



Eindrapport

Workload Indicator for Nursing

9 november 2007

L. Schouppe

T. Defloor

M. Gobert

D. Van Goubergen



Dit onderzoeksrapport kwam tot stand in opdracht van de Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid ten behoeve van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Leefmilieu en Veiligheid van de voedselketen in het kader van het programma '**Actie ter ondersteuning van de strategische prioriteiten van de Federale Overheid**'.

Dit programma werd in het leven geroepen om snel en efficiënt te kunnen inspelen op de behoeften van de federale overheidsdepartementen inzake gerichte onderzoeksacties van bepaalde duur (6 maanden tot 1 jaar) en/of verkennend onderzoek met betrekking tot strategische gebieden. Het betreft een "horizontale" actie: ze staat open voor de financiering van onderzoeksprojecten binnen de verschillende beleidsthema's die in het kader van de regeringsbeslissingen naar voren worden geschoven.

“Het WiN-team bevestigt hierbij dat onderhavige publicatie mag worden geraapleegd en vrij mag worden gefotokopieerd. Bij het citeren moeten de titel, de opdrachtgever en de auteurs van de publicatie vermeld worden.”

Woord vooraf

Dit rapport beschrijft het WiN-project. Het bevat eveneens alle relevante bijlagen. Hoewel alle opdrachten in nauw teamverband werden gerealiseerd, wordt gerapporteerd in afwisselend Nederlands – Frans, om praktische en budgettaire redenen.

Het integrale rapport wordt in een beperkt aantal exemplaren als hard copy gecommuniceerd, o.a. aan de opdrachtgevers en sleutelfiguren. Het rapport wordt tevens openbaar gemaakt via: <http://www.ebnursing.ugent.be/win/>

De samenvatting is een ruime synthese in zowel het Frans als het Nederlands. De essentiële punten uit de hoofdstukken 'discussie' en 'conclusies /aanbevelingen' zijn er in verwerkt. De tabel met de normtijden WiN (Fr. / Ned.) is een noodzakelijke aanvulling daarop. De samenvatting wordt gepubliceerd door de FOD Wetenschapsbeleid via webpagina: <http://www.belspo.be>.

Het onderzoeksteam dankt de overheidsdiensten, het follow-up comité, de participerende ziekenhuizen, de Belgische beroepsverenigingen en de talloze verpleegkundigen die als expert of resonant actief hebben bijgedragen tot de studie. Solus[®] wordt bedankt voor ondersteuning bij de ontwikkeling van de editor. De directie van het UZ Gent wordt speciaal vermeld voor de zware ondersteuning van het project, in woord en daad.

In het rapport wordt verwezen naar de handleiding versie 1.3, als meest recente op het ogenblik van onderzoek, terwijl er al een versie 1.4 bestaat. Dit doet nauwelijks afbreuk aan de analyses, bevindingen en conclusies.

Het rapport wordt opgedragen aan Kobe, zoontje van Hannelore en Dries Myny, stuwend lid van de wetenschappelijke equipe. Kobe werd geboren op 25 maart 2006 en overleed onverwachts op 18 juni 2007, tijdens de rapportage van het WiN-project.

Inleiding

Van 1988 tot 2006 werden de verpleegkundige activiteiten in alle Belgische acute ziekenhuizen steekproefsgewijs geregistreerd en ter beschikking gesteld van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Leefmilieu en Veiligheid van de voedselketen (FOD Volksgezondheid). Deze verplichte driemaandelijke registratie gebeurde op basis van de MVG (minimale verpleegkundige gegevens). Een NMDS (nursing minimum dataset), bestaande uit 23 zorgitems, werd daartoe ontwikkeld. Deze set werd voldoende relevant geacht om een goed beeld te geven van de verpleegkundige verzorging per gehospitaliseerde patiënt en om verpleegafdelingen met elkaar te vergelijken.

De gegevens, in dit kader geregistreerd, werden geïntegreerd in het systeem van de Belgische ziekenhuisfinanciering. Talrijke ziekenhuizen gebruikten deze gegevens eveneens in hun verpleegkundig beleid, meer bepaald voor de (her)verdeling van het verpleegkundig en verzorgend personeel binnen het departement.

Een geactualiseerde versie van dit instrument, MVG 2 of VG-MZG (verpleegkundige gegevens / minimale ziekenhuisgegevens), werd recent ontwikkeld. Deze versie is het resultaat van een onderzoeksopdracht, uitgevoerd door twee universitaire equipes (KUL / CHU Liège), in samenwerking met de Belgische verpleegkundige wereld. De studie gebeurde op verzoek van de federale overheidsdiensten. Meerdere werkgroepen, samengesteld uit actieve verpleegkundigen van verschillende zorgprogramma's, werden er intensief bij betrokken. Die aanpak heeft ertoe geleid de verpleegkundige kennis en praktijkervaring te integreren in het geactualiseerde instrument en de belangrijkste toepassingen af te bakenen waaraan het nieuw ontwikkelde instrument

dient te voldoen. Personeelsverdeling, financiering van de verpleegkundige ziekenhuiszorg, ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren en indicatoren van verantwoorde hospitalisatie (AEP¹), werden in die volgorde aangeduid als voornaamste domeinen waarvoor men de VG-MZG wenst te gebruiken.

De eerste registratie is geprogrammeerd in maart 2008. De VG-MZG bestaat op het ogenblik van de studie uit 78 items². In welke mate deze 78 items de totale verpleegkundige activiteit vertegenwoordigen werd nog niet onderzocht.

Om een antwoord te geven op de onderscheiden vragen naar toepassing, hebben verschillende federale overheidsinstellingen studieopdrachten uitgeschreven. Voor wat betreft het aspect personeelsverdeling heeft de federale overheidsdienst wetenschapsbeleid, in het kader van zijn programma ter ondersteuning van de strategische prioriteiten van de federale overheid, de aanzet gegeven tot het oprichten van een onderzoeksconsortium, een tijdelijke samenwerking tussen het Universitair Ziekenhuis Gent, de Universiteit Gent en de Université Catholique de Louvain. Het onderzoeksproject, luisterend naar het letterwoord WiN (Workload indicator for Nursing), heeft tot doel een module te ontwikkelen die toelaat het verpleegkundig en verzorgend personeel binnen het ziekenhuis te (her)verdelen op basis van VG-MZG.

¹ De 'AEP' (Appropriateness Evaluation Protocol) is een instrument dat de relevantie nagaat van een ziekenhuisopname of van een ligdag op basis van expliciete, voorgedefinieerde criteria, die betrekking hebben op de zorgverlening maar onafhankelijk staan ten opzichte van de behandelde pathologie (*Winterhalte, 1991*).

² Deze items verwijzen naar een welbepaalde zorg, naar een geheel van zorgen of naar de globale zorgstatus van een patiënt.

Om dit hoofddoel te realiseren worden een aantal concrete subdoelstellingen geformuleerd:

1. Bepalen van het aandeel in de tijdsbesteding aan verpleegkundige activiteiten dat verklaard wordt door de items VG-MZG (procentueel aandeel ten opzichte van alle activiteiten);
2. vaststellen van normtijden per item VG-MZG;
3. construeren van een aangepast instrumentarium dat de beleidsverantwoordelijken van het departement verpleging toelaat het verplegend en verzorgend personeel objectief te (her)verdelen, meer bepaald op basis van de VG-MZG.

Dit onderzoek is enkel van toepassing op de verpleegafdelingen van chirurgie, interne geneeskunde en geriatrie. Verpleegeenheden met kenletters C - D en G vertegenwoordigen ruim 70% van alle acute Belgische ziekenhuisbedden. Om die reden en om belangrijke veralgemeningen te voorkomen wordt het observatie-, participatie- en toepassingsgebied afgebakend tot deze drie kenletters. Dertien items, relevant voor de verpleegkundige praktijkvoering in verpleegafdelingen, afwijkend van C - D en G (bijvoorbeeld pediatrie, materniteit en intensieve zorgen) worden, eveneens om dezelfde redenen, niet in deze studie onderzocht.

1. Onderzoekopzet en -verloop

Het ontwikkelen van een instrument, de validatie en de aanvaarding ervan door de verpleegkundige beroepsgroep noodzaken participatie van zowel verpleegkundigen als van ziekenhuizen. Gezien de specifieke subdoelen is het wenselijk een benadering op te zetten die de maximale expertise van ervaren verpleegkundigen garandeert, enerzijds voor de inschatting van normtijden op basis van objectieve observaties van verpleegkundige hande-

lingen in de verpleegeenheden; anderzijds voor het integreren van de zorgdeskundigheid van de professionele verpleegkundigen en van hun expertise voor wat de drie kenletters betreft (C – D – G). Hiertoe worden een expertengroep en een resonantengroep opgericht. Deze twee overleggroepen hebben elk een eigen rol die aansluit op de specifieke noden die het studieproject op de verschillende momenten kenmerkt.

Reeds in de eerste fase van het onderzoek nodigt de onderzoeksequipe alle Belgische ziekenhuizen uit om mee te werken. Deze samenwerking zal zich situeren op twee niveaus: enerzijds door het afvaardigen van een verpleegkundige VG-MZG-coördinator, die het ziekenhuis kan vertegenwoordigen in de expertengroep; anderzijds door het ‘openstellen’ van een aantal verpleegeenheden voor het uitvoeren van de observaties van de verpleegkundige activiteiten. Talrijke ziekenhuizen stellen zich kandidaat en er kan uiteindelijk een expertengroep gevormd worden, bestaande uit 57 experts (34 Nederlandstaligen en 23 Franstaligen). De rol van deze groep zal bestaan uit het geven van expertise bij de redactie van de ‘samplinglijst WiN’ (specifieker uitgeschreven handleiding van de verpleegkundige items in functie van de tijdsmetingen) en uit het valideren van de finale normtijden, twee opdrachten die verder meer uitgebreid beschreven worden.

Daarnaast kunnen eveneens alle Belgische verpleegkundigen die dit wensen participeren aan het WiN-project door hun persoonlijke interesse kenbaar te maken voor de resonantiegroep. De recrutering gebeurt grotendeels via de beroepsverenigingen. 131 verpleegkundigen schrijven zich in. Zij zullen vooral een adviserende rol krijgen en geconsulteerd worden in de loop van het project met het oog op de validatie van de ‘samplinglijst WiN’ en eveneens bij de subjectieve inschatting en validatie van de tijden.

Als uitgelezen communicatievorm met de onderscheiden projectparticipanten en geïnteresseerden wordt resoluut gekozen voor een WiN-website en mailcommunicatie (www.ebnursing.ugent.be/win).

Dit onderzoeksdesign voorziet twee belangrijke fases: het bepalen van de 'covering' of bedekkingsgraad van alle verpleegkundige activiteiten door de nieuwe set VG-MZG en de ontwikkeling van een informaticamodule voor de (her)verdeling van personeel.

1. Het bepalen van de 'covering' van alle verpleegkundige activiteiten door de nieuwe set VG-MZG en het vastleggen van normtijden per item

Om de analyses maximaal te kunnen uitvoeren op objectieve meetgegevens, is er nood aan normtijden. Deze tijden worden ontwikkeld door middel van meerdere technieken.

Er wordt gekozen voor de techniek van zelfregistratie en van subjectieve inschatting wanneer het item bestaat uit sterk gefractioneerde deelactiviteiten, of wanneer het item zelden voorkomt, of wanneer het omwille van het samenvallen ervan met andere hoofdactiviteiten moeilijk begrensd kan worden. De belangrijkste methode om verpleegkundige activiteiten binnen verschillende verpleegeenheden te meten of te ijken is echter de techniek van 'worksampling' door middel van multimomentopnamen. Rekening houdend met de grote variabiliteit in werkinhoud en tijdsbesteding behoort deze techniek tot de meest aangewezen methodes om de inhoud en tijdsduur van verpleegkundige activiteiten snel en efficiënt te meten.^[1-5] Deze methode, toegepast in de verpleegkunde, laat toe een goed zicht te krijgen op het activiteitenpatroon van elk lid van de geobserveerde equipe. De uitvoering gebeurt op willekeurige tijdstippen, bijvoorbeeld met behulp van een handterminal die toelaat, met een minimum aan administratie zeer frequent acten te registreren. Vooraleer er kan geobserveerd worden dient aan een aantal voorwaarden voldaan te zijn:

- Ontwikkelen van een samplinglijst. Het komt erop neer dat de definities, zoals beschreven in de codeerhandleiding VG-MZG

versie 1.3, gepubliceerd in september 2006, maximaal operationeel gemaakt moeten worden met als belangrijkste doelstelling te kunnen observeren wat verpleegkundigen uitvoeren in hun verpleegafdelingen. Dit werk - dat bestaat uit het uitsplitsen van items VG-MZG tot meer gedetailleerde zorgacten, en in een tweede tijd uit het hergroeperen van deze zorgacten tot een aantal grote, herkenbare categorieën (bijvoorbeeld voorbereiding, uitvoering en nazorg) - wordt uitgevoerd door de onderzoeksequipe, met concrete invulling ervan door de expertengroep. De fragmentatie in puur technische acten wordt daarenboven “verrijkt” met een aantal kwalitatieve aandachtspunten. Maatregelen i.v.m. handhygiëne, communicatie inherent aan de verzorging, comfortinstallatie en de bescherming van de privacy van de patiënt worden op deze wijze eveneens verwerkt in de definities. Het is van belang dat de activiteiten, zoals beschreven in de samplinglijst mutueel exclusief zijn.

