



VERPLEEGZORG

Van MVG I naar MVG II

DOOR JULIE LUONG
EEN INTERVIEW MET ANITA SIMOENS

Eerst was er niets, of toch bijna niets, dan waren er de MVG (Minimale Verpleegkundige Gegevens). Een grote stap vooruit voor de verpleegsector, een reuzenstap voorwaarts voor de volksgezondheid. Of hoe het mooie verhaal van de MVG (binnenkort MVG II) ons (opnieuw) leert dat gezondheidszorg – cure en care – een goed beheer vereist.

Na jarenlange goede en trouwe diensten beleven de MVG momenteel een nieuwe jeugd. MVG II is gepland voor 2007 en heeft de wind in de zeilen, maar houdt tegelijk beide benen op de grond. Vóór de grote omwenteling komen we samen met de gelukkige 'geestelijke moeder' nog even terug op de geschiedenis van een systeem dat de internationale gemeenschap ons nog altijd benijdt. Anita Simoens-De Smet is gegradueerd verpleegkundige van oplei-

ding, maar gaat meteen aan de slag bij de overheid, waar ze zich eerst bezighoudt met verpleegzorg en later met het algemene beleid van de zorginstellingen. Een dubbele werksfeer en een dubbele bevoegdheid, maar een uniek project dat binnenkort het licht ziet dankzij haar inspanningen: de eerste Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG), een database die voor het eerst systematisch alle verpleegkundige handelingen registreert.

TE WEINIG ZICHTBAAR

We moeten al bijna twintig jaar terug in de tijd om de precieze bestaansredenen van de MVG na te gaan. Halverwege de jaren 80 is de verpleegsector nog heel weinig zichtbaar, zowel binnen als buiten de ziekenhuizen.

De zorgpartners kennen de sector weinig of slecht. Het verpleegwereldje sluit zich op in zichzelf, raakt verstrikt in zijn eigen problemen en slaagt er niet in zijn stem te laten horen.

>>>

>>>



Anita Simoens-De Smet

Anita Simoens-De Smet studeert af als gegradueerde verpleegkundige en begint in 1965 haar loopbaan bij de FOD Volksgezondheid. In 1993 wordt ze benoemd tot adviseur-generaal en in 2005 tot eeadviseur-generaal.

Wat heeft het nodig om geloofwaardig te worden? Eigen instrumenten om zijn praktijken te verantwoorden en de financiële middelen op te eisen waar het recht op heeft.

DE BEHOEFTE BEPALEN EN DE KOERS BIJSTUREN

De oorzaken van de werkoverlast waarover de sector op dat ogenblik klaagt, zijn echter zowel intern als extern. Extern, want de vergrijzing neemt voortdurend toe en tast zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de zorg aan (die specifiek en uitgebreider wordt). In die tijd wordt care de onafscheidelijke metgezel van cure. Het financieringssysteem heeft echter weinig oog voor de diepgaande wijzigingen die aan de gang zijn, en blijft de gespecialiseerde ziekenhuizen bevoornden, ten koste van de ziekenhuizen die vooral verpleegzorg bieden. Maar er zijn ook interne oorzaken, zoals het slechte tijdsbeheer, met stress en demotivatie tot gevolg. "Er zijn nog altijd een aantal hardnekkige, vastgeroeste gewoonten, terwijl het er net op aankomt zo doeltreffend mogelijk te werken." De verpleegsector bekijkt het probleem vanuit een verkeerde invalshoek: hij klaagt over personeelstekort en eist steeds meer werkkrachten. Het zijn echter in de eerste plaats de beschikbare middelen die zo doeltreffend mogelijk moeten worden ingezet, dankzij een correcte taaktoewijzing en -verdeling. "De verpleegkundigen zelf waren zich niet altijd bewust van hun eigen problemen of hadden er een foute kijk op", aldus Anita Simoens.

Dat de sector in die tijd ondergefinancierd wordt, staat als een paal boven water, en op een soort 'wonder van de vermenigvuldiging' hopen, is niet meteen een oplossing... Bewijzen dat er écht een hongerprobleem is, wel, in het beste geval.

De verpleegkundige productie – want daar gaat het over, ook al

wordt ze beschouwd als belangrijkste kostenpost van de onderhoudsdagprijs van een ziekenhuis – moet van a tot z verantwoord kunnen worden. Vanuit die vaststelling groeit het idee om een nieuw instrument te ontwerpen om de verpleegzorg te rechtvaardigen tegenover de Staat: de Minimale Verpleegkundige Gegevens.

