in het algemeen.

Het blijkt duidelijk dat dit nieuwe registratie-instrument als positief beschouwd wordt omdat het een realistischer beeld geeft van de verpleegkundige activiteit.

Anderzijds wordt het instrument echt gezien als een middel ter verbetering van de kwaliteit van het verpleegkundig dossier, zowel voor de ontwikkeling als voor de opstelling ervan. Het kwaliteitsaspect van de registratie en van de verpleegkundige dossiers wordt duidelijk naar voren gebracht.

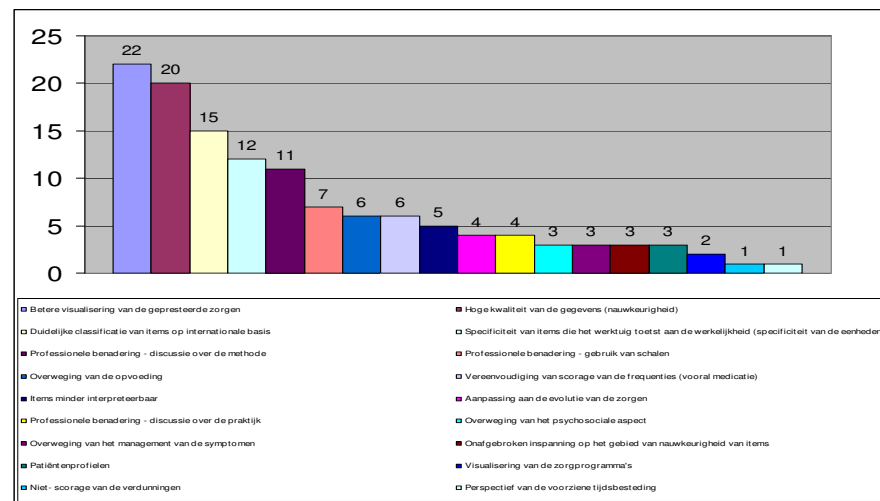
Het geldt ook als een bevorderlijk element voor de informatisering van het verpleegkundig dossier.

Het gebruik van de gegevens intern wordt vergemakkelijkt, waardoor ze beter kunnen worden weergegeven in de zorgteams.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

### 3.2.2. Met betrekking tot de items.

De volgende grafiek bevat de voordelen die de instellingen hebben aangehaald met betrekking tot de VG-MZG items in het bijzonder.



Grafiek 8 : Opsplitsing van de voordelen van de VG-MZG met betrekking tot de items.

Als het gaat over de voordelen met betrekking tot de items in het bijzonder, blijkt vooral dat dankzij de aard van de items de verpleegkundige activiteit in de zorgeenheden beter kan worden weergegeven.

Die voordelen zijn voornamelijk gebaseerd op drie nieuwe eigenschappen van het registratie-instrument: de nauwkeurigheid van de items, de duidelijke onderverdeling waarbij een internationaal taalgebruik aangewend wordt, en de specificiteit van heel wat items waardoor de realiteit van de eenheden kan worden weergegeven.

De professionele benadering wordt ook gevaloriseerd door het overleg over het systeem en door het gebruik van de schalen die gegenereerd worden door de registratie van de VG-MZG items.

De vereenvoudiging van de scoremethodes voor bepaalde kwantitatieve items wordt op prijs gesteld, evenals het feit dat de items minder vatbaar zijn voor interpretatie dankzij de preciseringen die zowel in de handleiding als in de FAQ's geformuleerd zijn.

### 3.3. Nadelen van de VG-MZG.

#### 3.3.1. In het algemeen.

Naast de talrijke voordelen van de VG-MZG blijkt dat de ziekenhuisinstellingen ook heel wat nadelen zien. Hierna volgt een voorstelling van deze nadelen, in het algemeen en met betrekking tot de items in het bijzonder.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

De volgende grafiek bevat 28 nadelen die alle instellingen naar voren hebben gebracht. Enkel de nadelen die meer dan één keer aangehaald zijn, zijn in de grafiek opgenomen; aan 8 andere nadelen werd geen aandacht geschonken.

Algemeen genomen blijken vijf grote punten problematisch te zijn.