Er wordt gekozen voor de Delphimethode als techniek voor het bereiken van een consensus tussen de experts. De experts kunnen zich uitspreken over de aanvaardbaarheid van de aangeboden definities en tevens kunnen ze verbeter suggesties of opmerkingen toevoegen. Alle bruikbare reacties worden geïntegreerd in een tweede versie van het document, dat opnieuw ter goedkeuring wordt voorgelegd. In twee rondes, telkens aangeboden via de website van het WiN-project, wordt op deze wijze een consensusniveau bereikt van meer dan 75%, wat als minimale drempel eerder werd vooropgesteld voor de Delhiprocedure.^[6] De responsgraad van de experts bedraagt 81% voor de eerste, en 77% voor de tweede ronde. De definitieve samplinglijst WiN wordt op deze basis opgesteld en kan als referentie fungeren voor de externe observatoren die bij de mul-

timomentopnamen zullen ingezet worden. In een laatste fase wordt de samplinglijst WiN nog voorgelegd aan de resonantie-groep en door hen goedgekeurd.

- Selectie van ziekenhuizen in functie van criteria zoals taal, grootte, statuut, beddenindex en praktische organiseerbaarheid van observaties: 10 ziekenhuizen worden geselecteerd uit een groep van 29 kandidaten. De metingen worden uitgevoerd in telkens 4 verpleegafdelingen (van het type interne geneeskunde, chirurgie en geriatrie) van de geselecteerde ziekenhuizen.
- Vorming van de observatoren en interbeoordelaarstest met de bedoeling de betrouwbaarheid van de metingen tussen de verschillende observatoren te garanderen: De graad van overeenstemming tussen de metingen van de verschillende observatoren bedraagt 84%. Er is geen relatie tussen de externe observatoren en de ziekenhuizen of verpleegafdelingen waar metingen doorgaan, wat een garantie betekent voor de onafhankelijkheid waarmee de observaties kunnen gebeuren.

De metingen worden uitgevoerd gedurende de maanden november en december 2006. De observatoren hebben de verpleegkundige activiteiten gemeten gedurende 4 observatiedagen, langs een traject van telkens 4 geselecteerde verpleegeenheden per ziekenhuis, en dit gedurende 4 werkshiften (twee vroegdiensten en twee laatdiensten). Deze eerste metingen werden aangevuld met informatie over acht specifieke items uit de set VG-MZG, voor elke patiënt, aanwezig tijdens de observatieperiode. Ze worden gegenereerd door middel van een vragenlijst, ingevuld door de medewerkers van de geobserveerde verpleegeenheden.

Bepaalde zorgen, die uitgevoerd worden in combinatie met andere zorgen, of acten met een korte uitvoeringstijd dreigen onderschat te worden, wegens de aard van de zorg zelf of wegens de gebruikte observatietechniek. Om dit te ondervangen, wordt - voor bepaalde items - een beroep gedaan op een andere, complementaire methode: zelfregistratie van de tijden besteed aan de uitvoering van een item. Zes ziekenhuizen werken mee aan de tijdsbepaling op basis van deze methode.

Het resultaat van deze verschillende objectieve metingen (verzameld door middel van drie verschillende, maar tevens aanvullende methodes) dient, na grondig onderzoek en analyse, voor de volgende fase van het studieproject.

Aansturend op een uitgebreide deelname aan deze fase, hebben wij een beroep gedaan op een groot aantal geïnteresseerde, praktiserende verpleegkundigen, via de beroepsverenigingen, via de ziekenhuisdirecties en via twee universiteiten (UCL en UGent) met werkstudenten om mee te werken aan de subjectieve tijdsinschatting voor wat de items VG-MZG betreft.

Verschiede scoreformulieren worden ontwikkeld en aangeboden als elektronische editor via de WiN-website. Alle deelnemers kunnen op deze wijze reageren op de richttijden van een reeks items (ongeveer 2/3 van het totaal), zoals vastgelegd tijdens de eerste fase van het project. In geval van meningsverschil met de voorgestelde, gestandaardiseerde gemiddelde, minimale, en maximale tijden, worden de verpleegkundigen uitgenodigd hun eigen inschatting per item te geven, rekening houdend met de begrenzing, opgelegd door de definities en de keuzemogelijkheden. Voor de tweede serie (1/3 van het totaal aantal items), laten de gebruikte meetmethodes (worksampling en zelfregistraties) niet toe - gezien de beperkte looptijd van het project -

richttijden aan te bieden. De respondenten worden hier uitgenodigd zelf gemiddelde tijden te geven, noodzakelijk voor het uitvoeren van de zorgen, eigen aan elk item. De tijden, op deze wijze bekomen, zijn specifiek per kenletter.

Om de aldus ontstane normtijden te bekrachtigen, moeten de experten zich uitspreken over alle nieuw bekomen normtijden, per item en per kenletter, hun aangeboden als één geheel, maar samengesteld via verschillende methodes.

2. Ontwikkeling van een informaticamodule voor de (her)verdeling van het verpleegkundig en verzorgend personeel op basis van de VG-MZG.

De ontwikkelde simulator geeft een indicatie voor de herverdeling van het verpleegkundig personeel gebaseerd op VG-MZG. De simulator die met Access[®] (Microsoft, USA) werd ontwikkeld, biedt tevens de mogelijkheid om de normtijden, bekomen uit dit onderzoek op een snelle en automatische manier te gebruiken om een aantal indicatoren te evalueren en trends uit te zetten. Het procentuele aandeel waarop berekeningen kunnen gebeuren en uitspraken kunnen slaan komt overeen met het deel verpleegkundige activiteiten dat door de VG-MZG wordt “gedekt” en dit ten opzichte van de totale verpleegkundige tijdsbesteding (gemiddelde dekking is 47,3%).

Verder laat de onderzoeksequipe, aan de instellingen die het wensen, de mogelijkheid om bepaalde aspecten van de simulator te wijzigen om maximaal rekening te kunnen houden met aspecten van de eigen verpleegkundige praktijk. Andere indicatoren en complementaire rapporten zullen eveneens beschikbaar zijn (bijv.: een indicator van de werkdruk per uur en per verpleegkundige, de verdeling van de directe en de indirecte zorgen, enz.).

2. Resultaten

2.1 Tijden bekomen met de techniek van multimomentopnamen

In een eerste deel worden de resultaten voorgesteld, bekomen door middel van observaties uitgevoerd door een externe waarnemer op de verpleegeenheden, meer bepaald met de techniek van de multi-momentopnamen. Het totale aantal observaties, bedraagt 13.292 en is gerelateerd aan 7.700 geobserveerde verpleeguren en 4.200 patiëntendagen. De onmiddellijke resultaten van deze observaties tonen een aandeel aan directe³ en indirecte patiëntenzorg⁴ van respectievelijk 32.2% en 36.7%. Een inschatting wordt gemaakt van het percentage verpleegkundige activiteiten dat door de VG-MZG wordt 'gedekt' en dit ten opzichte van de totale verpleegkundige tijdsbesteding. Deze gemiddelde 'covering' bedraagt 47,3%. Naast directe en indirecte patiëntenzorg wordt voornamelijk tijd besteed aan afdelingsgebonden activiteiten (40,6%). Ook communicatie⁵ (16,5%), patiëntenzorg buiten VG-MZG (15%) en administratie⁶ (2,6%) betekenen een belangrijk aandeel van de totale tijdsbesteding.

Met deze techniek van de multimomentopnamen kunnen gemiddelde normtijden worden bepaald voor een deel van de items, indien tevens een teleenheid bepaald wordt om de frequentie van voorkomen per item te registreren. Aangezien het daadwerkelijk registreren tijdens de waarnemingsperiode een bijkomende administratieve last zou veroorzaken voor de verpleegkundigen onder observatie, wordt als oplossing geopteerd om deze gegevens te

³ Deel van de zorgen, uitgevoerd in de aanwezigheid van de patiënt

⁴ Deel van de zorgen, uitgevoerd in afwezigheid van de patiënt

⁵ Communicatie: iedere mondelinge uitwisseling van informatie tussen betrokkenen, die bijdroeg tot de zorg van de patiënt

⁶ Administratie: alle activiteiten betreffende het schrijven en lezen van de dossiers, onafhankelijk van de zorg

extrapoleren op basis van de verzameling items 'per patiënt per dag' tijdens de testfase van de actualisatie MVG. In de analyses worden eveneens de frequenties van voorkomen gebruikt en geëxtrapoleerd voor alle items tot 'per patiënt en per dag', op basis van de verzameling hiervan tijdens de testfase van de actualisatie MVG⁷ (cfr. databank FOD).

2.2 Tijden bekomen met de techniek van zelfregistratie

Met de techniek van zelfregistratie worden normtijden bepaald voor 14 items, die gebaseerd zijn op 3.000 registraties waarbij de totale tijdsduur van de uitgevoerde zorg telkens wordt genoteerd door de zorgverlener. Hiervoor worden meetfiches per item ontworpen met een nauwkeurige omschrijving van het item.

2.3 Tijden bekomen met de techniek van de subjectieve inschatting door verpleegkundigen op het terrein

In een tweede deel worden de normtijden berekend op basis van de gegevens, verzameld door middel van een validatie van de reeds bekomen resultaten en een inschatting van de gemiddelde tijd per activiteit, bij 226 verpleegkundigen. Door de hoge responsgraad (n=605) en na verwijdering van de outliers kan een gemiddelde tijd per item en per kenletter worden berekend. Let wel: er wordt enkel een gemiddelde tijd berekend voor die items waarvoor minstens 25 verschillende personen een antwoord hebben geformuleerd.

De scoringsmodaliteiten van de items in de VG-MZG, zoals beschreven in de codeerhandleiding, betreffen variabelen van nominale, ordinale of numerieke aard. Indien bij nominale of ordinale variabelen, de aanwezigheid of het niveau van de uitgevoerde zorg wordt geregistreerd, heeft de gemiddelde tijd

⁷ De definities van de items uit de twee codeerhandleidingen werden vergeleken (de codeerhandleiding uit de testfase en de codeerhandleiding versie 1.3) teneinde items met fundamentele verschillen uit te sluiten

voor deze zorg betrekking op de hele dag. Bij de numerieke variabelen, stemt de gemiddelde tijd overeen met de tijd voor de uitvoering van die activiteit. Bijv.: bij symptoommanagement bij pijn, stemt de subjectieve inschatting van de gemiddelde tijd overeen met de gemiddelde duur voor de evaluatie van de pijn aan de hand van een gevalideerde schaal. Er wordt een verschillende tijd vastgesteld, ingeschat door de Nederlandstalige en de Franstalige deelnemers. Deze laatsten stellen een hogere tijd voor. Dit verschil kan eventueel toegeschreven worden aan organisatorische verschillen, of het kan opleidingsgebonden zijn, of afhangen van de samenstelling van de teams of de verschillende invulling die aan de zorg gegeven wordt. Andere onderzoekers kwamen al eerder tot dezelfde bevinding.^[7]

Een andere vaststelling van dit onderzoek heeft betrekking op de informatica-tool voor de herverdeling van het verpleegkundig personeel op de hospitalisatie-afdelingen. Deze 'WiN-simulator' laat ons toe om, op basis van de verpleegkundige gegevens en dagelijkse personeelsgegevens, de werklust te berekenen door middel van een ponderatielijst met normtijden (= standaard wegingsfactor) van de items VG-MZG. In functie van het resultaat van deze verrichting, wordt 47.6% van het verpleegkundig personeel (her)verdeeld over de verpleegeenheden die in de berekening zijn opgenomen. Vanaf het moment dat de gecodeerde gegevens VG-MZG zijn ingevoerd en nadat er aanvullende gegevens met betrekking tot het personeelsbestand in zijn opgenomen, zal de WiN-simulator een herverdeling van het personeel toelaten op lange of middellange termijn (semesterieel of op jaarbasis).

Er is een handleiding opgesteld om de simulator op een degelijke wijze uit te leggen en te gebruiken.

Om te besluiten willen we signaleren dat er een elektronisch scoreformulier (editor) voor de VG-MZG werd ontwikkeld. Het merendeel van de ziekenhuizen verkoos echter een registratiesysteem, geïntegreerd binnen het eigen

ziekenhuisinformatiesysteem en al dan niet gekoppeld aan het geïnformeerd verpleeg- of patiëntendossier.