// Er zijn nog altijd een aantal hardnekkige, vastgeroeste gewoonten //

EEN VERNIEUWEND SYSTEEM

Wat is het startpunt van de MVG? De identificatie van 23 factoren om in elke zorgeenheid de verpleegkundige behandelingen te registreren. De internationale ziekenhuiswereld wilde trouwens al geruime tijd een dergelijk systeem op poten zetten, waarbij alle verpleegkundige handelingen zwart op wit op papier gezet worden. "Er bestond nog nergens een methode om de verpleegzorg te kunnen naspeuren. De WGO was al vergelijkbare systemen aan het bestuderen, maar die bleken altijd te complex om dag in dag uit te kunnen toepassen. Met de hulp van de economische en sociale faculteiten van de Universiteit van Namen - op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid - en van het Centrum voor Ziekenhuiswetenschap van de KUL, zal België het eerste land zijn dat een praktisch en toepasbaar systeem hanteert."

Het gaat allemaal heel snel, en op 17 augustus 1987 wordt er een Koninklijk Besluit van kracht dat de registratie van de verpleegzorg verplicht maakt in alle niet-psychiatrische ziekenhuizen. Op dat ogenblik bestaan de MKG (Minimale Klinische Gegevens, het equivalent van de MVG voor de medische wereld) nog niet. Het initiatief om via gegevensverzameling alle ziekenhuispraktijken te verantwoorden, komt dan ook regelrecht

uit de Belgische verpleegsector. "We moesten bewijzen dat we een betrouwbare partner zijn!" Vandaar dat elke verpleegkundige handeling voortaan vier keer per jaar geregistreerd wordt, telkens in de eerste helft van maart, juni, september en december. Buiten die vijftien dagen opeenvolgende registratie selecteert de Federale Overheidsdienst (FOD)

Volksgezondheid vijf registratiedagen. Die vormen dan de referentiedatabase. De door de FOD opgemaakte statistieken worden dan teruggestuurd naar het ziekenhuis, en zo nodig heeft er een audit plaats om een ad-hocfinanciering te waarborgen.

"Alle ontwikkelde landen krijgen te maken met hetzelfde probleem: de explosie van de gezondheidszorg en van de behoeften, en vandaar de noodzaak om de toewijzing van de middelen te controleren. België was samen met de Verenigde Staten het eerste land dat startte met registraties om financiële veeleer dan om wetenschappelijke redenen. Het slaagde er ook vrij snel in om dit systeem in alle ziekenhuizen van het land in te voeren."

>>>

MKG:

EEN ONECHTE TWEELING

De MKG (Minimale Klinische Gegevens) vormen een gestandaardiseerde en bondige samenvatting van het medisch dossier van de patiënt, net zoals de MVG een samenvatting zijn van het verpleegdossier. De MKG werden later ingevoerd dan de MVG (in 1990), maar terwijl de MVG een classificatie inhouden op basis van ex nihilo gecreëerde factoren, zijn de MKG gebaseerd op het internationale classificatiesysteem ICD 9 (International Classification of Diseases), dat binnenkort ICD 10 wordt. Vanaf 2007 zal het samen met de RVG een uniek referentie-instrument vormen. Vandaar dat er het systeem eveneens enkele aanpassingen te wachten staan...

>>>

CIJFERS EN LETTERS

Herstructurering van de verpleegafdeling, creatie van functies voor gegevensregistratie en -analyse, herziening van het verpleegdossier: de MVG zijn één van de vele maatregelen om de uitvoeringsvoorwaarden van het beroep te verbeteren en de doeltreffendheid te verhogen. Maar ook al is het doel lovenswaardig – een hoger budget krijgen – en moet het op middellange termijn de dagelijkse werkomstandigheden van alle actoren in de sector verbeteren, de invoering van de MVG zal niet zonder slag of stoot verlopen. De MVG-registratie betekent immers niet alleen een extra werklast, maar staat ook in schril contrast met de rest van de verpleegzorg, waarbij het in de eerste plaats gaat om concrete handelingen en contact met mensen. “De verpleegzorg in cijfers gieten, betekent een gigantische stap!”... en vooral een (goede) gewoonte die ingeburgerd moet raken.

EEN POSITIEVE OMMEKEER

De MVG maken de verpleegzorg immers concreet zichtbaar en hebben op die manier de financiering van de ziekenhuizen die vooral verpleegzorg verstrekken – of het nu gaat om chronisch zieken of om bejaarden – aanzienlijk verbeterd. Het aandeel van de MVG in het budget is trouwens voortdurend toegenomen sinds 1994, het jaar waarin ze voor het eerst verrekend werden in de financiering. Doel: dit soort ziekenhuizen niet benadelen en ze aanmoedigen om hun verpleegzorg te behouden. Die krijgt immers minder waardering dan het klinische werk, al is ze menselijk en medisch ontzettend belangrijk.