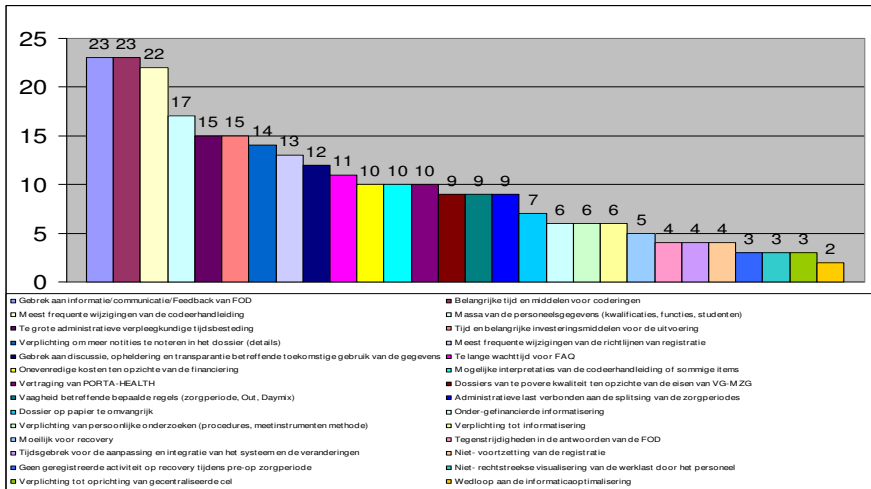
Het eerste punt betreft de communicatie en de informatie afkomstig van de FOD. Bij een aantal zaken werd immers een vraagteken geplaatst, zoals de weinige informatievergaderingen die de FOD inplant, het gebrek aan feedback vanwege de FOD, het gebrek aan verduidelijking van een aantal regels (personeel, zorgperiodes, Daymix, OUT, de financiering in verband met de VG-MZG) maar ook de te lange wachttijden voor de antwoorden bij zowel de FAQ's als op alle vragen die gesteld worden via het gecentraliseerde mailadres ([info.rhmzg@health.fgov.be](mailto:info.rhmzg@health.fgov.be)) en de vertraagde operationalisering van Porta-health.

Een tweede punt is de zware werklust die de implementatie van het nieuwe instrument en het coderen van de gegevens met zich meebrengen. Die zware belasting houdt voornamelijk verband met de registratie van de personeelsgegevens, het beheer van de zorgperiodes, de tijd en de nodige middelen, zowel om het instrument in de instelling te implementeren als om nadien de registratie uit te voeren.

Een derde punt betreft het grote aantal wijzigingen die uitgevoerd zijn in verband met ofwel de registratierichtlijnen ofwel de richtlijnen voor codering. Die wijzigingen bemoeilijken vaak de integratie ervan, ongeacht of men het papieren dossier gebruikt dan wel of men geïnformatiseerd is.

Het vierde punt verwijst meer naar de patiëntendossiers. De aangegeven nadelen hebben betrekking op de verplichting om meer in de dossiers neer te schrijven teneinde te kunnen beantwoorden aan de controles, maar ook op het feit dat dossiers ondanks alles onvoldoende uitgewerkt zijn om aan alle eisen van de FOD te voldoen.

Tot slot is het laatste knelpunt het financiële aspect, want de volledige registratie van de VG-MZG blijkt te weinig gefinancierd te zijn ten aanzien van de vereiste investeringen zowel wat informatisering als wat personeel voor deze registratie betreft.



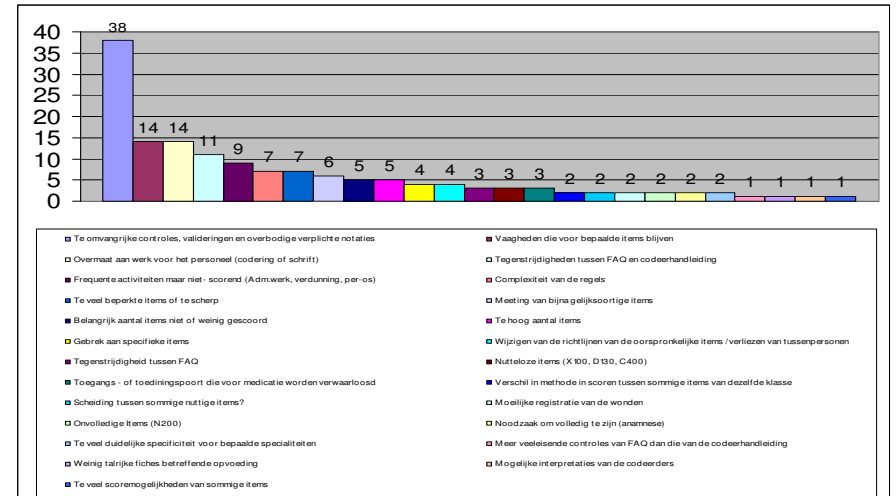
Grafiek 9: Opsplitsing van de nadelen van de VG-MZG in het algemeen.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen. 8

### 3.3.2. Met betrekking tot de items.

In de volgende grafiek zijn de 25 nadelen opgenomen die de respondenten vermeld hebben.



Grafiek 10: Opsplitsing van de nadelen van de VG-MZG met betrekking tot de items.