3. Conclusies

Deze studie bracht een diepgaande reflectie op gang betreffende de verschillende methoden om de verpleegkundige werkdruk, gebaseerd op de uitgevoerde zorgen, te benaderen. De vraag drong zich op, hoe het concept 'verpleegkundige werklust' methodologisch kon begrensd en ingevuld worden. VG-MZG, een goed afgebakend, éénvormig en gemeenschappelijk conceptueel kader dat aan alle Belgische ziekenhuizen wordt aangeboden, bood hiervoor een evident referentiekader en kon ook dienen als stramien voor de tijdsmetingen. Door een opsplitsing van de zorgitems, werd het mogelijk om die activiteiten af te bakenen die deel uitmaakten van de zorg of de bestudeerde zorgen. Het is belangrijk te vermelden dat, zonder een voorafgaande visie van de context, waarin bepaalde zorgen werden verwezenlijkt, het niet eenvoudig was om de relatie tussen een specifieke activiteit en een item van de VG-MZG, vast te stellen. De aard van de verpleegkundige zorgen is zeer ingewikkeld: meerdere aspecten - communicatieve, relationele, intellectuele en technische - vinden gelijktijdig plaats binnen eenzelfde zorg en zelfs in verschillende gradaties. Er is vastgesteld dat het nastreven van een meer efficiënte organisatie (het bieden van totaalzorg) een onderlinge verwevenheid van verschillende zorgen impliceert, wat een eenvoudige observatie van die zorgen verhindert. Dit betekent dat om de objectiviteit van de externe waarnemer te garanderen het noodzakelijk is het referentiekader goed te definiëren en te begrijpen, wat niet altijd even eenvoudig was.

De techniek van multimomentopnamen blijkt onvoldoende sensitief voor complexe activiteiten (zoals intellectuele, relationele en communicatieve componenten van zorg), evenzeer was het niet eenvoudig om deze activitei-

ten op te splitsen in deelactiviteiten en het nauwkeurigheidsniveau van de geregistreerde zorg te bepalen.

De communicatie en de administratie namen veel tijd in beslag, maar zijn anderzijds noodzakelijk voor de goede werking van de eenheden alsook voor de coördinatie, vereist tussen de verschillende zorgverleners bij de overdracht van de patiënt. Het is een moeilijk te beantwoorden vraag hoeveel tijd nodig is om hieraan een effectieve en efficiënte invulling te geven....

Voor “gemiddelde” patiënten op de verpleegeenheden chirurgie, geneeskunde en geriatrie, worden de normtijden als een goede indicator beschouwd, voor de activiteiten beschreven in de VG-MZG. Na verdere validatie van het simulatie-instrument zal dit in eerste instantie een (her)verdeling toelaten van de verpleegkundige norm, op basis van de VG-MZG, voor termijnen van zes tot twaalf maanden.

VG-MZG is en blijft een minimaal instrument, met alle consequenties die dit samenvattend begrip inhoudt. Net geen 50% van de totale verpleegkundige activiteit wordt in kaart gebracht. Dit komt overeen met 70% van de directe en indirecte patiëntenzorg.

4. De beperkingen van de studie

De studie had tot doel een instrument (Workload Indicator for Nursing) te ontwikkelen dat een (her)verdeling van verpleegkundig personeel in hospitalisatie-afdelingen toelaat, op basis van VG-MZG.

Aangezien het instrument gebaseerd is op de codeerhandleiding VG-MZG, worden de resultaten van deze studie ook sterk beïnvloed door de inhoud van deze codeerhandleiding. Bepaalde strategische keuzes werden vaak genomen op basis van de inhoud van de codeerhandleiding, versie 1.3. Vandaar dat een wezenlijke (kwalitatieve) evolutie van VG-MZG noodzakelijkerwijs een revisie van de onderzoeksresultaten van deze studie impliceert.

Via de VG-MZG is het mogelijk het zorgprofiel van een verpleegeenheid in kaart te brengen. Dit kan op basis van de verpleegkundige activiteiten die tijdens de registratieperiode gerealiseerd en geregistreerd werden. Hier moet in vraag gesteld worden, in welke mate de toegediende zorgen en de geregistreerde zorgen overeenstemmen met de behoefte aan zorg.

Basiszorgen, verpleegkundige anamnese, het toezicht op vitale parameters, of geneesmiddelenbeleid zijn activiteiten die op iedere verpleegeenheid voorkomen. Daarentegen zijn er andere, zeer specifieke items, die enkel voorkomen op gespecialiseerde verpleegeenheden. Hierdoor kan het percentage van verpleegkundige zorg dat door VG-MZG gedekt wordt, nog relatief sterk variëren, afhankelijk van de verpleegeenheid.

Daarnaast mag in vraag gesteld worden of de VG-MZG op een betrouwbare manier gecodeerd worden, en of de VG-MZG over de capaciteit beschikken om de reële verpleegkundige activiteiten binnen een verpleegeenheid te visualiseren.

De codeerhandleiding schrijft specifieke hiërarchische regels voor. Per item kan slechts één keuzemogelijkheid gescoord worden. Indien er twee keuzemogelijkheden samen voorkomen op één registratiedag, wordt de hoogste keuzemogelijkheid weerhouden. Hierdoor is het voor bepaalde items onmogelijk om verschillende aspecten of niveaus van éénzelfde zorg te registreren. Bijv.: Zorgen m.b.t. hygiëne. Tijdens een registratiedag van 24 uur kan eenzelfde patiënt verschillende niveaus van hulp genieten. In dergelijke gevallen kan enkel het hoogste niveau van hulp geregistreerd worden.

Met deze elementen werd zoveel mogelijk rekening gehouden in het onderzoeksdesign en de verwerking, en het instrument werd dienovereenkomstig aangepast.

Tijdsmetingen werden uitgevoerd via de techniek van multimomentopnamen. Gezien het beperkte tijdsbestek, is de kwantiteit van de metingen beperkt. Daardoor is het onmogelijk geweest om het potentieel van deze techniek optimaal te benutten.

De simulator en de verschillende indicatoren kunnen momenteel door de ziekenhuizen gebruikt worden, zonder dat zij daarvoor andere belangrijke gegevens moeten verzamelen (de registratie van VG-MZG is verplicht en op basis daarvan kan de gehele oefening uitgevoerd worden). Via de simulator kan een herverdeling van het personeel, tussen de verschillende hospitalisatie-eenheden, op middellange en lange termijn (van 6 maanden tot een jaar), berekend worden. We drukken erop dat gewerkt wordt met het reële personeelsbestand, en niet met het vereiste personeelsbestand. De ontwikkelde indicator kan onmogelijk het historisch gegroeide personeels-tekort binnen de verpleegkundige sector duiden of corrigeren. Op een hoger aggregatieniveau kunnen de verschillen tussen ziekenhuizen wel tot interessante vaststellingen leiden.

5. Aanbevelingen

De omvang van het verpleegkundig personeelsbestand op een verpleegeenheid beïnvloedt zonder enige twijfel de kwaliteit van de zorg. Recent onderzoek^[8-10] toont aan dat meer en beter gekwalificeerd personeel leidt tot een betere zorgverlening. Gezien een goede communicatie tussen zorgverleners leidt tot een betere patiëntenzorg, kan een stijging van het aantal zorgverleners ook indirect een positieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg.

De vraag kan gesteld worden of het ontwikkelde instrument een antwoord biedt op deze stelling. Hoe dan ook moet het instrument eerst worden gevalideerd vooraleer deze kwaliteitsdimensie ten gronde aan bod kan komen.

Aanpassingen aan het instrument zullen in de toekomst wellicht noodzakelijk zijn. Hieronder wordt op 5 werkpunten dieper ingegaan:

Ten eerste spitst de indicator, die in het kader van dit onderzoek werd ontwikkeld, zich enkel toe op de C-, D- en G-diensten (chirurgie, inwendige geneeskunde en geriatrie). De VG-MZG wordt ook op andere verpleegeenheden geregistreerd, bijv. Sp-diensten, intensieve zorg, materniteit, pediatrie, neonatologie en dagklinieken. Ook voor deze eenheden zou een indicator nuttig zijn voor het herverdelen van personeel op basis van VG-MZG.

Ten tweede toont VG-MZG slechts een gedeeltelijk profiel van de verpleegkundige activiteiten. Een studie die zich focust op de verpleegkundige activiteiten die niet gedekt worden door VG-MZG, en die mededeterminerend zijn voor de werkdruk, zou een belangrijke aanvulling kunnen zijn op deze studie.

Ten derde heeft deze studie zich voornamelijk toegespitst op de herverdeling van verpleegkundigen in hospitalisatie-afdelingen, exclusief paramedisch personeel. Een herverdeling van de zorgequipe, inclusief verzorgenden en eventueel bepaalde paramedici (ergotherapeuten), moet verder bestudeerd worden.

In de praktijk 'delen' meerdere types zorgverleners (o.a. logistieke assistenten) en zelfs paramedici met de verpleegkundigen bepaalde terreinen en activiteiten die momenteel beschreven worden in de handleiding VG-MZG. De registratie VG-MZG zal enkel de activiteiten verzamelen die door de verpleegkundigen, vroedvrouwen en zorgkundigen worden verwezenlijkt.

Wij vragen bij de verdeling van het personeelsaanbod ook aandacht voor de medewerkersmix en de functiedifferentiatie. Het WiN-project is hierop niet verder ingegaan. Het zou interessant zijn om de relatie te onderzoeken tussen de resultaten van het WiN-project en de studies over functiedifferentiatie.

Ten vierde kan de implementatie van VG-MZG een effect hebben op de zorgverlening. Door de striktere registratienormen die door de overheid worden opgelegd, voorzien wij een belangrijke kwalitatieve evolutie in de zorgverlening. Vandaar dat wij ervoor willen pleiten om de resultaten van deze studie opnieuw te evalueren één jaar na implementatie van VG-MZG.

Tenslotte laat de indicator een herverdeling van het personeel in de hospitalisatie-afdelingen toe voor een termijn van zes tot twaalf 12 maanden. Verder onderzoek zou een herverdeling op kortere termijn moeten mogelijk maken. Voor de ziekenhuizen die over een geautomatiseerd verpleegkundig dossier beschikken, moet dit zeker tot de mogelijkheden behoren.

Deze aspecten kunnen het voorwerp uitmaken van verder onderzoek.

Normtijden:

- 7.1 Tabel normtijden WiN
- 7.3 Patiëntgebonden administratie

Introduction

En Belgique, l'activité infirmière des hôpitaux aigus est systématiquement enregistrée trimestriellement et transmise au SPF⁸ depuis 18 ans. Pour la réalisation de cette collecte d'informations obligatoires, les hôpitaux se réfèrent et appliquent l'outil nommé RIM - résumé infirmier minimum. Cet instrument, relevant à l'origine des données sur 23 items de soins, appartient, comme indicateur d'activité, à la catégorie des NMDS (nursing minimum data set). Les données ainsi récoltées dans ce cadre sont intégrées dans le système belge du financement hospitalier. De nombreux hôpitaux utilisent ces données en matière de gestion du personnel du département infirmier, et plus concrètement, pour la répartition (re-allocation) du personnel infirmier et soignant.

Une version actualisée de l'outil - DI-RHM⁹ - a été développée plus récemment. Cette version est issue d'un projet mené par deux équipes de recherche universitaires et des professionnels infirmiers, tout cela sous les auspices des instances ministérielles fédérales. La mise sur pied de divers groupes de travail auxquels ont participé des professionnels actifs dans certains programmes de soins a permis d'intégrer l'expérience de la pratique infirmière hospitalière dans l'instrument et de déterminer les objectifs principaux auxquels la nouvelle version du RIM devait répondre. Le "staffing" des équipes suivi par le financement des soins infirmiers hospitaliers, le développement des indicateurs de qualité et le protocole AEP¹⁰, ont été établis comme les

⁸ Ministère Fédéral Belge des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement

⁹ Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimal

¹⁰ L'AEP (Appropriateness Evaluation protocol) est un outil permettant d'apprécier la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites,

domaines prioritaires d'exploitation du DI-RHM. L'échéance prévue pour le premier enregistrement de données a été fixée en septembre 2007. Il faut souligner que le DI-RHM étant un résumé, avec 79 items¹¹ décrits dans la version 1.3, ne couvre que partiellement l'activité infirmière, et cela dans une proportion encore imprécise.

Pour donner une réponse à ces demandes, différentes instances fédérales ont commandité des études. Pour ce qui concerne le "staffing" des équipes, la politique scientifique fédérale, dans son programme de soutien aux priorités fédérales, a désigné une équipe de recherche - un consortium issu de la collaboration entre l'hôpital Universitaire de Gand, l'Université de Gand et l'Université Catholique de Louvain. Cette recherche baptisée projet WiN - Workload indicator for Nursing - a pour objectif le développement d'un module de re-allocation du personnel infirmier et soignant sur une base du RIM2 ou DI-RHM.

Pour satisfaire à cet objectif, l'étude WiN s'est fixé les buts suivants:

1. L'estimation de la part de l'activité "couverte" par les items du DI-RHM (en %);
2. la détermination de temps de référence par item DI-RHM;
3. la création d'un outil informatique permettant aux responsables du département infirmier, de répartir le personnel infirmier sur base de données objectives, plus précisément sur base du DI-RHM.