Daarnaast hebben de MVG de systematische invoering van het verpleegkundig dossier sterkaangemoedigd. Een heldere samenvatting is immers pas mogelijk als je over volledige en duidelijk gestructureerde documenten

beschikt. De impact ervan op de verpleegpraktijk zelf (waarvan het verpleegkundig dossier de rechtstreekse afspiegeling is) is allerminst te verwaarlozen. De MVG zijn immers niet alleen wettelijk verplicht, maar zijn voor de verpleegsector ook een bijkomende manier om na te denken over de kwalitatieve aspecten van het beroep. “De MVG-registratie heeft tot een beter georganiseerde zorg geleid, om aan te tonen dat dit wel degelijk mogelijk was!”. We kunnen ons alleen maar verheugen over die positieve ommekeer.

AANPASSING VAN DE MVG

Hoewel de MVG-registratie een minirevolutie op zich vormt, vereist de razendsnelle evolutie van de medische wereld nu al een aanpassing van het systeem, ook al is het nog geen twintig jaar oud. Allereerst omdat care voortdurend belangrijker wordt dan cure en de verpleegzorg daardoor een veel bredere en verscheidener patiëntengroep bereikt. Ten tweede omdat de verpleegsector op zijn elan wil doorgaan. Waarom geen flexibeler, doeltreffender en interactiever registratiesysteem ambiëren, nu de logistieke tools steeds krachtiger worden? Zo startte de FOD in de herfst van 2002 met een revisie van de MVG. Die moet tegen begin 2007 een bijgewerkt MVG of een MVG II opleveren.

78 ITEMS ‘OP HUN PAASBEST’

Daarvoor moest er een nieuwe classificatie opgesteld worden op basis van 78 criteria, uitgebreider en preciezer dan de aanvankelijke 23 items. Dat was nodig gezien de talrijke veranderingen die de zorgsector de voorbije twintig jaar heeft ondergaan. “De 23 items waren ook te schraal geworden”. De nieuwe classificatie is zowel gebaseerd op MVG I als op de Amerikaanse NIC (Nursing Interventions Classification). Die verwantschap met de NIC geeft MVG II een internationaler karakter.



Anita Simoens: “De klinische praktijk is een heel stuk technischer geworden, waardoor er minder ruimte is voor interpretatie.”

ter, dat een vergelijking mogelijk maakt met het buitenland, terwijl de band met MVG I een relatieve samenhang waarborgt met het werk van de voorbije twintig jaar. Verhoogt een registratie met 78 items de onzekerheid? Hopelijk vereenvoudigt het toegenomen aantal factoren het systeem in plaats van het ingewikkelder te maken! “De klinische praktijk is een heel stuk technischer geworden, waardoor er minder ruimte is voor interpretatie.” De nieuwe factoren maken het mogelijk om preciezer te werken en sneller te registreren. Dat betekent ook: tijdswinst en meer respect voor patiënten en zorgverleners. Of als kwantiteit ook synoniem is van kwaliteit...

>>>

**TWEDE AKTE:
ALGEMENE REPETITIE**

Zoals elke ingrijpende verandering was de overgang naar MVG II onmogelijk zonder een minimale voorbereiding. In 2006 werd MVG I opgesteld tijdens de eerste helft van maart en juni. De geregistreerde gegevens zijn die van de eerste vijftien dagen van beide maanden en hebben dus in totaal betrekking op 30 dagen (d.w.z. de volledige registratie, zoals die voortaan verplicht is). Er is geen registratie tijdens het tweede semester van 2006, want die periode staat volledig in het teken van opleiding. 2007 zal dan de start inluiden van de nieuwe MVG...

// De verpleegzorg in cijfers gieten, betekent een gigantische stap voorwaarts! //

>>> INTERDISCIPLINARITEIT EN INTERACTIVITEIT

MVG II biedt nog een andere verbetering: de mogelijkheid om interne codeerders op te leiden, om de verpleegkundigen van de zorgeenheden te ontlasten van deze taak. Die kunnen zich dan volledig wijden aan het verpleegdossier, waarvan dan vervolgens de MVG worden afgeleid. En we weten nu dat "een goed gestructureerd verpleegdossier synoniem is van kwaliteitszorg". Op die manier kan iedereen zich volop concentreren op zijn kerntaken. En omdat de plaats van de verpleegkundige ook en vooral naast de arts is, is het de bedoeling dat de MVG iets dichter aanleunen bij de MKG.

