

NATIONALE RAAD VOOR VERPLEEGKUNDE	
N.R.V./2002/ADVIES- 4	
Plenumvergadering : 01/10/2002.	

Définatief advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde (plenumvergadering van 01/10/2002) betreffende het ontwerp van koninklijk besluit inzake de kwalitatieve evaluatie van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen.

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

De kwaliteit kan slechts via een **coherent geheel** geëvalueerd, ontwikkeld en verbeterd worden.

Dit coherent geheel impliceert vooreerst dat het beleid op federaal, gemeenschaps- en gewestelijk vlak wordt gecoördineerd en geharmoniseerd. Er moet een protocolakkoord gesloten worden tussen de federale overheid en de Gewesten en/of de Gemeenschappen¹. De externe evaluatie verschilt van de externe controle door de Gewesten en Gemeenschappen. Er moet dus rekening worden gehouden met de reeds op alle bevoegdheidsvlakken geldende wetsbepalingen (bv. het decreet van de Vlaamse Gemeenschap inzake het integrale kwaliteitsbeheer in de zorginstellingen en het KB van 24 juni 1999 houdende vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen) en met de controle van de door de bevoegde overheden georganiseerde erkenningsnormen.

In een toekomstgerichte visie moet eenzelfde coherentie worden gezocht door rekening te houden met richtlijnen en aanbevelingen van de **Europese Gemeenschap** en met **internationale** guidelines.

Vervolgens vereist de coherentie een **interdisciplinaire** aanpak van de kwaliteit. Er is immers geen enkel domein waar kwaliteit op een monodisciplinaire manier kan worden aangepakt. Er moet worden onderstreept dat het zinloos is om de activiteit van één enkele beroepsbeoefenaar (verpleegkundige) te evalueren aangezien men heel goed weet dat hij steeds werkt voor de patiënt binnen een multidisciplinair team en dat het geen twijfel lijdt dat het “in fine” bereikte kwaliteitsniveau van de patiëntenzorg afhankelijk is van het kwaliteitsniveau van de verstrekkingen van verschillende beroepsbeoefenaars die zich direct of indirect voor de patiënt inzetten. De organisatie van de gezondheidsstructuren en de samenwerking tussen de verschillende actoren (al dan niet professionele gezondheidswerkers) van die structuren moeten de hefboom zijn voor de ontwikkeling van elk kwaliteitsproces. Die interdisciplinariteit veronderstelt een transversale en brede kwaliteitsaanpak en dit zowel op micro- als macroscopisch vlak. Die aanpak is

¹ NRV/2002/Advies 4-PL 011002

noodzakelijk om alle actoren erbij te betrekken en specifieke acties op te zetten die op strategische, coherente, prioritaire en aangepaste kwaliteitsdoeleinden gericht zijn. De **microscopische** aanpak die binnen een zorgstructuur zelf ontwikkeld wordt, zal pas coherent en operationeel zijn als hij gepaard gaat met een **macroscopische** aanpak die open staat voor de omgeving en de zorgnetwerken. De continue kwaliteitsbevordering moet dus ten dienste van de beroepsbeoefenaars staan en is erop gericht de verwachtingen, behoeften en verlangens van de cliënten in te lossen.

Die coherentie moet kaderen in de **perspectieven** inzake de ontwikkeling van het gezondheidszorglandschap, en dit zowel in België als in Europa. We vermelden bij wijze van voorbeeld het nieuwe ziekenhuisconcept en de zorgnetwerken en –circuits.

Voor **alle zorgsectoren** moet een coherent beleid toegankelijk zijn: ziekenhuis, rusthuis (rust- en verzorgingstehuis), thuiszorg,... Die integrale kwaliteitsaanpak beoogt dan ook het hele zorgtraject van de patiënt. De uitbreiding naar andere sectoren is mogelijk via het koninklijk besluit nr. 78 inzake de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Artikel 35terdecies van het koninklijk besluit nr. 78 inzake de uitoefening van gezondheidsberoepen regelt de oprichting en de taken van de Hoge Gezondheidsraad bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Die Raad heeft o.a. als opdracht aanbevelingen inzake een goede praktijk te formuleren. Hoe is het met de relatie tussen het “externe college” en de Hoge Raad voor de gezondheidsberoepen?

We stellen een ontwikkeling op **korte, middellange en lange termijn** voor.

A. KORTE TERMIJN

In de eerste plaats is het de bedoeling om op **korte termijn richtlijnen en aanbevelingen** uit te werken in de vorm van criteria, indicatoren en guidelines. Die richtlijnen en aanbevelingen moeten voldoende soepel zijn en niet restrictief zodat de autonomie inzake kwaliteitsbeheer op microniveau gegarandeerd is. Om de coherentie met de werkers op het terrein te waarborgen moeten er in overleg en in samenwerking met die actoren richtlijnen en aanbevelingen uitgewerkt worden. Definiëren wat men verstaat onder kwaliteits- of activiteitsniveau is essentieel en noopt tot het uitwerken van kwaliteitscriteria om oordeelkundig een doelstelling te kwantificeren (een bepaald zorgkwaliteitsniveau halen). Het komt er dus op aan aanbevelingen en richtlijnen die op Evidence Based Practice gebaseerd zijn te definiëren alsook specifieke en genormaliseerde criteria en indicatoren die in een gecoördineerd **registratiebeleid** kunnen worden geïntegreerd. *Dat gecoördineerd registratiebeleid moet het mogelijk maken een geïntegreerde analyse uit te voeren van de resultaten afkomstig van alle huidige en toekomstige geregistreerde statistische gegevens, en dat in alle gezondheidszorgsectoren (MVG, MKG, ziekenhuisinfecties, doorligwonden, fouten en accidenten, verblijfsduur, heropnamen en complicaties,).*