Cette recherche s'est consacrée plus spécialement sur les unités hospitalières ayant des index de lits C, D et G. Les unités dans les secteurs de médecine

prédéfinis, qui sont relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée (*Winterhalte*, 1991)

¹¹ Ces items font référence à un soin, un ensemble de soins ou un "statut" du patient.

interne, de chirurgie et de gériatrie représentent 70% de l'offre de lits du réseau hospitalier aigu en Belgique. Pour cette raison et afin d'éviter une dispersion trop importante, le champ d'observation, de participation et d'application des résultats de la recherche ne s'appliquent qu'à ce type d'unités. Tous les items relevant des pratiques infirmières spécifiques à d'autres index de lits (pédiatrie, maternité, soins intensifs...) ont été retirés du set initial (13 items).

1. La méthodologie utilisée et le déroulement de l'étude

La création d'un instrument, ainsi que sa validation et son agréation par la profession infirmière, nécessitent l'implication des professionnels et des hôpitaux tout le long du processus de l'étude. Aussi, pour atteindre les objectifs, nous avons privilégié une approche mixte afin d'intégrer au maximum l'expertise des professionnels de terrain. D'une part, l'estimation de temps de référence à partir de l'observation objective de l'activité infirmière au sein des unités de soins. D'autre part, l'intégration de l'expérience de soins des professionnels infirmiers et de leur expertise dans les trois domaines concernés (chirurgie, médecine, gériatrie).

1. Constitution d'un groupe d'experts infirmiers et d'un groupe de résonance.

Nous avons constitué deux groupes de participation ayant chacun un rôle distinct et intervenant dans le processus de la recherche aux moments différents. Dès les premières phases de l'étude, l'équipe de recherche a invité tous les hôpitaux tant francophones que néerlandophones souhaitant collaborer à l'étude. La collaboration pouvait s'envisager à deux niveaux. D'une part, la désignation d'un(e) infirmier(e) faisant partie du groupe, des "experts", en tant que représentant de l'hôpital. D'autre part, l'ouverture des unités des soins pour la réalisation d'observations de l'activité infirmière. Nombre

d'hôpitaux s'est porté candidat et nous avons pu constituer un groupe de 57 experts (34 néerlandophones et 23 francophones). Le rôle de ce groupe était d'offrir son expertise pour la rédaction du "manuel ou liste WiN" et pour la validation finale des temps de référence, démarches qui seront expliquées plus loin dans ce chapitre.

Par ailleurs, les infirmiers et infirmières qui le souhaitaient pouvaient aussi participer à ce projet à partir du groupe de résonance. Ce groupe (131 professionnels infirmiers se sont inscrits) avait un rôle d'avis et consultatif tout au long du processus de validation de la liste WiN ainsi que la participation active aux estimations de temps.

La forme de communication privilégiée avec les différents intervenants a été le portail de l'étude, élaboré afin de permettre la participation de tous les acteurs et de favoriser la diffusion de l'information sur le projet WiN (www.ebnursing.ugent.be/win).

Le design de l'étude prévoit deux étapes principales, - le développement d'un module informatique de répartition du personnel et la détermination de temps et de la couverture du DI-RHM -, que nous détaillons ci-après:

2. Détermination de la couverture de l'activité par le DI-RHM et du temps de référence par item DI-RHM

Pour pouvoir procéder aux analyses sur des données objectives, il a fallu déterminer des temps de référence relevés par plusieurs techniques. La technique d'auto-enregistrement de la durée d'un soin et les estimations subjectives ont été choisis quand l'item comporte des activités de soins fort fractionnées, ou quand il survient rarement ou quand il serait difficile à appréhender à cause de sa courte durée, entre autres. La méthode retenue, pour l'observation de l'activité infirmière dans les unités de soins, est le "Work Sampling" ou "Saisies multi-

séquentielles”. Cette technique fait partie des techniques recommandées permettant de saisir le contenu et la durée des activités infirmières de façon rapide et efficiente.^[1-5] Cette méthode, appliquée au domaine des soins infirmiers consiste à relever l’activité de chaque membre de l’équipe infirmière d’une unité de soins, aux moments déterminés aléatoirement, à l’aide par exemple, d’un petit ordinateur de poche qui servira en même temps à enregistrer les observations. Avant de procéder à l’observation, plusieurs pré-requis étaient nécessaires:

- Rédaction d’un manuel de référence. En fait, il s’agissait de rendre opérationnelles les définitions des items contenus dans le manuel de codage du DI-RHM, (version 1.3, publié en septembre 2006) ayant comme objectif principal d’assurer la fiabilité des observations dans les unités de soins. Ce travail qui consiste en un découpage des items DI-RHM en activités de soins et dans un deuxième temps, à leur regroupement ultérieur en catégories (par exemple, préparation, exécution et post exécution du soin), a été réalisé par l’équipe de recherche aidée par le groupe d’experts. Le découpage des soins techniques a été enrichi par des aspects qualitatifs. Les notions d’hygiène des mains, les aspects communicationnels inhérents au soin, l’installation confortable du patient et la protection de l’intimité ont été insérés dans les définitions proposées. Nous avons choisi la méthode Delphi comme méthode permettant d’atteindre le consensus entre experts. Ceux-ci ont pu se prononcer quant à la pertinence des propositions de définitions des items présentées par l’équipe de recherche et émettre, éventuellement, des remarques. Toutes les observations utiles ont été intégrées dans un deuxième document qui leur a été à nouveau soumis. En deux tours, par le biais du portail du projet WiN, nous avons obtenu un niveau de consensus supérieur à 75%, seuil minimum

fixé pour cette procédure “Delphi”.^[6] La participation des experts a été de 81% au premier tour et de 77% au second. Le manuel ou la liste WiN a ainsi été créée et a servi de cadre de référence pour les observateurs externes. Dans une phase ultérieure, cette liste a été soumise et approuvée par le groupe de réflexion.

- Sélection des hôpitaux en fonction de critères relatifs au régime linguistique, à la taille, au statut, aux index de lits et à la disposition architecturale pour la réalisation des observations. Dix hôpitaux ont été sélectionnés parmi les 29 candidats. Les mesures ont été réalisées dans quatre unités (médecine interne, gériatrie et chirurgie) dans chacun des hôpitaux retenus.
- Formation et test de fiabilité inter-juges afin d’assurer l’uniformité des observations par les différents observateurs. L’indice d’accord entre observateurs a été estimé à 84%. Il faut signaler qu’il n’existe pas de relation entre les observateurs externes et les hôpitaux, où les mesures de temps ont eu lieu, ce qui garantit un regard indépendant sur l’activité observée.

Les mesures ont été réalisées pendant les mois de novembre et de décembre 2006. Au total, les observateurs ont relevé l’activité infirmière pendant 40 jours d’observation, en parcourant les 4 unités sélectionnées dans l’hôpital durant quatre périodes de travail (deux matins et deux après-midi). Ces premières mesures ont été complétées par d’autres données obtenues à l’aide d’un questionnaire, rempli par le personnel infirmier présent dans les unités les jours d’observation. Les données complémentaires ainsi collectées portaient sur la charge de travail perçue par le personnel infirmier et les informations à propos de 8 items du DI-RHM pour chaque patient présent durant la période d’observation.

Certains soins réalisés en parallèle avec d'autres soins ou ayant une courte durée dans leur réalisation auraient pu être sous-estimés lors de ces observations à cause de la nature du soin ou de la technique utilisée. Pour pallier cela, nous avons eu recours - pour certains items - à d'autres méthodes complémentaires: l'auto enregistrement du temps consacré à un item (6 hôpitaux ont participé à la détermination des temps sur base de cette méthode) et les estimations de temps.

Le résultat de ces mesures dites "objectives" (collectées au moyen de trois approches différentes mais complémentaires), après dépouillement et analyse de données, a constitué la base sur laquelle se greffait la phase suivante de l'étude.

Conscients de l'importance d'une participation élargie des infirmier(e)s, nous avons fait appel à tous les professionnels intéressés, à travers les associations professionnelles, les institutions de soins et deux universités formant des infirmier(e)s à participer aux estimations de temps consacrés à la réalisation des activités liées aux items du DI-RHM.

Différents formulaires électroniques ont été rédigés à cette occasion. Tous les participants ont pu réagir, grâce à l'interface offert par le portail du projet, par rapport aux temps issus de la première phase de l'étude pour une première série d'items (2/3 des items). En cas de désaccord avec les temps de référence moyens, minimaux et maximaux proposés, ces infirmier(e)s sont invités à estimer une durée moyenne, minimale et maximale par item, en tenant compte de la définition du soin proposée pour chaque item ou possibilité de codage. Pour la seconde série (1/3 des items), les méthodes utilisées ("work sampling", mesures directes) n'ont pas permis de déterminer des temps moyens dans les délais disponibles. Les répondants ont alors estimé des temps moyens nécessaires pour réaliser les activités liées à

chaque item, sans qu'une référence de temps ne soit suggérée. Les temps ainsi proposés étaient spécifiques à chaque index de lits.

Afin de valider les résultats, le groupe d'experts a dû se prononcer sur chaque nouveau temps de référence - par item et par index de lits - calculé en intégrant les différentes estimations issues des différentes collectes de données que nous venons de présenter.

3. Développement du module informatique de répartition du personnel infirmier et soignant sur base des données DI-RHM

L'instrument ainsi conçu permet de calculer une répartition du personnel infirmier sur base des données DI-RHM. Ce module développé à partir du logiciel Access[®] (Microsoft, USA) autorise une application rapide et automatique des temps de référence obtenus par cette recherche et conduisant à l'évaluation d'un profil de charge de travail correspondant à la partie de l'activité couverte par le DI-RHM (couverture moyenne de 47.6%). L'équipe de recherche laisse, par ailleurs, aux institutions qui le souhaitent, la possibilité de modifier certains aspects du module afin de prendre en compte ces aspects particuliers de leurs propres pratiques infirmières. D'autres indicateurs et rapports complémentaires seront également disponibles (indicateur de la charge de travail par heure et par infirmier(e), répartition de l'activité en soins directs et soins indirects, etc.).

2. Les résultats

2.1 Temps estimés par l'observation directe (work sampling)

Nous voudrions, dans un premier temps, présenter, ici, les résultats des observations relevées dans les unités de soins par la technique du “Work Sampling” ou “Saisies multi-séquentielles”. Le nombre total des observations relevées est de 13.292 relatives à l'activité de 7.700 heures de travail infirmier et 4.200 journées hospitalières présents dans les unités. Nous avons obtenu des résultats directs à partir de ces observations - d'une part pour les soins directs¹² et d'autre part pour les soins indirects¹³. Il a été ainsi possible d'estimer le taux de couverture du DI-RHM par rapport à l'activité totale observée. Selon nos estimations, cette couverture moyenne représente 47,3%. Le temps restant étant principalement consacré aux activités liées au fonctionnement de l'unité (40,6%). La communication (16,5%)¹⁴, soins directs et soins indirects qui ne font pas partie des DI-RHM (15%) et l'administration (2,6%)¹⁵ constituent de postes importants sur le total de l'activité.

Ces observations nous ont permis également d'établir des temps moyens standards pour une partie des items. Dans nos analyses, nous avons intégré, par extrapolation, les fréquences observées par ‘patient-jour’ pour chaque

¹² Partie du soin réalisé en présence du patient

¹³ Partie du soin réalisé en absence du patient

¹⁴ Par communication, nous entendons les échanges oraux entre les différents prestataires contribuant à la prise en charge du patient

¹⁵ Par administration, nous entendons, toutes les activités relatives à la rédaction et la lecture des dossiers indépendamment du support utilisé et non spécifique à un soin)

item DI-RHM - données collectées lors des phases test de l'étude d'actualisation de l'outil RIM¹⁶.

2.2 Temps estimés par auto-enregistrement

En nous basant sur cette approche, nous avons pu déterminer des temps de référence pour 14 items sur base de 3.000 enregistrements réalisés par la méthode de l'auto-enregistrement où la durée du soin ou ensemble de soins a été notée par l'infirmier(e) les prestant. Ce travail a été conduit à partir de fiches spécialement conçues à cette fin et contenant la description de l'item en termes d'activités précises.

2.3 Temps estimés à partir de propositions des professionnels du terrain

Dans une deuxième étape, nous avons calculé des estimations de temps à partir de données récoltées auprès de 226 infirmier(e)s ayant validé les premières estimations ou ayant proposé leur propre estimation de temps moyens. Grâce à une large participation (605 réponses) et après traitement des données (élimination des valeurs extrêmes), nous avons estimé des temps moyens, par item et par index de lits, et sous l'hypothèse où l'on disposait de minimum 25 estimations.