Er komt duidelijk naar voren dat er voor een aantal items nog problemen zijn wat betreft de vereisten inzake rechtvaardiging om de registratie van deze items te valideren. De zware werklust voor bepaalde controles wordt ter discussie gesteld want ze verplichten het uitvoerend personeel om enorm veel te schrijven om te beantwoorden aan alle controles. Rekening houdend met de impliciete logica die bepaalde activiteiten met zich meebrengen, zouden sommige aantekeningen overbodig zijn. De hoge werklust te wijten aan het inschrijven in de dossiers of aan het coderen wordt op de korrel genomen.

Bovendien zouden sommige items nog te onnauwkeurig zijn en ruimte voor interpretatie laten of te weinig duidelijk zijn om te kunnen worden begrepen, opgenomen en gescoord. Er wordt gewezen op tegenstrijdigheden in de FAQ's of tussen de FAQ's en de handleiding.

Ook wordt de aandacht gevestigd op een te grote ingewikkeldheid van bepaalde regels of bepaalde items in het bijzonder, zoals die van klasse L, waarbij er met name verschillen zijn in de scoremodaliteiten.

Sommigen vinden ook dat heel wat activiteiten of toedieningswijzen niet gescoord worden, waardoor op die manier bij gelijk welke meting van de werkelijke verpleegkundige werklust een vertekend beeld gecreëerd wordt.

De instellingen maken ook het verwijt dat er te veel items zijn en dat heel wat items weinig of nooit gescoord worden of nutteloos zijn.

Ook wordt wat sommigen als een voordeel zien, door anderen soms beschouwd als een nadeel en omgekeerd.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen. 9

### 3.4. Voorstellen ter verbetering.

Na deze inventarisatie van de voor- en nadelen van de VG-MZG was het mogelijk om voorstellen ter verbetering te doen teneinde die nadelen te beperken.

85% van de respondenten heeft voorstellen gedaan om de registratie te verbeteren.

Daarvan had 67,31% zich vrijwillig aangemeld voor de uitvoering van een exploratieve audit.

Ook al zijn sommige voorstellen gepast en bieden ze een antwoord op de aangehaalde nadelen, toch kan worden opgemerkt dat een aantal voorstellen ter verbetering veeleer voorstellen zijn om het registratie-instrument te wijzigen.

Hier wordt ook een onderscheid gemaakt tussen de registratie in het algemeen en de items in het bijzonder.

#### 3.4.1. Betreffende de registratie in het algemeen.

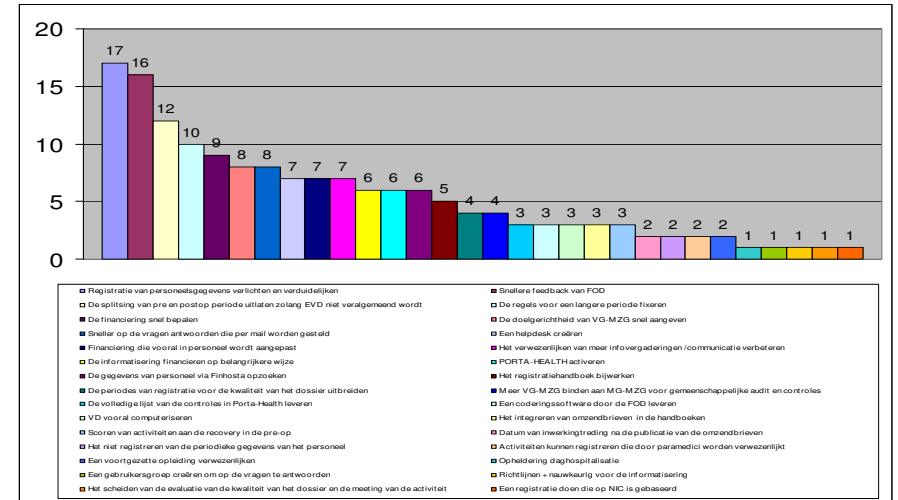
De indeling die gemaakt is voor de inventarisatie van de nadelen wordt overgenomen om het aflezen van de opsplitsing van de pre- en postoperatieve periodes en het snel vastleggen van een financiering in verband met de VG-MZG. Ook wordt gevraagd om de personeelsgegevens uit Finhosta te halen en sommige elementen te verduidelijken zoals de daghospitalisatie (ondanks de informatie die verstrekt is in maart 2009). Tot slot wordt de aandacht gevestigd op het feit dat de prioriteit moet uitgaan naar de informatisering van het verpleegkundig dossier door de instellingen daartoe de nodige middelen te verstrekken, met name via het aanleveren van codeersoftware, of door richtlijnen te verschaffen bij de software om het verpleegkundig dossier te kunnen informatiseren.

