

**FOD VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID
VAN DE VOEDSELKETEN EN
LEEFMILIEU**

BRUSSEL, 13/07/2006

**Directoraat-generaal Organisatie
gezondheidszorgvoorzieningen**

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie & Erkenning"

O/Ref. : NRZV/D/272-2 (*)

**ADVIES MET BETREKKING TOT DEEL 2 VAN DE ADVIESVRAAG
BETREFFENDE DE UITVOERING VAN ARTIKEL 17 BIS TOT 17
SEXIES EN ARTIKEL 8, 7° EN 8°**

Voor Prof. J. Janssens, Voorzitter,
De Secretaris,

C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 13 juli 2006

Adviesvraag aan de NRZV betreffende de uitvoering van artikel 17bis tot 17sexies en van artikel 8, 7° en 8°.

Deel 2 van de adviesvraag bestaat uit 2 vragen (2a en 2b).

Deel 2 a van de adviesvraag

Vooraleer een antwoord te geven op de eerste vraag, citeren we uit bovengenoemde artikels van de ziekenhuiswet:

“Artikel 8. Met het oog op de toepassing van deze gecoördineerde wet:

7° wordt verstaan onder verzorgend personeel: alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, bedoeld in het KB nr.78 van 10 november 1967, en die het verpleegkundig personeel bijstaan in de verzorging van patiënten;

8° onder zorgkundige wordt verstaan: de zorgkundige, zoals bedoeld in artikel 21sexiesdecies van voornoemd KB nr. 78 van 10 november 1967 en die aan het ziekenhuis verbonden is.”

“Artikel 17 bis. In ieder ziekenhuis moet de verpleegkundige activiteit gestructureerd zijn. Ieder ziekenhuis omvat:

1° een hoofd van het verpleegkundig departement, die verantwoordelijk is voor de organisatie en de coördinatie van de verpleegkundige verzorging in het kader van het verpleegkundig departement en die, onverminderd de bepaling van artikel 8, 2°, op het vlak van de uitoefening van de verpleegkunde, de dagelijkse leiding heeft over de ziekenhuisverpleegkundigen, de zorgkundigen en het verzorgend personeel van de gehele inrichting. Het hoofd van het verpleegkundig departement is ...

2° de verpleegkundigen-diensthoofden, ...

3° een verpleegkundig kader, bestaande uit de hoofdverpleegkundigen, in voorkomend geval bijgestaan door adjunct-hoofdverpleegkundigen....

4° een verpleegkundige staf gevormd door alle ziekenhuisverpleegkundigen en het verzorgend personeel.”

Uit artikel 8, 7° en 8° maken we op dat de ziekenhuiswet het verzorgend personeel en de zorgkundige duidelijk ziet als twee verschillende groepen. Niettemin moet gezegd worden dat het gebruik van de term “zorg” in zowel het begrip verzorgend personeel als in het begrip zorgkundige kan aanleiding geven tot verwarring. Het begrip zorgkundige werd pas in 2002 toegevoegd aan de ziekenhuiswet. Op dat ogenblik werd met verzorgend personeel niet één functie bedoeld maar een waaier aan functies, die de verpleegkundigen bijstaan. Concreet wordt hierbij niet alleen gedacht aan de personeelsleden die in hoofdzaak verzorgend werk uitvoeren en die beantwoorden aan het KB van 12 januari 2006, dat de regels bepaalt om als zorgkundige geregistreerd te worden en dat op 3 februari 2006 in het Belgisch Staatsblad is verschenen, maar ook aan de logistieke assistenten, de administratieve helpers, en de personeelsleden die instaan voor het vervoer van patiënten.