Tot nog toe bestonden beide registraties immers naast elkaar. "Gedurende een aantal jaar gebeurden de MVG- en de MKG-registratie los van elkaar, met weinig links. We hopen dat de coördinatie nu zal verbeteren." Voortaan krijgen beide registraties voor elke patiënt een gemeenschappelijk nummer en worden ze gelijktijdig verstuurd naar de FOD; ze vormen dan samen een uniek instrument. Het zorgprogramma – dat zowel cure als care omvat – moet voortaan immers 'in duo' beheerd worden (arts en verpleegkundige). En hoe kan dat beter dan door elk van beide een eigen werkinstrument aan te reiken dat tegelijk communicatie met de ander mogelijk maakt?

De nieuwe procedure bepaalt ook dat de 60 halfjaarlijks geregistreerde dagen in hun totaliteit verstuurd worden, om een echt representatieve steekproef te vormen. De gegevens worden verzonden via het informatieportaal PortaHealth, om een hogere veiligheid en interactiviteit te waarborgen. "Vroeger dreigden er altijd gegevens verloren te gaan bij de verstoring, en dat is voortaan niet meer mogelijk. Bovendien staan het ziekenhuis en de FOD rechtstreeks met elkaar in verbinding. Elk ziekenhuis heeft ook de mogelijkheid om zijn eigen evolutie te bestuderen en te vergelijken met die van de andere ziekenhuizen."

EEN EVOLUTIEF INSTRUMENT EN EEN VERANDEREND BEROEP

MVG II brengt heel wat veranderingen mee en wil trouwens zelf een evolutief instrument zijn dat over de nodige middelen beschikt om zich aan te passen. Het luidt dan ook een echte metamorfose in van het huidige en toekomstige verpleeglandschap. "Om de medische en sociologische veranderingen echt te kunnen bijbenen, moeten de verpleegkundigen een opleiding krijgen om meer betrokken te worden bij het beheer. Het zorgbeleid is gebaseerd op een grondige en specifieke filosofische kijk op de mens. Gezondheid heeft geen prijs, maar dat betekent niet dat er geen prijskaartje aan hangt! Een goed beheer is noodzakelijk om kwaliteitszorg te kunnen bieden, en precies dat beheer krijgt momenteel geleidelijk vorm in een domein dat er spontaan afkerig van stond! In geen enkele geneeskundefaculteit werd gezondheidseconomie gedoceerd. Vandaag zijn er masters in informatica, statistiek en management. De universiteiten zullen een generatie vormen die meer bereid is om zichzelf voortdurend kritisch te bevragen. Terwijl het beroep 25 jaar geleden nog heel traditioneel en bijzonder hiërarchisch gestructureerd was!"

DE TIJDEN ZIJN VERANDERD...

De MVG hebben hun laatste woord dus nog niet gezegd en hebben meer dan ooit hun plaats in de huidige samenleving. "De vergrijzing neemt nog voortdurend toe, terwijl de geneeskunde er blijft op vooruitgaan (bijvoorbeeld in de oncologie of bij de behandeling van polypathologieën). De patiënt krijgt steeds aangepaster zorg, en de evolutie is nog veel ingrijpender dan in 87 was gedacht! We zaten toen in een sterk gemedicaliseerde tijd, terwijl de burger vandaag – terecht – niet alleen enorm veel belang hecht aan zijn gezondheid en aan de zorgkwaliteit, maar ook aan zijn levenskwaliteit! Dit care-aspect is aanzienlijk toegenomen en zal nog verder toenemen."



Anita Simoens: "Gedurende een aantal jaar gebeurden de MVG- en de MKG-registratie los van elkaar, met weinig links".

Met andere woorden: de rol van de verpleegzorg zal blijven stijgen.

Uiteraard is MVG II net als MVG I een langetermijninvestering die op haar beurt top flink wat weerstand zal botsen. "Het is een complexe conceptuele en technische aanpak die niet altijd even makkelijk aanvaardbaar is voor de mensen op het terrein. Toch is MVG II veel geloofwaardiger dan het primitieve informatica- en organisatie-systeem uit 87!" Een goede reden om "zich in te zetten, zowel voor zichzelf – als gezondheidsprofessional – als voor de overheid en voor de patiënt", zo klinkt het overtuigd bij mevrouw Simoens. Zodat de verpleegzorg haar beheer in eigen handen leert nemen – zowel het dagelijkse als het langetermijnbeheer – en daarbij meer dan ooit samenwerkt met de andere zorgpartners. Want het doel van de gezondheidszorg is: de mensen weer gezond maken, terwijl het beheer erop gericht is, ze gezond te houden... ○