Ten aanzien van het gebrek aan communicatie vanwege de FOD wordt gevraagd dat er sneller feedback komt na een snelle operationalisering van Porta-health, dat er sneller een antwoord komt op de gestelde vragen, dat er een Helpdesk wordt opgericht, dat er meer informatievergaderingen georganiseerd worden, dat de doelstellingen van de VG-MZG nader worden toegelicht, dat de registratiehandleiding bijgewerkt wordt, dat de volledige lijst van de controles van Porta-health gepubliceerd wordt, dat de FOD permanente vorming organiseert.

Wat het financiële aspect betreft, wordt voorgesteld dat de financiering van de informatisering opwaarts herzien wordt en dat de huidige financiering aangepast wordt, vooral op het niveau van het personeel dat betrokken is bij de registratie van de VG-MZG.

Als we de vele wijzigingen bekijken, wordt gevraagd om de regels voor een langere periode vast te stellen zodat het instrument volledig kan worden geïntegreerd alvorens het te wijzigen of te verbeteren. Ook wordt voorgesteld om de omzendbrieven in de handleiding op te nemen en ervoor te zorgen dat de toepassingsdatum na de publicatiedatum van deze omzendbrieven komt.

Wat het financiële aspect betreft, wordt voorgesteld dat de financiering van de informatisering opwaarts herzien wordt en dat de huidige financiering aangepast wordt, vooral op het niveau van het personeel dat betrokken is bij de registratie van de VG-MZG.



Grafiek 11: Opsplitsing van de voorstellen ter verbetering van de registratie in het algemeen.

Bovendien werden andere voorstellen gedaan zoals:

- het kunnen scoren van de activiteiten bij het ontwaken in de pre-op ;
- het creëren van een user-groep om de vragen te beantwoorden;
- het kunnen scoren van de interventies van de paramedici.

#### 3.4.2. Betreffende de registratie van de items.

Er werden heel wat voorstellen gedaan, waarvan sommige vooral een wijziging inhouden, en niet een verbetering.

De voornaamste beschouwing is het feit dat nagedacht zou moeten worden over de verlichting van bepaalde controles teneinde de aantekeningen in het dossier te beperken of om sommige items te kunnen scoren waarvan de vereisten te hoog zijn ten opzichte van de werkelijkheid op het terrein.

Ook wordt gevraagd om het aantal items te beperken door het instrument te verlichten voor de items die weinig of niet gescoord worden of zelfs nutteloos zijn want die hebben gezamenlijk een invloed op het zorgproces (X100).

Vraag om verduidelijking, precisering, vereenvoudiging en wegnemen van de tegenstrijdigheden voor bepaalde items (klasse L, klasse C) door verwijdering van de '...' in de definities. Meer voorbeelden toevoegen in de codeerhandleiding.

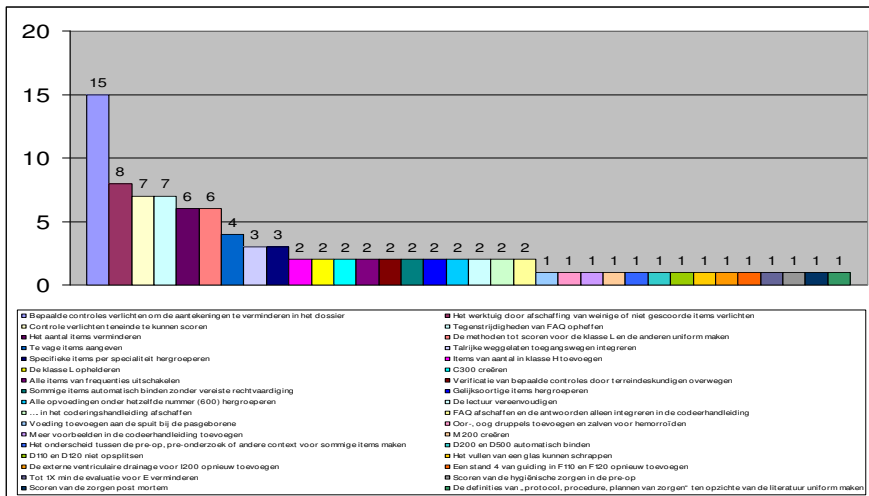
Ook wordt voorgesteld om in de scoremogelijkheden een aantal elementen toe te voegen zodat de werkelijkheid op het terrein beter kan worden weergegeven. Het gaat om elementen als:

- toevoegen van een scoremogelijkheid frequentie voor H100 en H400,
- toevoegen van voeding via spuit,
- toevoegen van oogdruppels, oordruppels en aambeienzalf,

- toevoegen van externe ventrikeldrainage in I200,
- toevoegen van een score 4 'guiding' voor F110 en F120,
- beperken tot 1 meting om klasse E te scoren,
- kunnen scoren van hygiënische verzorging vóór een operatie of na overlijden.