Het begrip verzorgend personeel komt echter niet alleen voor in de ziekenhuiswet, maar ook in andere wet- en regelgeving, zoals bij voorbeeld in de erkenningsnormen voor Sp-diensten en in de CAO inzake de eindeloopbaan en de toekenning van bijkomende verlofdagen aan bepaalde personeelsleden. Daarom stelt de NRZV voor

om de term verzorgend personeel toch te behouden, maar te herdefiniëren als het geheel van zorgkundigen en ondersteunend personeel.

Zij stelt voor om artikel 17bis, 1° te herformuleren als volgt: “een hoofd van het verpleegkundig departement, die ...en die, ..., de dagelijkse leiding heeft over de ziekenhuisverpleegkundigen, ~~de zorgkundigen~~ en het verzorgend personeel van de gehele inrichting. Het hoofd van het verpleegkundig departement is ...”

Wat artikel 8 betreft, stelt de NRZV het volgende voor:

- art. 8, 7° : vervangen door “wordt verstaan onder ondersteunend personeel: alle personeelsleden die niet behoren tot één der categorieën van de beroepsbeoefenaars, bedoeld in het KB nr.78 van 10 november 1967, en die het verpleegkundig personeel bijstaan;”.
- art. 8, 8° dat de zorgkundige omschrijft, kan volledig behouden blijven
- art. 8, 9°: toevoegen: “onder verzorgend personeel wordt verstaan: het geheel van de onder 7° en 8° bedoelde personeelsleden.”

Deel 2 b van de adviesvraag

De tweede vraag met betrekking tot de zorgkundigen handelt over het minimaal aantal verpleegkundigen dat, met het oog op het bieden van kwaliteitsvolle zorg, binnen de erkenningsnormen van elke ziekenhuisdienst moet aanwezig zijn.

Het antwoord op deze vraag is zeker niet eenvoudig. Zelfs als we ervan uitgaan dat met “ziekenhuisdiensten” enkel hospitalisatieafdelingen worden bedoeld, dan nog hebben we te maken met soms sterk verschillende erkenningsnormen.

Bovendien zijn de omkaderingsnormen, met uitzondering van de meer recent uitgevaardigde erkenningsnormen, voor de meeste kenletters van zowel de algemene als de psychiatrische ziekenhuizen, achterhaald en te laag. Getuige hiervan zijn bij voorbeeld de erkenningsnormen voor C- en D-afdelingen, waarin enkel wordt gesteld dat er per 30 patiënten buiten de hoofdverpleegkundige continu één verpleegkundige moet aanwezig zijn.

Antwoorden op de vraag naar het minimaal aantal aanwezige verpleegkundigen, vertrekkend vanuit de huidige erkenningsnormen, is dus niet echt mogelijk of niet zinvol.

De werkgroep van de NRZV belast met de vraag heeft derhalve verschillende benaderingswijzen onderzocht met de bedoeling om een advies te formuleren.

1. Stellingname van de NRZV mbt de normen

In zijn advies van 9 september 2004 mbt de versoepeling van de normen onderstreept de NRZV de noodzaak tot het verhogen van de personeelsnormen door de hoofdverpleegkundige uit de bestaande normen te lichten en om een bijkomend gekwalificeerd personeelslid toe te kennen per 60 verantwoorde bedden om de nachtelijke permanentie en de zorgcontinuïteit beter te waarborgen. Deze aanbevelingen zouden gedeeltelijk antwoord moeten vinden in het kader van het sociaal akkoord van april 2005 (NB: de versterking van het nachtpersoneel voorzien in dit akkoord is slechts 0,5 VTE per 60 bedden, hetgeen overeenkomt met één bijkomende persoon tijdens de nacht per 270 bedden).

Echter, overwegende dat “de normen en de regels weinig of geen rekening houden met de verscheidenheid in nood aan verzorging of het snel wisselende karakter ervan”, beveelt de NRZV tevens in hetzelfde advies aan om “de ziekenhuizen toe te laten het verpleegkundig en het verzorgend personeel, hen toegewezen door het budget van financiële middelen, vrij in te zetten in de diensten, functies en afdelingen waar hun aanwezigheid de grootste toegevoegde waarde heeft voor de verzorging van patiënten”.