Les modalités de scorage de chaque item DI-RHM, telles que décrites dans le manuel de codage, déterminent des variables de nature binaire, ordinale et numérique. Dans le cas des items contenant une variable binaire ou ordinale, - où l'on enregistre la présence ou le niveau d'aide donné au patient pour un soin déterminé le jour de l'enregistrement -, les temps moyens proposés

¹⁶ Les définitions des items contenus dans les deux manuels de codage (celui de la phase test et la version 3.1 du DI-RHM) ont été vérifiées afin d'exclure les items ayant subi de modifications substantielles.

portent sur la durée des activités liées à ce soin pendant toute la journée. Dans le cas des variables numériques, le temps moyen proposé correspond à l'exécution d'un acte. Si nous prenons comme exemple la gestion de la douleur, l'estimation de temps correspond à la durée moyenne d'une évaluation de la douleur à l'aide d'une échelle validée. Nous avons pu constater une différence entre les temps estimés par les participants néerlandophones et francophones. Ces derniers proposant des temps plus importants. Ces écarts pourraient être liés aux modes organisationnels, des formations, des compositions des équipes ou des représentations du soin différentes. Le même constat a déjà été observé par ailleurs.^[11]

Un autre résultat de cette recherche est à relever à propos de l'outil informatique de re-allocation du personnel infirmier. En effet, à partir des données infirmières et journalières relatives au personnel, l'outil nous permet de calculer un profil de charge de travail, en fonction d'une pondération standard des items DI-RHM (échelle de pondération élaborée sur base des temps estimés). En fonction du résultat de cette opération, 50% des effectifs infirmiers sont re-alloués entre les unités retenues pour le calcul. Dès l'importation des données DI-RHM encodées et en y incorporant des données supplémentaires relatives aux effectifs, l'outil informatique permettra une répartition du personnel pour le semestre voire l'année suivante.

Un manuel d'utilisation du module de re-allocation a été rédigé afin de mettre à la disposition des usagers l'information nécessaire pour une utilisation aisée de l'outil.

Pour conclure, nous voulons signaler également l'élaboration d'un outil d'encodage électronique des données DI-RHM. Cependant, les hôpitaux ont préféré utiliser leur propre système d'enregistrement, couplé ou non à leur dossier infirmier informatisé.

3. Conclusions

Ce travail a suscité une intense réflexion autour des différentes méthodes “d’approcher” la charge de travail infirmier basé sur l’activité de soins donnés. Notre démarche reflète un choix méthodologique, une manière d’appréhender une partie de ce que représente le concept de charge de travail infirmier.

Le DI-RHM offre un cadre conceptuel bien délimité, uniforme et commun à tous les hôpitaux belges, à partir duquel nous avons pu construire un cadre de référence pour pouvoir mesurer des temps durant cette étude. Par déclinaison des items, il a été possible de délimiter les activités faisant partie du soin ou des soins étudiés. Il est important de préciser, que sans une vision préalable du contexte dans lequel certains soins sont réalisés, il n’est pas aisé d’établir la relation entre une activité ponctuelle et un item du DI-RHM. La nature des soins infirmiers est très complexe: en effet, de multiples aspects - communicationnels, relationnels, intellectuels et techniques - interviennent simultanément dans chaque soin mais à des degrés variables. Nous avons également pu constater que la recherche de modes organisationnels plus efficaces implique une imbrication des soins empêchant une visibilité linéaire du déroulement du soin. Pour cette raison l’observation ponctuelle de l’activité par un observateur externe garantit l’objectivité de l’acte relevé dès lors que le cadre de référence est bien défini; mais il se peut que ce dernier vienne, à la fois, à manquer de précision.

Nous avons pu constater que la technique du “work sampling” n’est pas un instrument sensible pour tous les aspects des activités complexes (composante intellectuelle, relationnelle et communicationnelle du soin) ni lorsque le découpage de l’activité et le niveau de précision de l’enregistrement de l’activité est important.

La communication et l’administration sont des éléments “chronophages” importants, mais sont, par ailleurs, indispensables au bon fonctionnement des

unités de soins ainsi qu'à la coordination, nécessaire, entre les différents participants à la prise en charge du patient.

Le calcul des temps de référence peuvent être considérés comme un bon indicateur des temps consacrés aux interventions décrites par le DI-RHM pour les unités de chirurgie, médecine et gériatrie pour des patients "moyens". Une fois validé, l'instrument ainsi construit permettra la répartition du personnel infirmier en fonction de l'activité recensée par le DI-RHM à un terme de 6 ou 12 mois.

Le DI-RHM, tel que nous l'avons présenté dans le chapitre consacré aux résultats, permet une visibilité d'une partie de l'activité infirmière totale réalisée actuellement dans les unités des soins. Le DI-RHM est un résumé, avec tout ce qu'implique ce terme, de l'activité infirmière ne recouvrant, par conséquent, que partiellement l'activité totale.

4. Les limites de l'étude

Cette recherche avait pour objectif le développement d'un instrument permettant la re-allocation du personnel infirmier sur base des données du DI-RHM. Le résultat est, par conséquent, intimement lié à son contenu et aux règles fixées pour l'encodage de ces données. Nous avons dû adapter nos stratégies de recherche au contenu de la version 1.3 du manuel de codage. Une évolution qualitative substantielle du DI-RHM impliquera nécessairement une révision du résultat de cette recherche.

Le résumé infirmier minimum permettra de mettre en évidence un profil de soins par rapport à l'activité totale réelle réalisée dans les unités de soins durant la période d'enregistrement. Nous souhaitons, ici, pouvoir poser la question de savoir dans quelle mesure les soins donnés et enregistrés par le DI-RHM rencontrent les besoins en soins des patients. Une partie des items pourra être scorée dans toutes les unités de soins comme, par exemple, les

soins de base, l'anamnèse infirmière, la surveillance de paramètres ou l'administration de médicaments. Par contre, il y a d'autres items très spécifiques aux pratiques rencontrées dans certaines unités très spécialisées. Le pourcentage de couverture de l'activité totale par le DI-RHM dans une unité variera en fonction du profil d'activité de celle-ci.

Un autre aspect important dont il convient de tenir compte concerne la fiabilité de l'encodage du DI-RHM et sa capacité à refléter l'activité réelle réalisée dans les unités de soins.

Une autre difficulté rencontrée durant la recherche découle des règles de codage établies. Elles supposent l'application de toute une série de principes hiérarchiques entre items et entre possibilités de score ou, dans d'autres cas, la possibilité d'un double enregistrement pour deux aspects d'un même soin. Par exemple, les soins d'hygiène, pour lesquels un même patient peut bénéficier de niveaux différents d'aide le même jour. C'est le niveau d'aide le plus important dont il sera tenu compte pour l'enregistrement. Nous avons tenté d'incorporer tous ces éléments dans le design de la recherche et ainsi d'adapter l'instrument en conséquence.

Les mesures réalisées par la technique du "Work sampling" ont été quantitativement limitées en raison des échéances imposées par la durée de la recherche. Pour ce motif, il n'a pas été possible d'exploiter de façon exhaustive le potentiel d'acquisition d'informations de cette technique.

L'indicateur proposé par ce travail peut actuellement être utilisé par les hôpitaux sans récolte de données supplémentaire importante (car l'enregistrement des données DI-RHM sera rendu obligatoire). Il permettra un re-allocation du personnel et une répartition entre unités à moyen, long terme (6 mois ou un an). Il faut souligner qu'il s'agit ici d'une répartition sur base de la dotation en effectifs infirmiers et soignants actuels de chaque unité. Autrement dit, on tient compte pour le calcul, des effectifs réels - et non des

effectifs requis en fonction de l'activité à réaliser. La répartition du personnel infirmier dans un secteur historiquement "pauvrement staffé", redistribuera les manquements au niveau du secteur.

5. Recommandations

L'effectif infirmier travaillant dans une unité de soins conditionne sans aucun doute, la qualité de la prise en charge infirmière du patient. Des études menées récemment^[9, 12, 13] mettent en relation les dotations en personnel infirmier des unités de soins (en nombre et en qualification) et les résultats des soins en milieu hospitalier. De plus, en raison de l'importance de la fonction de coordination entre prestataires de soins assumée par l'infirmier(e) pour une prise en charge efficiente du patient, les dotations du personnel infirmier pourraient avoir un impact indirect à ce niveau. Le projet WIN a permis l'élaboration d'un outil, dans sa première version, permettant de répondre partiellement à cette question. Une validation de l'outil ainsi conçu nous semble indispensable avant toute utilisation systématique dans les hôpitaux. D'autres adaptations seront vraisemblablement indispensables.

Nous nous attarderons ici sur cinq d'entre elles principalement:

Premièrement, celle concernant les index de lits. L'outil développé pour la recherche ne concerne à priori que les unités de soins avec des lits d'index C, D et G (chirurgie, médecine et gériatrie). L'obligation d'enregistrement intéresse aussi d'autres types d'unités. Par exemple, les soins intensifs, la maternité et la pédiatrie. Ces unités pourraient aussi bénéficier d'un instrument de re-allocation spécifique à leur activité de soins.

Deuxièmement comme nous l'avons constaté lors de cette étude, le DI-RHM permet d'obtenir un profil partiel d'activité. Une étude des facteurs significatifs autres que les interventions infirmières retenues par le DI-RHM ayant un impact sur la charge de travail pourrait être complémentaire à notre étude.

Bien que dans la pratique, d'autres paramédicaux partagent certains domaines d'activité avec les infirmier(e)s et les soignants, selon les définitions (prestataire de soins, intervention infirmière...) du manuel de codage version 1.3, le DI-RHM ne récolte que l'activité réalisée par les sage-femmes, les infirmier(e)s et le personnel assimilé. Nous donnons une marque d'intérêt à la question de la répartition du personnel soignant et infirmier en fonction du mix de compétences. En effet, notre recherche WiN s'est consacrée à la re-allocation du personnel infirmier et soignant sans tenir compte des compétences différenciées de ces deux métiers. Il serait intéressant de mettre en relation les résultats de notre projet avec les différentes études traitant la différenciation de compétences infirmières.^[14-17]

Ensuite, l'implémentation du DI-RHM peut avoir un effet sur les pratiques de soins au quotidien. Nous prévoyons une évolution qualitative importante motivée par la recherche, de la part des institutions, de conformité aux normes imposées par l'enregistrement. La prise de conscience de ce changement en cours, pendant la réalisation de cette étude a pu influencer les résultats, il serait important de re-évaluer les résultats de ce travail à l'aune de ces changements d'ici quelques années.

Finalement, l'outil permet une re-allocation du personnel pour un terme de 6 à 12 mois, d'autres recherches devraient être menées pour une re-allocation du personnel à court terme, ce qui sera possible pour les hôpitaux disposant d'un dossier infirmier informatisé.

Comme quoi, ce premier projet de recherche en appelle bien d'autres!

Temps de références:

- 7.2 Tableau de temps de références WiN
- 7.3 Administration liée au patient

Inhoudsopgave

WOORD VOORAF	4
NEDERLANDSTALIGE SAMENVATTING	5
FRANSTALIGE SAMENVATTING.....	23
INLEIDING	44
HOOFDSTUK 1 : ORGANISATIE VAN HET DELPHI-ONDERZOEK.....	47
1.1 ONTWIKKELING VAN EEN WEBSITE ALS BASIS VOOR HET DELPHI-ONDERZOEK.....	47
1.2 SELECTIE VAN EXPERTEN EN RESONANTEN.....	47
1.3 DE ONTWIKKELING VAN DE SAMPLINGLIJST WIN.....	52
1.4 HET DELPHI-ONDERZOEK	57
1.5 CONCLUSIE.....	68
HOOFDSTUK 2 : UITVOEREN VAN METINGEN	69
2.1 INLEIDING	69
2.2 BESCHRIJVING VAN DE VERSCHILLENDE MEETMETHODEN	69
2.3 VOORBEREIDING VAN DE METINGEN	74
2.4 PRAKTISCHE UITWERKING VAN DE METINGEN.....	85
2.5 CONCLUSIE.....	89
HOOFDSTUK 3 : ANALYSE EN VALIDATIE VAN DE MEETRESULTATEN	90
3.1 ANALYSE VAN DE MEETRESULTATEN.....	90
HOOFDSTUK 4 : ESTIMATION ET VALIDATION DES TEMPS	114
4.1 INTRODUCTION.....	114
4.2 VALIDATION DES TEMPS ET ESTIMATION SUBJECTIVE PAR LE GROUPE DE RÉSONANCE	115
4.3 TAUX DE PARTICIPATION.....	119
4.4 ANALYSE DES ESTIMATIONS SUBJECTIVES REALISEES PAR LE GROUPE DE RESONANCE	119
4.5 CONCLUSION	126

HOOFDSTUK 5 : OPMAAK INDICATOR	127
5.1 INLEIDING	127
5.2 MOGELIJKHEDEN.....	127
5.3 BEPERKINGEN.....	129
5.4 CONCLUSIE.....	131
HOOFDSTUK 6 : TESTREGISTRATIE.....	132
6.1 INLEIDING	132
6.2 VOORBEREIDEN VAN DE TESTREGISTRATIE	132
6.3 RESULTATEN EN FEEDBACK	136
6.4 CONCLUSIE.....	139
HOOFDSTUK 7 : DEFINITIEVE NORMTIJDEN	140
7.1 TABEL NORMTIJDEN WIN.....	140
7.2 TABLEAU DE TEMPS DE REFERENCES WIN.....	150
7.3 AANDEEL PATIËNTGEBONDEN ADMINISTATIE – ADMINISTRATION LIEE AU PATIENT.....	163
HOOFDSTUK 8 : DISCUSSIE	164
HOOFDSTUK 9 : CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN	167
HOOFDSTUK 10 : LITERATUURLIJST	169
OVERZICHT BIJLAGEN.....	172