Tot slot wordt gevraagd om twee items te creëren: C300 (hulp bij verplaatsing buiten de eenheid) en M200 (thermoregulatie bij volwassenen). Ook al gaat het hier om interessante vragen, toch moet worden vastgesteld dat er daarover noch documentatie noch argumenten voorhanden zijn en dat het wel degelijk gaat om voorstellen die moeten worden gedaan in het kader van een wijziging van een item en niet van de registratie.

Op de volgende grafiek zijn alle voorstellen te zien met hun frequentiewaarde.



Grafiek 12: Opsplitsing van de voorstellen ter verbetering van de registratie van de items.

### 3.5. Top 20 van de VG-MZG items.

Op basis van de gegevens van de instellingen die deze enquête hebben beantwoord, kon een inventaris worden opgemaakt van de vaakst gescoorde items in het algemeen maar ook op basis van de kenletter van de bedden, zodat een profiel van items per kenletter kon worden opgesteld.

De registratiefrequenties werden bepaald door het tellen van het aantal keren dat een item aangegeven werd als behorend tot de top 10 voor elke eenheid waarvan de gegevens gecommuniceerd werden via de enquête.

Algemeen genomen krijgen we op die manier de volgende overzichtstabel.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 12

RANG	C	D	G	Sp	I	M	CD	E	N*	Z	Algemeen
1	F110	F110	C120	F110	H200	S100	F110	B100	B100	C120	V400
2	V400	V400	F110	C120	H300	V400	N200	C120	D200	C200	F110
3	D110	D110	V400	V400	N200	C200	V400	C200	G100	R110	C120
4	E100	C120	D110	H100	V300	B410	C120	D110	C120	S100	D110
5	C120	N200	C200	F300	G100	C120	C200	G100	D300	D110	C200
6	H100	C200	H100	D110	C110	F200	D110	V400	V400	N200	H100
7	C200	H100	B430	C200	F110	B210	E100	X100	C200	S200	E100
8	N200	H200	B230	B230	F500	D110	H100	D200	E100	V400	N200
9	H200	E100	V200	B420	K200	D500	B410	E100	N500	Y200	H200
10	B220	B410	E100	B220	V400	E100	H200	H400	V300	E100	B410
11	B410	H300	G100	B410	B250	W200	H300	N200	D400	E200	B220
12	R110	B220	B220	B430	E100	W400	R110	B210	E200	E400	S100
13	S100	S100	B410	D120	G300	B100	S100	B220	F110	G100	H300
14	E200	B420	R110	G100	V200	B600	V300	B410	F120	H100	R110
15	H300	R110	V100	H400	B430	D200	B210	B420	F500	H200	B420
16	B420	E200	B420	R110	E200	F110	B220	E200	H200	H300	G100
17	B210	K200	H400	B210	G400	F120	B250	F300	H300	X100	E200
18	E300	B210	N200	B250	B220	L100	B420	V300	L200		B430
19	L100	E300	E200	E100	B410	L200	B600		S100		B230
20	L200	H400	E300	P100	D110	G100	C110		V200		B210
Aantal eenhden	64	54	44	25	11	10	8	4	4	3	227

Tabel 1: Overzichtstabel van de 20 meest gescoorde items per eenheid.

Blijkbaar scoren de meeste zorgeenheden bij voorkeur dezelfde items, met kleine verschillen in de rang die het item inneemt.

Op dezelfde wijze laten sommige eenheden hun specifieke karakter zien via meer typische items of via een verschillende ordening van hun gescoorde items.

Zo hebben de eenheden met bedindexen C, D, CD praktisch hetzelfde profiel dat gericht is op hygiënische verzorging, vitale parameters in continue monitoring, voeding in de patiëntenkamer, toediening van geneesmiddelen IM/SC/ID en de installatie en verplaatsing van niet-bedlegerige en voornamelijk continentie patiënten voor wie er pijnmanagement is.

De geriatrie toont een verwant profiel, maar daar wordt de nadruk gelegd op het belang van de installatie bij bij voorkeur incontinentie patiënten.

De revalidatiediensten hebben praktisch hetzelfde profiel als de geriatrie, maar met continentie patiënten en waarbij het kleden een belangrijke plaats inneemt.

De meer technische dienst voor intensieve zorg is gericht op geneesmiddelen IV en de toedieningswijze ervan alsook op de continue bewaking van de parameters, de vocht-/elektrolytenbalans en de bijzondere mondzorg.

De materniteit benadrukt meer de verpleegkundige educatiezorg, met name op het vlak van voeding, uitscheiding en specifieke educatie.