Dergelijke aanbeveling pleit aldus in het nadeel van strikte normen exclusief verbonden aan één of andere type dienst, functie of afdeling.

2. Informatie binnen de FINHOSTA-gegevens

De FINHOSTA-gegevens mbt de oefening 2004 (zie bijlage 1) wijzen op een gemiddeld globale omkadering van 15 tot 16 VTE per eenheid van 30 erkende bedden, waarvan iets meer dan 13 VTE verpleegkundigen in de ziekenhuisdiensten met een C en/of D index.

Ten opzichte van de minimale normen (verpleegkundige permanentie) lijkt dit een zekere richting aan te wijzen, maar men moet er zich van bewust zijn dat de

universitaire diensten en de intensieve bedden werden opgenomen in het gemiddelde.

3. Informatie binnen de MVG

Nazicht van de MVG van 2003 (zie bijlage 2) neigt de voorgaande vaststelling te bevestigen. Zich baserend op een eenheid van 24 patiënten (30 bedden met een bezettingsgraad van 80%) met index C en D stelt men een gemiddelde globale omkadering vast die zich situeert tussen 16 en 17 VTE en een verpleegkundige omkadering van 14 VTE bij benadering.

Bovendien wijst de verzamelde informatie eveneens de spreiding aan : volgens de eenheden kan het volume van verpleegkundigen variëren van 10 tot meer dan 18 VTE voor 24 patiënten.

4. De evolutie van de verpleegkundige taken

Het onderzoek van de MVG tussen 1988 en 2003 (zie bijlage 3) toont de tendens aan dat de verpleegkundige zorgen meer acuut en meer technisch worden. Gedurende deze periode zijn de hygiënische zorgen gestegen met ongeveer 18%, maar de intraveneuze therapie en het aantal bloedafnames zijn gestegen met respectievelijk 49% en 63%. Met een minimum van 23 items is het tot op heden onmogelijk om via de MVG een kort overzicht te geven van het geheel van zorgen. Het geactualiseerde MVG instrument dat 79 items bevat, zal meer informatie met betrekking tot de materie kunnen leveren. Nochtans laat niets veronderstellen dat de evolutie naar meer acute en meer technische zorgen niet zal bevestigd worden.

5. Het beleid van de teams en de dienstregeling

Voor een eenheid van 30 C of D bedden kan men het aantal noodzakelijke VTE verpleegkundigen berekenen (zie bijlage 4) indien men vertrekt vanuit een minimale omkadering bestaande uit: 3 personen vroegdienst, 2 personen late dienst en 1 persoon nachtdienst. Op basis van dergelijke hypothese en rekening houdend met verlofperiodes, inhaalrust en een realistische graad van afwezigheden, maar tevens met een minimum overlapping tussen de shifts, blijkt dat een dergelijke omkadering minstens 12 VTE verpleegkundigen vereist voor de eenheid.

Indien de dienst een bezettingsgraad kent van 80% moet men voor ogen houden dat dit veronderstelt 1 verpleegkundige voor 8 patiënten in de voormiddag, 1 verpleegkundige voor 12 patiënten in de namiddag en 1 verpleegkundige voor 24 patiënten gedurende de nacht. Dit is gezien de huidige intensiteit van de zorgen, reeds onvoldoende in een aantal gevallen. Hierbij komen nog de taken op het vlak van administratie en coördinatie die, op zich, vaak al meer dan 1 VTE vergen.

6. De rol van de hoofdverpleegkundige

Op vandaag nemen de veelvuldige administratieve taken en de te verzekeren coördinatie binnen de dienst een belangrijk deel van de tijd van de hoofdverpleegkundige in. Hierdoor wordt de tijd die zij kan besteden aan haar opdrachten op het vlak van leidinggeven en management aanzienlijk verminderd. Dit is de reden waarom de NRZV de vraag herhaalt om de hoofdverpleegkundige toe te voegen aan de omkadering van de zorg en niet mee te rekenen als lid van het verzorgingsteam (cfr hierboven – advies van de NRZV mbt de versoepeling van de normen).