Lijst met figuren

FIGUUR 1: CONSENSUSLEVEL NA DELPHI-RONDE 1.....	60
FIGUUR 2: CONSENSUSLEVEL NA DELPHI-RONDE 2.....	62
FIGUUR 3: CONSENSUSLEVEL DELPHI-RONDE 1 VERSUS DELPHI-RONDE 2 – CONSENSUSLEVEL <50% NA RONDE 1.	63
FIGUUR 4: CONSENSUSLEVEL DELPHI-RONDE 1 VERSUS DELPHI-RONDE 2 - CONSENSUSLEVEL 50%<>75% NA RONDE 1.....	65
FIGUUR 5: CONSENSUSLEVEL DELPHI-RONDE 1 VERSUS DELPHI-RONDE 2 – CONSENSUSLEVEL > 75% NA RONDE 1.	67
FIGUUR 6: SCHEMATISCHE VOORSTELLING VAN DE KEUZE VOOR EEN MEETMETHODE.....	79
FIGUUR 7: REGISTRATIEFICHE DECUBITUSPREVENTIE DOOR MIDDEL VAN WISSELHOUDING.	88
FIGUUR 8: TAARTDIAGRAM MET AANDEEL VG-MZG EN PROCENTUELE VERDELING ACTIVITEITEN BUITEN VG-MZG.	98
FIGUUR 9: TAARTDIAGRAMMEN MET DE VERDELING VAN DPZ, IPZ, EGA EN AND VOOR RESPECTIEVELIJK ACTIVITEITEN DIE GEEN DEEL UITMAKEN VAN DE VG-MZG EN ACTIVITEITEN DIE ER WEL DEEL VAN UITMAKEN.	99
FIGUUR 10: GEMIDDELDE TIJDEN EN DE BIJHORENDE BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN PER KENLETTER VOOR ITEM H100.....	101
FIGUUR 11: GEMIDDELDE TIJDEN EN DE BIJHORENDE BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN PER KENLETTER VOOR ITEM C110.....	102
FIGUUR 12: HISTOGRAMME DES TEMPS PROPOSÉS PAR ESTIMATION SUBJECTIVE SANS RÉFÉRENCE DE TEMPS POUR L'ITEM V500.	120
FIGUUR 13: HISTOGRAMME DES TEMPS PROPOSÉS PAR ESTIMATION SUBJECTIVE AVEC RÉFÉRENCE DE TEMPS POUR L'ITEM H100.	121
FIGUUR 14: HISTOGRAMME DES TEMPS PROPOSÉS PAR ESTIMATION SUBJECTIVE AVEC RÉFÉRENCE DE TEMPS POUR L'ITEM B250.	121
FIGUUR 15: SCHERM WAARBIJ DE PATIËNTENGEGEVENS WORDEN OPGEHAALD UIT DE ADMINISTRATIEVE DATABANK.....	133
FIGUUR 16: SCREENSHOT INVULSCHERM VG-MZG.	134

Lijst met tabellen

TABEL 1: DEMOGRAFISCHE VERDELING EXPERTENGROEP.....	49
TABEL 2: EXPERTISE EXPERTENGROEP VOLGENS KENLETTER.....	49
TABEL 3: VERDELING EXPERTENGROEP VOLGENS GROOTTE ZIEKENHUIS.....	50
TABEL 4: DEMOGRAFISCHE VERDELING RESONANTENGROEP	51
TABEL 5: EXPERTISE RESONANTENGROEP VOLGENS KENLETTER	51
TABEL 6: VERDELING RESONANTENGROEP VOLGENS GROOTTE ZIEKENHUIS	51
TABEL 7: VOORBEELD CODEERHANDLEIDING VERSUS SAMPLINGLIJST	52
TABEL 8 : OVERZICHT VAN DE KLASSEN EN DOMEINEN OPGENOMEN IN DE SAMPLINGLIJST	54
TABEL 9 : GEMOTIVEERD OVERZICHT NIET OPGENOMEN ITEMS.....	55
TABEL 10: C110: INSTALLATIE VAN DE BEDLEGERIGE PATIËNT	61
TABEL 11: OVERZICHT VAN DE ZIEKENHUIZEN EN DE AFDELINGEN WAAR M.M.O. WERD UITGEVOERD.	76
TABEL 12: VERDELING VAN HET AANTAL BEDDEN IN DE ZIEKENHUIZEN IN BELGIË VERSUS IN DE ZIEKENHUIZEN IN DE WIN-STEELPROEF.	76
TABEL 13: ABSOLUTE EN PROCENTUELE VERDELING AANTAL KEUZEMOGELIJKHEDEN PER MEETMETHODE.....	80
TABEL 14: DE ITEMS EN DE SELECTIECRITERIA PER MEETMETHODE.....	81
TABEL 15: ZIEKENHUIZEN WAAR ZELFREGISTRATIE WERD UITGEVOERD.	87
TABEL 16: LIJST VAN DE 12 GETURFDE ITEMS	91
TABEL 17: BESCHRIJVING VAN DE M.M.O.-RESULTATEN MET PERCENTAGE VAN VOORKOMEN, GEMIDDELDE TIJD EN UPPER- EN LOWER-LIMIT.....	92
TABEL 18: HET AANTAL WAARNEMINGEN DAT VOLGENS BARNES NODIG IS OM EEN NAUWKEURIGHEIDSGRAAD VAN 5% EN EEN BETROUWBAARHEIDSINTERVAL VAN 95% TE BEKOMEN.	96
TABEL 19: PROCENTUELE WEERGAVE VAN DE VG-MZG-AFDEKKING IN TOTAAL EN PER KENLETTER.	99
TABEL 20: INTERVALLLEN VAN BONFERRONI (H100).....	102
TABEL 21: INTERVALLLEN VAN BONFERRONI (C110).....	103
TABEL 22: M.M.O. RESULTATEN VAN ITEM N500	104
TABEL 23: M.M.O. RESULTATEN VAN ITEM K100.....	105
TABEL 24: INVLOED VAN DE GROOTTE VAN ZIEKENHUIZEN OP DE GROEPEN	107
TABEL 25: RESULTATEN VAN DE DIRECTE TIJDSMETINGEN	108
TABEL 26: TOEKENNEN VAN PATIËNTGEBONDEN ADMINISTRATIE AAN DE ACTIVITEITEN	112

TABEL 27: NOMBRE DE QUESTIONNAIRES VALIDES PAR DOMAINE D'EXPERTISE (C= CHIRURGIE, D= MEDECINE, G=GERIATRIE)	119
TABEL 28: NORMTIJDEN WIN	140
TABEL 29: TEMPS DE REFERENCES WIN.....	150
TABEL 30: AANDEEL PATIËNTGEBONDEN ADMINISTRATIE - ADMINISTRATION LIÉE AU PATIENT.....	163

Inleiding

Het aansturen van de gezondheidszorg op basis van objectieve gegevens is een betrachting voor de diverse beleidsniveaus die daarvoor bevoegd zijn.

In dit kader is het positief dat ziekenhuizen hun activiteiten verantwoorden. Door de overheid verplichte registraties zoals MVG (minimaal verpleegkundige gegevens) en MKG (minimaal klinische gegevens) bieden structuur aan de datacollectie. Daarenboven zetten ze aan tot reflectie over de praktijkvoering en tot beleidsaanpassingen en -toepassingen.

Als aanvulling bij de minimale klinische gegevens laat de Minimale Verpleegkundige Gegevensregistratie (MVG) toe om sinds 1988 de verpleegkundige activiteit in de algemene ziekenhuizen in kaart te brengen en bijkomende informatie te verstrekken over de “ziekenhuisprestaties”. De registratie Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG) is een verplichte registratie en gebeurt op basis van 23 items. Het betreft een driemaandelijke registratie gedurende de eerste 15 dagen van maart, juni, september en december. De federale overheid wendt de MVG-registratie aan om het gezondheidsbeleid te meten en om de ziekenhuisfinanciering te bepalen. De verpleegkundige praktijkvoering en het gezondheidsbeleid zijn in de loop van de voorbije jaren echter dusdanig veranderd dat een actualisatie van de huidige MVG zich opdrong.

Een nieuw instrument, VG-MZG, werd ontwikkeld en bestaat uit 78 items. De MZG-registratie omvat de minimale klinische gegevens (MKG), de minimale verpleegkundige gegevens (MVG2) en de medische urgentie gegevens (MUG).

Het Universitair ziekenhuis Gent gebruikt sinds 1996 de MVG als instrument om het verpleegkundige personeel op een objectieve wijze te verdelen. Aan de basis liggen 8 personeelsnormdeterminanten waarvan de MVG de belangrijkste is.

Tijdens het actualisatieproces van de MVG door de overheid werd het werkveld regelmatig geconsulteerd en bleek overduidelijk dat de “nieuwe MVG” ook dienst moet kunnen doen als planningsinstrument voor verpleegkundig en verzorgend personeel. Het Federaal Wetenschapsbeleid (Prioritaire Overheids Diensten) schreef een wetenschappelijk project uit dat uiteindelijk werd toegekend aan het UZ Gent en zijn onderzoekspartners, de UCL en de UGent.

Het project loopt van 1 juni 2006 tot 31 mei 2007 onder de kortere naam “WiN”. Dit letterwoord staat voor “Workload indicator for Nursing”.

Het project heeft als doel het ontwikkelen van een werklastinstrument om het verpleegkundig en verzorgend personeel intern binnen het verpleegkundig departement van algemene ziekenhuizen op een objectieve wijze te (her)verdelen op middellange of lange termijn.

Het werklastinstrument baseert zich hiervoor op de geactualiseerde Minimale Verpleegkundige Gegevens (VG-MZG).

De studie behelst de hospitalisatieafdelingen met:

- Kenletter C (Chirurgische afdelingen)
- Kenletter D (Inwendige afdelingen)
- Kenletter G (Geriatrische afdelingen)

Concrete doelstellingen zijn enerzijds het uitwerken van een ponderatielijst waarin indicatieve referentietijden per verpleegkundige activiteit zijn opgenomen, bekrachtigd door verpleegkundigen; anderzijds het aanbieden van een simulator voor werklastmeting met een handleiding voor toepassing in de praktijk.

Samenstelling van het projectteam (telkens in alfabetische volgorde):

Projectmedewerkers UZ Gent:

Lieven De Geyter, Barbara Janssens, Mieke Keppens, Tamara Leune, Dries Myny, Luc Schouppe (projectleider), Ilse Vanderputten

Projectmedewerkers Universiteit Gent:

Prof. Dr. Tom Defloor, Sophie Delobelle, Veronique Limère, Karien Smet, Prof. Dr. Ir. Dirk Van Goubergen

Projectmedewerkers UC Louvain:

Lucia Alvarez Irusta, Christine Beuzer, Sandra Galer, Prof. Dr. Micheline Gobert, Marie-Christine Henniquiau, Sabine Hochstenbach

Het projectteam wordt opgevolgd door een follow-up comité.
(samenstelling follow-up comité: bijlage 1)

Hoofdstuk 1 : Organisatie van het Delphi-onderzoek

1.1 Ontwikkeling van een website als basis voor het Delphi-onderzoek

Bij de opstart van het WiN-project wordt een website geconstrueerd <http://www.ebnursing.ugent.be/win/>. Het doel van deze website is multifunctioneel.

In hoofdzaak wordt de website gebruikt als basis voor het Delphi-onderzoek. Via dit medium worden de verschillende VG-MZG-items ter validatie voorgelegd aan de experts.

Daarnaast wordt de website gebruikt om informatie door te geven aan experts en resonanten. Via de website kunnen ook vragen en opmerkingen geformuleerd worden. Reeds na 3 weken blijkt de site met een bezoekersaantal van bijna 4.000 een groot succes.

1.2 Selectie van experts en resonanten

In juni 2006 worden de directies van alle Belgische ziekenhuizen en de beroepsorganisaties uitgenodigd om medewerkers en leden te motiveren aan het WiN-project mee te werken. Verschillende beroepsverenigingen publiceren hiervoor een “oproep tot medewerking” in hun tijdschrift.

VG-MZG-coördinatoren vormen de doelgroep om als expert aan het project mee te werken. Aan verpleegkundigen met relevante ervaring in chirurgie, inwendige geneeskunde en geriatrie wordt gevraagd om als resonant te participeren.

1.2.1 De experts

In de literatuur wordt een expert gedefinieerd als iemand die over de relevante kennis en ervaring beschikt en wiens mening gerespecteerd wordt door collega's en medewerkers in het werkveld¹⁷.