Tot slot zijn pediatre en neonatologie vrij gelijklopend voor de tien meest gescoorde items, met de zorgen met betrekking tot de uitscheiding aan het kind jonger dan 5 jaar, de installatie en de verplaatsing, de voedingsbalans en de vocht-/elektrolytenbalans evenals de opvolging van de vitale parameters in discontinue meting en borstvoeding.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 13

### 3.6. Down 20 van de VG-MZG items.

Hier werd hetzelfde procedé als voor de top 20 aangewend om een inventaris op te maken van de minst gescoorde items in het algemeen maar ook op basis van de bedindex, zodat een profiel van items per bedindex kon worden opgesteld.

Sommige instellingen hebben echter als gegevens de items aangeleverd die nooit gescoord werden voor de geselecteerde zorgeenheden. Dit soort informatie is niet zeer interessant gezien het feit dat bepaalde items, afhankelijk van de eenheid of de patiënt voor wie een registratie wordt uitgevoerd, niet gescoord kunnen worden.

Vanzelfsprekend zijn de profielen dan vertekend en sluiten ze meer aan bij een lijst van niet-gescoorde items.

Niettemin volgt hierna, ter informatie, de tabel met deze items voor alle bedindexen afzonderlijk alsook voor het geheel van alle eenheden.

RANG	C	D	G	Sp	I	M	CD	E	N*	Z	Algemeen
1	B500	B300	D300	R110	A100	G300	D500	F500	Y200	B230	B500
2	A100	B500	N100	C110	D120	B500	Z200	B500	B500	B410	B300
3	N100	D500	G200	C400	F200	D130	B500	B600	D130	C110	C400
4	B300	F300	I100	D130	N700	A100	B600	F200	F200	F110	A100
5	C400	R120	C400	B300	B500	B250	R130	G200	H100	G300	N100
6	R120	A100	R130	N200	B600	C110	V600	G400	L300	V200	B600
7	D400	B600	Y200	Z400	C400	C400	B210	Z400	N300	B240	I100
8	E400	N100	B300	B500	D200	D400	B440	A100	S100	B250	D400
9	I100	Q100	D400	E300	F300	G100	C400	B300	Z200	B430	R120
10	Z200	Z300	E100	F120	Q100	G500	G200	C110	A100	B440	F200
11	D300	D400	O100	G400	B100	H500	L400	C400	B600	F120	R130
12	B600	E100	R110	L100	F400	K100	N100	D130	C110	F200	D500
13	D500	F200	S100	L200	O100	N100	N700	D500	C400	F500	Z200
14	V600	I100	V300	B600	O200	N500	O100	E100	D110	H100	D300
15	B240	K100	V700	D400	B210	S200	P100	E300	D120	H400	O100
16	F200	P100	W100	E100	B220	W100	Q100	E400	E300	H500	R110
17	F400	R130	W200	E400	B230	B420	V700	F300	E400	L200	D130
18	G100	S200	W300	F500	B240	D500	X100	G300	F300	R130	E400
19	G400	V700	W400	G300	B300	E100	Z100	G500	F400	V100	F300
20	V100	Z100	W500	H200	D300	E200	Z300	L400	G200		G200
Aantal eenhden	62	53	43	25	11	11	8	4	4	3	224

Tabel 2: Overzichtstabel van de 20 minst gescoorde items per eenheid.

Gezien het aanzienlijk vertekende beeld omwille van een groot aantal onjuiste gegevens in het kader van deze enquête is het moeilijk om deze tabel te interpreteren. Het was immers de bedoeling van deze gegevens om items naar voren te brengen die weliswaar gescoord werden maar in mindere mate. Maar nu is gebleken dat heel wat instellingen een lijst verstuurd hebben met de items die nooit gescoord werden ofwel een lijst met weinig of niet gescoorde items ofwel een overzicht van de weinig gescoorde items.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen. 14

### 3.7. Voorstellen voor wijziging van VG-MZG items.

Wat betreft de mogelijkheid die de instellingen hadden om grondiger wijzigingen van het registratie-instrument voor te stellen door items te wijzigen, waren er duidelijk minder antwoorden dan bij de voorstellen ter verbetering van het instrument. Slechts 41% van de respondenten heeft immers voorstellen gedaan.

Daarvan had de meerderheid, namelijk 76%, zich vrijwillig aangemeld voor de uitvoering van een exploratieve audit.

In de tabel hierna zijn de voorstellen opgenomen op basis van het item in kwestie evenals het aantal instellingen die deze wijziging wilden. Tot slot is ook de reden voor de wijziging terug te vinden.

Ook moet eraan herinnerd worden dat redenen gevraagd werden om de standpunten te kunnen beargumenteren en de voorstellen krediet te geven. Er werden twee soorten redenen gevraagd: enerzijds wetenschappelijke grondslagen waarop de respondent zich baseert om zijn voorstel te doen, en anderzijds een relevante reden op basis van overleg over de dagelijkse beroepspraktijk.