7. De financieringsregels

In het kader van de berekening van het budget van financiële middelen beantwoordt de techniek van bijkomende punten gedeeltelijk aan de noodzaak van bijkomende verpleegkundigen binnen de regels van de basisfinanciering.

Bovendien hebben ziekenhuizen mogelijkheden om hun verpleegkundige omkadering te vergroten bovenop de initieel gefinancierde normen door middel van de inzet van IBF-personeel, de Sociale Maribel of een eerste werkervaring.

De tendens om zijn toevlucht te nemen in dit type van financieringsmogelijkheden om z'n verpleegkundig kader te vergroten, versterkt de idee dat de omkadering die op dit moment voorzien is in de financiering (en die de erkenningsnormen overschrijdt) nog altijd onvoldoende is.

8. Verschillende studies: in de VS, maar ook in België

Een aantal studies in de V.S., onder meer het onderzoek van L. Aiken en dat van J. Needleman, hebben aangetoond dat een aantal patient-outcomes gevoelig zijn voor de verpleegkundige staffing. Niet alleen het aantal verpleegkundigen blijkt hierbij van belang. Ook het opleidingsniveau is medebepalend voor de resultaten. Hoe beter de verpleegkundigen opgeleid zijn, hoe lager de mortaliteit. Immers, hoe hoger de kwalificatie, hoe gericht de observatie. L. Aiken stelt daarom ook dat, hoe hoger de kwalificatie, hoe meer patiënten per verpleegkundige kunnen toegewezen worden.

Of er binnen onze Belgische context al dan niet een verband bestaat tussen verpleegkundige staffing en patient-outcome moet onderzocht worden.

In september 2005 is in het kader van het Federaal Wetenschapsbeleid onder leiding van Prof. W. Sermeus dienaangaande een onderzoek gestart, waarbij gebruik wordt gemaakt van de MVG-dataset van 2003.

Uiteraard zal aan deze vraag meer dan één wetenschappelijk onderzoek moeten gewijd worden, vooraleer met enige zekerheid kan geconcludeerd worden of het verlaten van de huidige kwalificatiegraad al dan niet verantwoord is.

BESLUIT

De NRZV verwerpt de idee van het inschakelen van zorgkundigen in de zorgequipe niet, maar stelt wel dat eventuele opportuniteiten op het vlak van verlaging van de werkdruk bij de verpleegkundigen zorgvuldig moeten afgewogen worden ten opzichte van de mogelijke ongunstige neveneffecten voor de outcome van de zorg.

Zoals de ziekenhuizen een leerproces hebben doorgemaakt op het vlak van delegeren van een deel van de indirecte patiëntenzorg naar de logistieke assistenten toen deze in 1997 als een nieuwe beroepsgroep hun intrede deden, wacht hun dat ook met betrekking tot de zorgkundigen. Een noodzakelijke reorganisatie van de zorg is evenwel nu veel ingrijpender aangezien het gaat om directe patiëntenzorg. De NRZV beveelt daarom aan om voor dit proces de nodige tijd te laten.

Tevens moet ook nagegaan worden of naast het inschakelen van zorgkundigen geen andere mogelijkheden kunnen aangewend worden om er voor te zorgen dat verpleegkundigen meer tijd kunnen spenderen aan hun verpleegkundige opdracht.

Nog meer delegeren van indirecte patiëntenzorg aan logistieke assistenten, automatisering, evenals het vereenvoudigen van processen en administratie, zijn maar enkele voorbeelden.