In dit onderzoek wordt van de experts verwacht dat zij het beschrijvend werk van het projectteam inhoudelijk beoordeelden en dat ze ondersteuning bieden bij de ontwikkeling van een samplinglijst. In een latere fase van het onderzoek zullen de experts de gemeten tijden evalueren.

Aangezien VG-MZG nog niet geregistreerd wordt in de Belgische ziekenhuizen, wordt geoordeeld dat enkel VG-MZG-coördinatoren voldoende vertrouwd zijn met de geactualiseerde versie van de verpleegkundige gegevensregistratie om de verschillende items inhoudelijk te beoordelen. Vandaar dat enkel VG-MZG-coördinatoren kunnen kandideren voor deze functie.

Dit zijn vaak mensen die niet meer werken op een verpleegeenheid. Daarom worden ze gedurende het ganse project aangespoord om hun opdracht in overleg met verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen uit te voeren.

Kandidaat experts kunnen zich via de website inschrijven, waarna zij een login en paswoord ontvangen. Via deze codes kunnen zij gedurende het ganse project inloggen op de website.

Van de experts wordt een engagement verwacht gedurende het volledige verloop van het project. De inschrijvingen voor de experts worden eind juli afgesloten. Finaal kandideren 57 experts.

¹⁷ Fink et al., 1984; Goodman, 1987; Murry & Hammons, 1995; Clayton, 1997

Er was eerder vooropgesteld om uit de kandiderende experten een steekproef te selecteren die representatief was voor minstens volgende kenmerken: taalrol - kenletter - ziekenhuisgrootte.

De 57 kandiderende experten zijn representatief verdeeld voor taal en kenletter. Hiermee wordt aan de vooropgestelde selectiecriteria voldaan. Daarom worden alle kandiderende experten weerhouden.

De tabellen hieronder geven een overzicht van de kenmerken van de experten:

De expertengroep is representatief voor de verdeling Vlaanderen versus Brussel - Wallonië.

Tabel 1: Demografische verdeling expertengroep

	Experten
Nederlandstalig	34
Franstalig	23
<u>TOTAAL</u>	57

Door de jaren heen hebben de experten een expertise ontwikkeld in de verschillende disciplines.

Tabel 2: Expertise expertengroep volgens kenletter

	Experten
Expertise in kenletter C	75,9 %
Expertise in kenletter D	81,5 %
Expertise in kenletter G	64,8 %

Vooral grotere ziekenhuizen tonen interesse om aan de studie mee te werken. Vandaar dat de verdeling van de expertengroep niet significant is voor dit kenmerk.

Tabel 3: Verdeling expertengroep volgens grootte ziekenhuis

Grootte ziekenhuis	Experten
0-199 bedden	4
200-229 bedden	6
300-449 bedden	14
>450 bedden	33
<u>TOTAAL</u>	57

1.2.2 De resonanten

Aan verpleegkundigen met relevante ervaring in chirurgie, inwendige geneeskunde of geriatrie wordt gevraagd om als resonant mee te werken aan het project. Zij krijgen de kans om inhoudelijke en organisatorische opmerkingen te formuleren.

Ook de resonanten kunnen zich via de website inschrijven, waarna zij een login en paswoord ontvangen. Hierdoor kunnen de toegangsmogelijkheden tot de website voor deze groep strikt bepaald worden gedurende het volledige project.

In tegenstelling tot de experts krijgen resonanten gedurende het ganse project de kans om zich in te schrijven. Dit resulteert in een fluctuerende beweging van inschrijvingen.

Op het moment dat de gemeten tijden per VG-MZG-item ter beoordeling worden voorgelegd aan de resonanten, kan er gerekend worden op de

medewerking van 131 resonanten. 66% van de respondenten zijn Nederlandstalig, 34% van de resonanten zijn Franstalig.

Tabel 4: Demografische verdeling resonantengroep

	Resonanten
Nederlandstalig	87
Franstalig	44
<u>TOTAAL</u>	131

Het merendeel van deze mensen zijn verpleegkundigen met een expertise in chirurgie en/of inwendige geneeskunde en/of een iets kleinere expertise in geriatrie.

Tabel 5: Expertise resonantengroep volgens kenletter

	Resonanten
Expertise in kenletter C	53,4%
Expertise in kenletter D	55,0%
Expertise in kenletter G	33,6%

Vooraf verpleegkundigen uit grotere ziekenhuizen tonen interesse om aan de studie mee te werken. Meer dan de helft van de resonanten zijn dan ook werkzaam in een groot ziekenhuizen.

Tabel 6: Verdeling resonantengroep volgens grootte ziekenhuis

Grootte ziekenhuis	Resonanten
0-199 bedden	12
200-229 bedden	18
300-449 bedden	14
>450 bedden	70
<u>TOTAAL</u>	114

1.3 De ontwikkeling van de samplinglijst WiN

1.3.1 Samplinglijst WiN op basis van de codeerhandleiding

In de Codeerhandleiding “Minimale Ziekenhuis Gegevens”, zoals ze door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu wordt aangeboden (officiële versie 1.3 - september 2006), wordt de verpleegkundige zorg opgesplitst in 78 zorgitems.

In het kader van de tijdsmetingen dient vooraf bepaald te worden welke verpleegkundige handelingen tot een bepaald VG-MZG-item behoren en welke niet. Gezien de codeerhandleiding deze opsplitsing in (deel)activiteiten niet maakt, is de ontwikkeling van een samplinglijst noodzakelijk.

Een voorbeeld verduidelijkt dit:

Tabel 7: Voorbeeld codeerhandleiding versus samplinglijst

Item G2** : Beleid bij een evacuerende maagsonde	
CODEERHANDLEIDING	SAMPLINGLIJST
Het geheel van zorgen m.b.t. de opvolging van een evacuerende maagsonde: controle van de positie, decubituspreventie van de neusvleugel of mondhoek, controle van de afvloeit, het bijstellen van een vacuumsysteem, etc.	Verzamelen van het materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals spuiten, materiaal voor vacuumpomp, en glucometer, ... Zich verplaatsen met het materiaal. Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren. Informereren van de patiënt over ‘de evacuerende maagsonde’. Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten. Handschoenen gebruiken. Functioneel (her)positioneren van de patiënt. Klaarleggen van het materiaal.

	Plaatsen van een evacuerende maagsonde. De positie van de maagsonde controleren. Decubituspreventie van de neusvleugel of mond- hoek. De afvloeï van de maagsonde controleren. Observeren van de hoeveelheid en het aspect van het maagvocht. Controleren en manipuleren van het evacuerend systeem. Ledigen van het opvangrecipiënt. Uitvoeren van een pH-meting. Opruimen van het materiaal.
--	---

Deze samplinglijst is noodzakelijk voor deze studie. De beschrijving houdt tevens een minimale kwaliteitsdimensie in. De resultaten van de tijdsmetingen houden rekening met het uitvoeren van deze deelactiviteiten.

1.3.2 Afbakenen van het onderzoeksdomein

Qua opbouw is de samplinglijst identiek aan de “codeerhandleiding Minimale Ziekenhuis Gegevens, versie 1.3”, zoals die door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu wordt aangeboden.

Informatie wordt ondergebracht onder 4 hiërarchische niveaus:

- 1 Domein
- 2 Klasse
- 3 Item
- 4 Keuzemogelijkheden

Gezien het onderzoeksdomein zich beperkt tot C – D en G, worden niet alle VG-MZG-items opgenomen in de samplinglijst.

Het eerste niveau van de samplinglijst bevat de 6 domeinen zoals die in de codeerhandleiding voorkomen.

Het tweede niveau bestaat uit 21 klassen en niet uit de 23 klassen. De klasse M (Temperatuurregeling) en de klasse W (Zorg rondom geboorte) richten zich specifiek tot de afdelingen pediatrie en materniteit. Deze 2 specialiteiten behoren niet tot het onderzoeksdomein van deze studie. Vandaar dat deze klassen niet in de samplinglijst worden opgenomen.

De tabel hieronder geeft een overzicht van de verschillende klassen en domeinen die in de samplinglijst worden opgenomen.

Tabel 8 : Overzicht van de klassen en domeinen opgenomen in de samplinglijst

<u>DOMEIN 1: Elementaire fysiologische functies</u>	
Klasse A	Bevorderen van activiteiten en lichaamsbeweging
Klasse B	Zorg voor uitscheiding
Klasse C	Zorg voor mobiliteit
Klasse D	Zorg voor voeding
Klasse E	Bevorderen van lichamelijke comfort
Klasse F	Ondersteunen van de persoonlijke zorg
<u>DOMEIN 2: Complexe fysiologische functies</u>	
Klasse G	Zorg voor de elektrolytenbalans en het zuur-base-evenwicht
Klasse H	Zorg bij geneesmiddelengebruik
Klasse I	Neurologische zorg
Klasse K	Zorg voor de ademhaling
Klasse L	Huid- en wondverzorging
Klasse N	Zorg voor weefseldoorbloeding

<u>DOMEIN 3: Gedrag</u>	
Klasse O	Gedragstherapie
Klasse P	Cognitieve therapie
Klasse Q	Bevorderen van de communicatie
Klasse R	Ondersteunen bij probleemhantering
Klasse S	Patiëntenvoorlichting
<u>DOMEIN 4: Veiligheid</u>	
Klasse V	Risicobestrijding
<u>DOMEIN 5: Gezin en familie</u>	
Klasse X	Zorg voor gezin en familie
<u>DOMEIN 6: Gezondheidszorgstelsel</u>	
Klasse Y	Bemiddeling in de zorg
Klasse Z	Beheer van zorgvoorzieningen en informatiebeheer

Op het derde niveau worden enkel die items bestudeerd die kunnen voorkomen op verpleegafdelingen met kenletters C-, D- en G-diensten. Concreet betekent dit dat een aantal items geëxcludeerd worden voor de studie.

Tabel 9 geeft een overzicht van de niet opgenomen items en een motivatie per item.

Tabel 9 : Gemotiveerd overzicht niet opgenomen items

	ITEM	MOTIVATIE
B100	Zorgen aan het kind (<5jaar) m.b.t. uitscheiding	Pediatrie
D120	Hulp bij voeding (in de eetzaal)	De tijd- en methodestudies hebben aangetoond dat de tijd, nodig voor hulp bij voeding (in de patiëntenkamer) vergelijkbaar is met de tijd nodig voor de hulp bij voeding (in de eetzaal). Daarom wordt voor de 2 subitems 1 tijd aangeboden.

D130	De patiënt is 24 uur nuchter	Dit item is niet meetbaar in de tijd.
D200	Zorg bij fles- en/of borstvoeding aan een kind	Pediatrie
F120	Hygiënische zorgen in een bad of douche	De tijd- en methodestudies hebben aangetoond dat de tijd nodig voor hygiënische zorgen aan de lavabo, bed (waskom) vergelijkbaar is met de tijd nodig voor hygiënische zorgen in een bad of douche. Daarom wordt voor de 2 subitems 1 tijd aangeboden.
H300	Het meest frequent toegediende geneesmiddel IV	Dit item is niet meetbaar in de tijd.
M100	Opvolging van de thermoregulatie van de baby in de couveuse	Pediatrie
N700	Cardio-circulatoire ondersteuning: mechanisch hulpmiddel	Volgens de databank van de FOD (cfr. 4.3.3.3) komt dit item niet voor op een C-, D- of G-dienst.
O100	Activiteitenbegeleiding	Volgens de databank van de FOD (cfr. 4.3.3.3) komt dit item niet voor op een C-, D- of G-dienst.
W100	Zorgen i.v.m. relaxatie, gebonden aan de voorbereiding op de bevalling	Materniteit
W200	Zorgen ante-partum: opvolging uteriene activiteit	Materniteit
W300	Bevalling uitgevoerd door een vroedkundige	Materniteit
W400	Post-partum opvolging	Materniteit
W500	Kangoeroezorg	Materniteit
Z100	Assessment functioneel, mentaal, psychosociaal	Volgens de databank van de FOD (cfr. 4.3.3.3) komt dit item niet voor op een C-, D- of G-dienst

Van de 91 items en subitems die de nieuwe VG-MZG telt, worden er 77 opgenomen in de samplinglijst.

De ontwikkeling en de validatie van de samplinglijst gebeurt via de Delphi-methode.

1.4 Het Delphi-onderzoek

Door de jaren heen heeft de Delphi-methode zijn meerwaarde bewezen voor het kwalitatieve onderzoek. De methode laat toe om binnen een beperkt tijdsbestek een veelheid aan informatie te verzamelen, door een vaste groep personen een aantal keer na elkaar te bevragen met tussentijdse feedback, over een gespecialiseerde materie.

Voor het WiN-project biedt de Delphi-methode de mogelijkheid om op objectieve gronden de nationale expertise met betrekking tot VG-MZG te bundelen en te toetsen. Daarnaast biedt deze methode ook het grote voordeel dat er een consensus bereikt wordt, door opeenvolgend verschillende vragenlijsten aan de verschillende experts aan te bieden.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken:

Een groot deel van de VG-MZG-items vereisen een functionele positionering van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt ter voorbereiding van de zorg, zodanig moet gepositioneerd worden, dat de zorgverlener ergonomisch kan werken én dat de positie voor de patiënt zo comfortabel mogelijk is.