Via deze tabel kan alleen maar worden vastgesteld dat slechts twee instellingen wetenschappelijke redenen hebben aangeleverd. Wat de andere voorstellen voor wijziging betreft, gaat het in de meeste gevallen om beschouwingen over de afstemming tussen het instrument en de praktijk.

Items	Voorstellen	A	Reden
H400	Het aantal keren aerosol per dag scoren => Score=aantal toedieningen per dag => H410 en H420 creëren	5	Niet-visualisatie van de werkelijke verpleegkundige werklast bij toediening van aerosol
C200	C120 en C200 verduidelijken => Het item volledig veranderen	2	Item te vaag in de praktijk
B200-B400	Scoresysteem wijzigen => 1 item niveaus voor activiteiten en 1 item niveaus voor hulp bij uitscheiding	1	Geen zin om een ondersteuningsniveau te ramen met een kwantitatieve analyse <b>&lt; wetenschappelijke grondslag</b>
Klasse E	Symptoommanagement verduidelijken + Aantekeningen vragen van de uitgevoerde activiteiten	1	Activiteiten worden niet echt gemeten bij een gewone beoordeling
Klasse F	Een specifiek item creëren voor de pasgeborenen	1	Niet-differentiatie voor kind jonger dan 5 jaar
Klasse L		1	Grote problemen om te informatiseren
Klasse L	De lokalisatie van de wonde automatisch linken aan de lokalisatie van de heekundige ingreep in kwestie	1	Tijdwinst
D130	Een controle toevoegen: Het nuchter-zijn moet het gevolg zijn van de wil van de arts of verpleegkundige en niet van de omstandigheden	1	Score zonder toezicht
E100	Preventie integreren	1	Belangrijke activiteiten bij pijnpreventie
E100	Een enkele meting per dag toestaan	1	Zware belasting van de Doloplus
E400	Pijnstillers schrappen van de lijst met de controles	1	De werkelijkheid van intensieve zorg weergeven
G400	Laatste deel van de definitie betreffende het medisch voorschrift schrappen	1	Tegenstrijdigheid tussen handleiding en KB 18/06/1990
Algemeen	Zich baseren op de NIC's	1	NIC's
H200	Geheel van de activiteiten met betrekking tot het toedienen van geneesmiddelen (op basis van de merknaam of bij gebrek daaraan de generieke naam of de naam van de moleculen) of het toedienen van IV perfusies.	1	De uitgesloten oplossingen worden vaak gebruikt
I200	Ventrikeldrainage opnemen	1	Werkelijkheid op het terrein
L500	Alle huidwonden opnemen, zelfs de open wonden => Beperking van de open wonden laten vallen	1	Te ingewikkeld

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen. 15



N200	Perifere zenuwblokken toevoegen => Toezicht en/of verzorging van een subcutane, intraveneuze, arteriële, intramusculaire, perifere nerveuze, intrapleurale, intrathecale, epidurale, intra-ossieuze, intraperitoneale, intra-umbilicale toegangspoor	1	Perifere zenuwblokken in 70% van de gevallen met hoog verpleegkundig toezicht  < wetenschappelijke grondslag
P100	Meer voorbeelden geven voor de 5 activiteiten, controles verlichten	1	Het scoren makkelijker maken
V300	Het scoren makkelijker maken => Item in 2 splitsen: V310 en V320	1	Tijdwinst
V600	De soorten virussen of bacteriën die zorgen voor een V600, verduidelijken	1	
V700	Beperking van de controle betreffende begin- en einduren => voor fysieke fixatie: gebruikte fixatiemiddelen: opvolging uitgevoerd tijdens de shift wanneer de fysieke fixatie geïnstalleerd wordt	1	Papieren dossier – moeilijk om nauwkeurig te coderen, vooral indien meerdere keren per dag
X100	Dit item schrappen	1	Is niet relevant en heeft geen invloed op het verpleegkundig zorgproces

Tabel 3: Overzichtstabel van de voorstellen voor wijziging van items.

Het is eveneens belangrijk om erop te wijzen dat de meeste instellingen, net zoals bij de voorstellen ter verbetering van de registratie, aangegeven hebben dat er momenteel beter niks veranderd wordt aan het instrument, aangezien de gegevens via Porta-health niet beschikbaar zijn en er geen feedback is vanwege de FOD. Als we de voortdurende wijzigingen zouden stoppen, zouden de instellingen zich het registratie-instrument eigen kunnen maken om het later dan met de nodige afstand te kunnen analyseren.

#### 4. Duiding en bespreking.

Op basis van deze resultaten, die nog verder zullen moeten worden onderzocht en verfijnd met het oog op later gebruik binnen onze cel van verpleegkundigen/auditoren van de VG-MZG, is het mogelijk om een antwoord te geven op de werkhypothesen die de basis vormden van deze enquête.