Die doelstelling kan worden verwezenlijkt op basis van een voorafgaande **wetenschappelijke studie** die steunt op een literatuuroverzicht op het vlak van kwaliteit en op een analyse van de kwaliteitsprocessen in het buitenland en rekening houdt met de adviezen van interdisciplinaire deskundigen die alle zorgnetwerken en de ondernemerssector bestrijken. Het is om die reden dat een wetsontwerp inzake kwaliteit niet overhaast mag worden afgehandeld, *temeer daar het van wezenlijk belang is de betrokken zorgstructuren, met name die actoren op het terrein, de mogelijkheid te bieden zich het kwaliteitsproces eigen te maken.*

B. MIDDELLANGE TERMIJN

Hoofdstuk II. Interne evaluatie van de kwaliteit

Op basis van de gevalideerde wetenschappelijke aanbevelingen zou op **middellange termijn** de ontwikkeling van interdisciplinaire transversale **interne structuren** worden beoogd. **Interdisciplinaire overlegorganen** (interne colleges) zouden bv. kunnen zorgen voor de aanneming, de evaluatie en de implementatie van die aanbevelingen in de organisaties. *Behalve de gezondheidswerkers moet die interdisciplinariteit de betrokkenheid van alle actoren van de gezondheidssector in de hand werken (logistiek, onderhoud, beheer van het materieel, administratie, directies, externe experts en genodigden, ...), en dit met het oog op de ontwikkeling van een alomvattend en geïntegreerd kwaliteitsbeleid.* Het Comité voor Ziekenhuishygiëne, dat zijn efficiëntie bewezen heeft, zou een referentievoorbeld voor dit soort van orgaan kunnen zijn.

Die interdisciplinaire Colleges moeten voldoende **autonoom** zijn, zodat ze de prioriteiten op het vlak van te ontwikkelen transversale (en niet langer gericht op de zorg) thema's kunnen vastleggen.

Hoofdstuk III. Externe evaluatie van de kwaliteit

Net zoals bij de interne Colleges, zou de invoering van **externe interdisciplinaire begeleidingscomités** (externe Colleges) *onder meer* de uitvoering mogelijk moeten maken van de taken bepaald in onderafdeling 3, hoofdstuk 3 van het ontwerp van Koninklijk Besluit inzake de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige kwaliteit in de ziekenhuizen (*die zou worden uitgebreid tot alle gezondheidssectoren*). Zoals hierboven vermeld, zouden die taken op het interdisciplinaire domein en niet enkel op het verpleegkundige gericht moeten zijn. De door die externe Colleges uitgevoerde bezoeken zouden tot doel hebben de betrokkenen te begeleiden, te superviseren en te begeleiden inzake de transversale thema's die de interne interdisciplinaire Colleges als prioriteit hebben gekozen. *Het gaat dus uitsluitend om een rol van hulp en begeleiding en niet om een controlerende en sanctionerende rol.* Bovendien zouden zij ook een rol kunnen spelen op het vlak van informatie en vorming. De bezoeken zijn de gelegenheid om de ziekenhuizen en de gezondheidszorginstellingen te ondersteunen.

C. LANGE TERMIJN

Rekening houdend met de *ervaring op nationaal en internationaal vlak (Peer review, Frankrijk, Québec, USA, ...)* zou ten slotte op **lange termijn** een **accrediteringssysteem** kunnen worden ingevoerd.

Dit accrediteringssysteem moet betrekking hebben op het definiëren van de criteria die specifiek door de betrokken gezondheidsstructuur nageleefd moeten worden. Via een positieve en niet-restrictieve aanpak moet het systeem die structuur tevens in de mogelijkheid stellen om de in overleg bepaalde doelstellingen te halen.

FINANCIERING

Die dynamiek kan globaal gezien enkel in gang worden gebracht indien er een **financiering is op basis van de reële kosten** zowel voor de interne als voor de externe interdisciplinaire Colleges. We kunnen het advies betreffende de kwalitatieve toetsing van de verpleegkundige activiteit in de ziekenhuizen dat op 13 december 2001 door de NRVZ werd uitgebracht en dat bijzonder duidelijk is over de vereiste financiering alleen maar ondersteunen.

Benevens een functioneel basisfinancieringssysteem zou een aanvullend financieringssysteem kunnen worden gebaseerd op de door de instellingen en *de zorgstructuren* behaalde **resultaten** (financiële stimulans voor meer kwaliteit) die door het externe begeleidingscomité zijn gevalideerd, en niet op het loutere bestaan van een structuur voor interne kwaliteit. Hieromtrent raden we, conform de aanbevelingen van het extern comité, een systematische registratie aan, die gekoppeld is aan de reeds toegepaste statistische registraties. Dit veronderstelt een federale coördinatie van de kwaliteitsprogramma's en van de externe begeleiding.