AANBEVELINGEN

1. Voortgaand op bovenstaande argumenten en in acht genomen dat het de bedoeling moet zijn om kwaliteitsvolle zorg en ook veilige zorg aan te bieden, komt de NRZV tot de conclusie dat de zorgequipe zoals voorzien in de basisfinanciering moet kunnen samengesteld zijn uit uitsluitend verpleegkundigen.
2. Voor afdelingen, functies of medisch-technische diensten waar de financiering lager is dan de erkenningsnorm, moet de erkenningsnorm de leidraad zijn en moet de financiering aangepast worden aan de erkenningsnorm.
3. Zorgkundigen kunnen in ziekenhuizen tewerkgesteld worden, maar dit moet als aanvulling zijn op het reeds aanwezig verpleegkundig kader en in geen enkel geval ter vervanging ervan.
4. Daarenboven moeten de hoofdverpleegkundigen bovenop het bedoeld aantal VTE gefinancierd worden en moet eveneens de omkadering tijdens de nacht alsook de financiering hiervoor verhoogd worden
5. De ziekenhuizen moeten de mogelijkheid hebben om het verpleegkundig en verzorgend personeel daar in te zetten, waar zij op dat ogenblik het meest nodig zijn, zonder evenwel, naast de erkenningsnormen, de kwaliteit en de continuïteit van de zorg uit het oog te verliezen.
6. En bovenal zou werk moeten gemaakt worden van een aangepaste normering in functie van zorgprogramma's, die zowel op het vlak van aantal en de kwalificatie rekening houdt met de diversiteit en de specificiteit van de zorgbehoefte, evenals met verantwoordelijkheid, complexiteit en kwaliteit. Het gebruik van kenletters (vooral de kenletters C en D) voor het bepalen van de personeelsnormen lijkt immers niet geschikt om tegemoet te komen aan het verschil in zwaarte van de verpleegkundige zorgen.