Ten eerste blijkt dat de meeste instellingen die geantwoord hebben, zich vrijwillig hadden aangemeld voor de uitvoering van exploratieve audits (68,85%). Van diegene die voorstellen ter verbetering van de registratie gedaan hebben, had bovendien 67,31% zich ook vrijwillig aangemeld en van diegene die voorstellen voor wijziging gedaan hebben, was 76% vrijwilliger. Men zou kunnen vaststellen dat de vrijwillige ziekenhuizen meer betrokken zijn bij het overleg over de VG-MZG. Niettemin moet eraan herinnerd worden dat er in de oorspronkelijke populatie ook 68,38% vrijwillige ziekenhuizen waren.

Ten tweede wordt de tweede hypothese ontkracht, want de ziekenhuizen zijn van mening dat er algemeen genomen heel wat verbeteringen zouden moeten worden aangebracht aan de registratie van de VG-MZG, en dit hoofdzakelijk om ze te vergemakkelijken of de schrijfwerkzaamheden van het verpleegkundig personeel te beperken.

Ten derde werden er algemeen genomen weinig relevante voorstellen verzameld die gebaseerd waren op diepgaand overleg of wetenschappelijke literatuur.

Wat de werkhypothesen over de meest en minst gescoorde items betreft, konden weliswaar profielen voor de frequentie van de items worden opgemaakt en werd zo de hypothese bevestigd dat er items zijn die altijd gescoord worden, maar wat de weinig gescoorde items betreft, is naar voren gekomen dat het moeilijk was om zich te kunnen baseren op de ontvangen gegevens. Er werd immers een zekere verwarring vastgesteld omtrent deze vraag en zo werden er lijsten van items verstuurd die naargelang van de zorgenheden nooit gescoord werden, wat niet de bedoeling was van deze enquête.

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 16

#### 5. Conclusies.

De hoge respons die deze enquête gekend heeft, wijst op een duidelijke belangstelling van de sector, terwijl ze geenszins een verplicht karakter had.

Evenzo worden de VG-MZG over het algemeen beschouwd als een instrument dat beter is dan het vorige (MVG) en dat een nauwkeuriger beeld van de verpleegkundige activiteit garandeert. Een van de grote stappen voorwaarts die mogelijk gemaakt is door de VG-MZG, is de opvallende verbetering van het verpleegkundig dossier, zowel wat de ontwikkeling ervan betreft als wat de zorghandelingen en vooral de opstelling ervan betreft.

Ondanks deze onmiskenbare voordelen moet worden vastgesteld dat er ook gewezen wordt op heel wat nadelen. Naast de vertraagde operationalisering van Porta-health en bijgevolg het gebrek aan feedback vanwege de FOD, vormt voornamelijk de zware werklust van dit nieuwe instrument een probleem. Niet alleen de controles die vereist zijn voor bepaalde items maar ook de verplichting om meer neer te schrijven in de dossiers, creëren een zekere terughoudendheid ten aanzien van de VG-MZG. De voorstellen ter verbetering van het instrument gaan overigens in die richting.

Al wordt dit nieuwe instrument over het algemeen als positief beschouwd omwille van zijn nauwe verbondenheid met de werkelijkheid op het terrein, is het niettemin treffend vast te stellen dat het ervaren wordt als een verplichting voor zover de verpleegkundige zijn handelingen moet neerschrijven in het dossier van de patiënt. Die «verplichting» die ervaren wordt, maakt het mogelijk om de aandacht te vestigen op de problemen inzake integratie van deze zorgafwerking, waarvoor gebrek aan tijd of middelen vaak als excuus wordt aangewend.

Ook moet absoluut gewezen worden op de noodzakelijke continuïteit van de opleidingen en informatiesessies/toelichtingen met betrekking tot de VG-MZG want uit de antwoorden blijkt dat sommige instellingen wat het begrip van het instrument betreft een ontoereikend niveau hebben.

Niettemin blijkt dat de instellingen prioritair verwachten dat er regels op lange termijn worden vastgelegd en dat de financiële gevolgen en doelstellingen van de VG-MZG duidelijk gedefinieerd worden.

Tot slot moet gezegd worden dat de elementen waarop in deze enquête gewezen is, als uitgangspunt zullen dienen voor het overleg van de cel van verpleegkundigen/auditoren teneinde de negatieve punten die wij zouden kunnen corrigeren, te verbeteren en tegelijk de positieve elementen die werden vermeld en die de waarde van dit instrument uitmaken, te behouden.

Houpe Jean-François  
Verpleegkundige/auditor VG-MZG

Houpe Jean-François, Verpleegkundige/auditor VG-MZG, FOD Volksgezondheid, DG1, Data management, juni 2009.

*Voorstelling van de resultaten van de kwalitatieve analyse van het gebruik van de VG-MZG door de algemene ziekenhuizen.* 17