Bijlage 1: FINHOSTA 2004: zie bijgevoegd excel-bestand

Bijlage 2: MVG 2003

Kenletter C

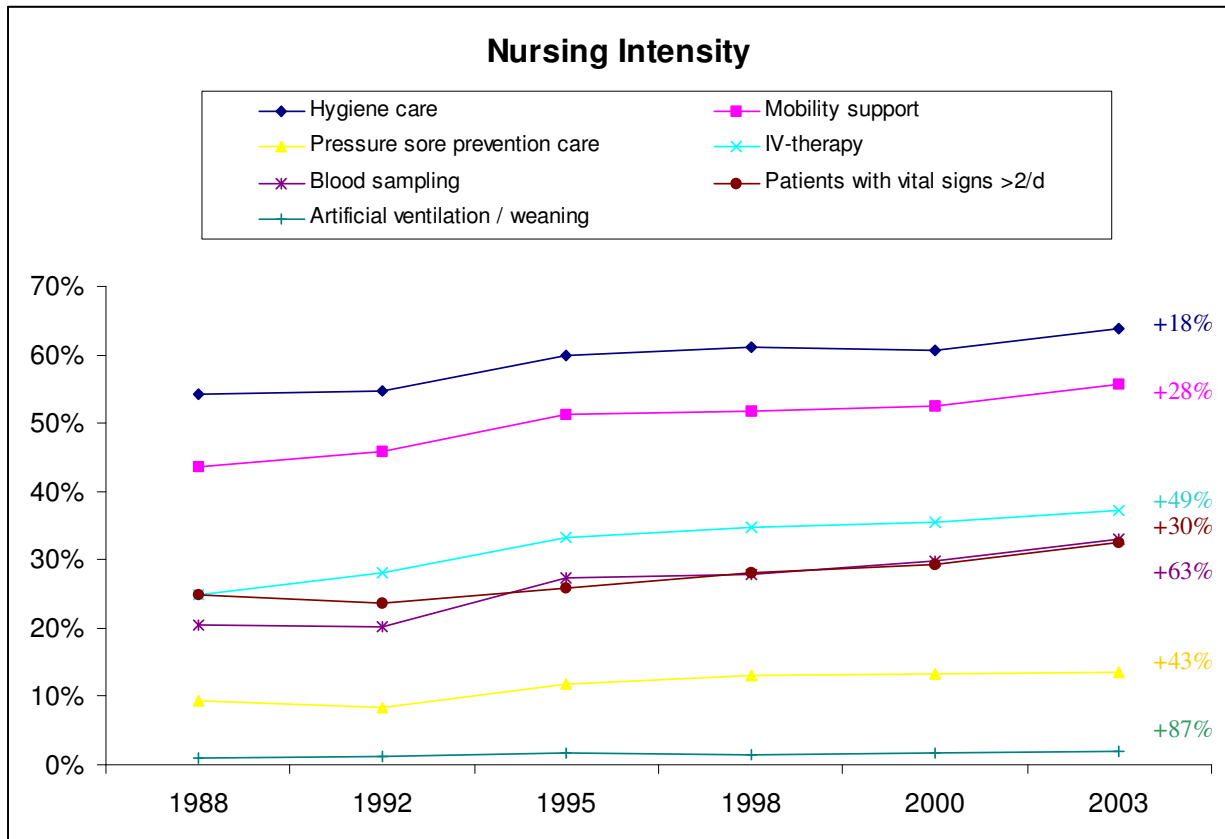
Label	10th Pctl	25th Pctl	50th Pctl	75th Pctl	90th Pctl	Mean
AANTAL VTE (A1+A2) PER 24 PATIENTEN	10.28	11.38	12.74	14.38	17.32	13.80
AANTAL VTE (VZ+LOGISTIEK) PER 24 PAT.	0.77	1.44	2.31	3.27	4.48	2.55
AANTAL VTE (A1+A2) PER PATIENT	0.43	0.47	0.53	0.60	0.72	0.57
AANTAL VTE (VZ+LOGISTIEK) PER PATIENT	0.03	0.06	0.10	0.14	0.19	0.11

Kenletter D

Label	10th Pctl	25th Pctl	50th Pctl	75th Pctl	90th Pctl	Mean
AANTAL VTE (A1+A2) PER 24 PATIENTEN	9.55	10.63	12.11	14.46	18.48	13.98
AANTAL VTE (VZ+LOGISTIEK) PER 24 PAT.	0.87	1.52	2.37	3.37	4.44	2.62
AANTAL VTE (A1+A2) PER PATIENT	0.40	0.44	0.50	0.60	0.77	0.58
AANTAL VTE (VZ+LOGISTIEK) PER PATIENT	0.04	0.06	0.10	0.14	0.19	0.11

Bijlage 3

Trends in some nursing activities 1988 -2003



Bron: FOD Volksgezondheid: MVG 1988 tot 2003

Bijlage 4: berekening dagbesteding voor een verpleegafdeling met 13 VTE

Rekening houdend met verloven, feestdagen en verscheidene afwezigheden kan men aannemen dat 1 VTE overeenstemt met 1.520 gepresteerde uren per jaar.

Door shiften te voorzien die een gedeeltelijke overlapping toestaan voor de overdracht van informatie en die overeenkomen met 8 uur ochtendprestatie (6.30u-14.30u), 8 uren namiddagprestatie (13.30u-21.30u) en 10 uren nachtprestatie (21u-7u) kan men naast de hoofdverpleegkundige het volgende aantal noodzakelijk VTE als volgt berekenen:

3 verpleegkundigen in de ochtend = 24u

2 verpleegkundigen in de namiddag = 16u

1 verpleegkundige in de nacht = 10u

hetzij in totaal 50u verpleegkundige prestaties per dag

hetzij per jaar 18.250u verpleegkundige prestaties voor een zorgseenheid

hetzij per jaar 12 VTE (= 18.250/1.520), of 13 VTE inclusief de hoofdverpleegkundige