Nadat een zorg is uitgevoerd moet de patiënt opnieuw gepositioneerd worden, zodat hij zijn oorspronkelijke activiteiten kan verderzetten. In de draft-versie van de samplinglijst wordt met dit aspect van de zorg geen rekening gehouden door de onderzoeksequipe.

Tijdens de eerste Delphi-ronde wordt deze opmerking geformuleerd voor meerdere items door verschillende experts. Daarom wordt bij de gegevensverwerking beslist dat iedere vorm van positioneren die duidelijk verbonden is aan een welbepaald VG-MZG-item, moet gezien worden als een onderdeel van het item.

Het Delphi-onderzoek biedt ook heel wat vrijheden en verplicht de onderzoeksequipe tot het maken van keuzes.

Motivatie van deze strategische keuzes^[6]:

1.4.1 Het expertenpanel

Het panel telt 57 experten. Er wordt voor geopteerd om de anonimiteit van de experten te bewaren. Op deze manier wordt groepswork tussen de verschillende experten zo veel mogelijk vermeden. Deze keuze biedt het grote voordeel dat individuele deskundigheid van de verschillende experten tot uiting komt.

1.4.2 De methodiek

Er wordt gekozen voor de elektronische Delphi-methode:

De verschillende VG-MZG-items die door de onderzoeksequipe opnieuw gedefinieerd werden in functie van het activiteitenpatroon, worden via de website (<http://www.ebnursing.ugent.be/win/>) aan de experten ter validatie voorgelegd. Deze keuze heeft een impact, zowel op de gegevensverzameling als op de gegevensverwerking.

1.4.2.1 De gegevensverzameling

De gegevens worden verzameld aan de hand van een elektronische vragenlijst die online kan ingevuld worden. De vragenlijst is volgens een vaste structuur opgebouwd.

In eerste instantie worden de verschillende VG-MZG-items opnieuw gedefinieerd in functie van hun activiteitenpatroon. Van de experten wordt verwacht dat zij de nieuwe definities evalueren. Wanneer zij akkoord gaan met de

voorgestelde definitie wordt er doorgeklikt naar de volgende definitie. Bij een negatief antwoord wordt via een open vraag aan de expert gevraagd om het antwoord te motiveren.

Tijdens een eerste vragenronde worden de experts geïnformeerd over de bedoeling van het onderzoek. Vervolgens wordt hen gevraagd om een eerste oordeel te geven over de draftversie van de samplinglijst.

Deze eerste ronde dient om praktische redenen opgesplitst te worden in 2 delen:

- Deel A kan online gevalideerd worden tussen 21 augustus en 4 september 2006;
- Deel B kan gevalideerd worden tussen 8 september en 13 oktober 2006.

Deze opsplitsing in deel A en deel B is noodzakelijk, omdat de officiële versie 1.3 van de codeerhandleiding pas beschikbaar is vanaf september 2006. Voor het WiN-project betekent dit dat de VG-MZG-items die in augustus nog niet definitief omschreven waren door de overheid, logischerwijs nog niet kunnen opgenomen worden in de samplinglijst. Zodra de officiële versie 1.3 van de codeerhandleiding beschikbaar is, worden deze items verwerkt in een Deel B.

Deze 2 vragenlijsten worden door 82% van de experts beantwoord. De antwoorden worden verwerkt en opnieuw ter validatie aangeboden aan de experts in een tweede Delphi-ronde.

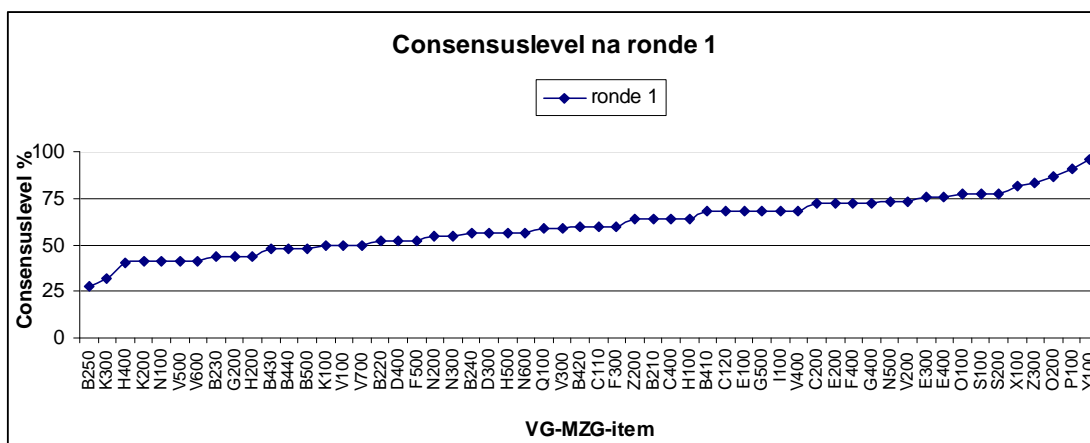
De tweede Delphi-ronde kan online ingevuld worden tussen 24 en 31 oktober 2006. Het design van de tweede vragenlijst is identiek aan het design van de eerste. Tijdens de tweede ronde krijgen de experts opnieuw de kans om via een elektronische editor de aangepaste definities één voor één te beoordelen, en hun eerdere visies bij te stellen.

Deze vragenlijst wordt door 77% van de experts ingevuld.

1.4.2.2 De gegevensverwerking

Tussen begin oktober en 24 oktober 2006 worden de opmerkingen van de experts op de eerste Delphi-ronde (deel A en deel B) verwerkt en gebundeld in een rapport.

De grafiek hieronder toont per item welk percentage van de experts akkoord gaat met de voorgestelde definities.



Figuur 1: Consensuslevel na delphi-ronde 1.

Er wordt een rapport opgemaakt met alle opmerkingen van de experts. In dit rapport wordt ieder VG-MZG-item uit de samplinglijst apart behandeld. Per item worden de opmerkingen van de experts één voor één doorgenomen. Identieke opmerkingen worden samengevat en gegeneraliseerd. In een volgende stap wordt geoordeeld of de opmerking opgenomen wordt in een nieuwe definitie. De niet-weerhouden opmerkingen worden gemotiveerd. Op deze manier krijgen de experts een verantwoording voor de niet-weerhouden opmerkingen. Nadien wordt een nieuwe definitie geformuleerd.

In de tabel 10 wordt de gebruikte methodologie verduidelijkt aan de hand van een voorbeeld.

Tabel 10: C110: Installatie van de bedlegerige patiënt

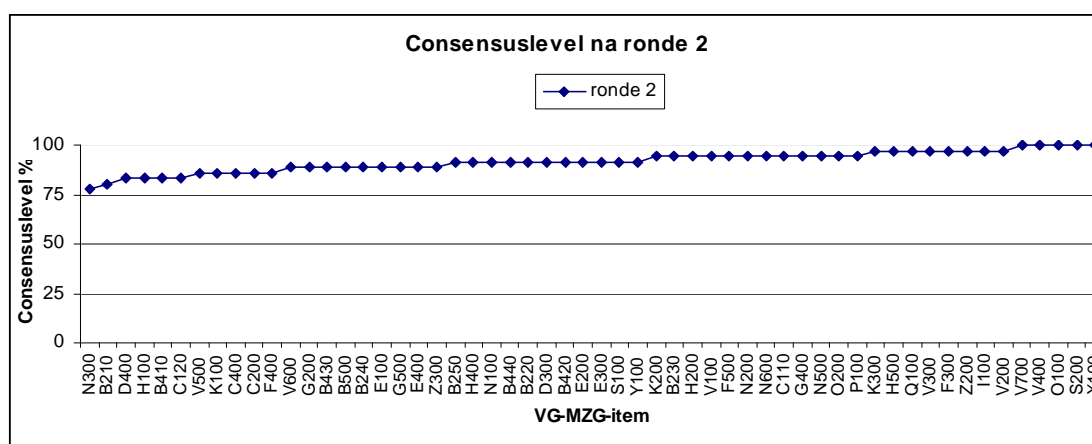
1. Beoordeelde definitie		5. Nieuwe definitie	
<p>Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.</p> <p>Veranderen van de positie van de patiënt om hem/haar in een comfortabele houding te brengen, om te eten, te slapen, te lezen, of om medische redenen.</p>		<p>Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.</p> <p>Informereren van de patiënt omtrent de installatie.</p> <p>Veranderen van de positie van de patiënt om hem/haar in een comfortabele houding te brengen, om te eten, te slapen, te lezen, of om medische redenen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een hulpmiddel.</p> <p>Handen wassen / handen ontsmetten voor en na de zorg.</p>	
2. Opmerkingen	3. Weerhouden	4. Motivatie	
Informereren van de patiënt omtrent de installatie	JA		
Ergonomische maatregelen treffen	NEE	Dit is een onderdeel van het functioneel positioneren	
Veranderen van de positie van de patiënt, eventueel gebruik makend van hulpmiddelen	JA		
<u>Opmerking:</u> Installatie ter preventie van decubitus = V200	JA		

De nieuwe definities worden in een tweede Delphi-ronde opnieuw ter validatie aan de experts voorgelegd.

Eén van de basisprincipes van Delphi is dat er zoveel rondes als nodig georganiseerd worden om tot consensus te komen. Strikte richtlijnen omtrent het correcte aantal rondes bestaan niet. Uit de literatuur blijkt wel dat het aantal rondes varieert tussen twee en vier.

Binnen dit Delphi-onderzoek wordt een aanvaardingsdrempel van 75% vooropgesteld, als bepalend criterium voor het aantal Delphi-rondes. Dit betekende dat iedere definitie door 75% van de experts moet goedgekeurd worden, vooraleer ze kan gebruikt worden als basis voor de tijdsmetingen.

Zoals aangetoond wordt in de figuur hieronder wordt dit vooropgestelde consensusniveau voor ieder item behaald na de tweede Delphi-ronde. Na deze ronde kan de volledige samplinglijst gebruikt worden als handleiding bij de tijdsmetingen.



Figuur 2: Consensuslevel na delphi-ronde 2.

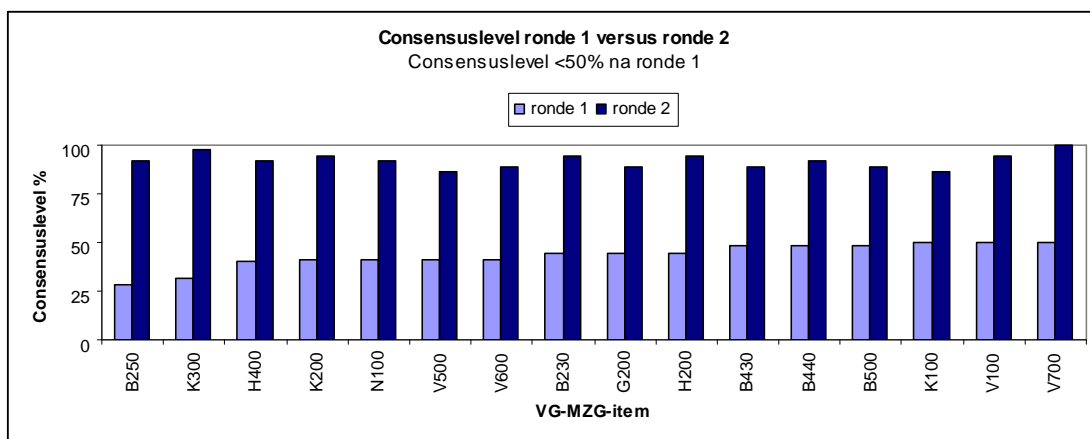
1.4.2.3 Analyse van de resultaten

Bij de analyse worden per item de consensusniveaus na ronde 1 en na ronde 2 met elkaar vergeleken.

Er wordt een opsplitsing gemaakt in 3 levels:

- Consensuslevel na de eerste ronde: > 50%
- Consensuslevel na de eerste ronde: 50%<>75%
- Consensuslevel na de eerste ronde: >75%

Zoals de figuur 3 aantoont zijn de items waarvoor een zeer laag consensusniveau bereikt wordt na de eerste ronde, vooral items die verpleegtechnische activiteit omvatten die zeer goed gekend zijn door verpleegkundigen en het zijn tevens items die reeds in de originele MVG gekend waren. Opmerkelijk voor deze items is, dat ze in VG-MZG op een andere manier of via een andere invalshoek bevroegd worden.



Figuur 3: Consensuslevel delphi-ronde 1 versus delphi-ronde 2 – Consensuslevel <50% na ronde 1.

Klasse K is hiervan een voorbeeld. VG-MZG splitst de zorg voor ademhaling op in 3 items.

- K100: Aspiratie van de luchtwegen
- K200: Ondersteunende middelen voor de ademhalingsfunctie
- K300: Kunstmatige ventilatie

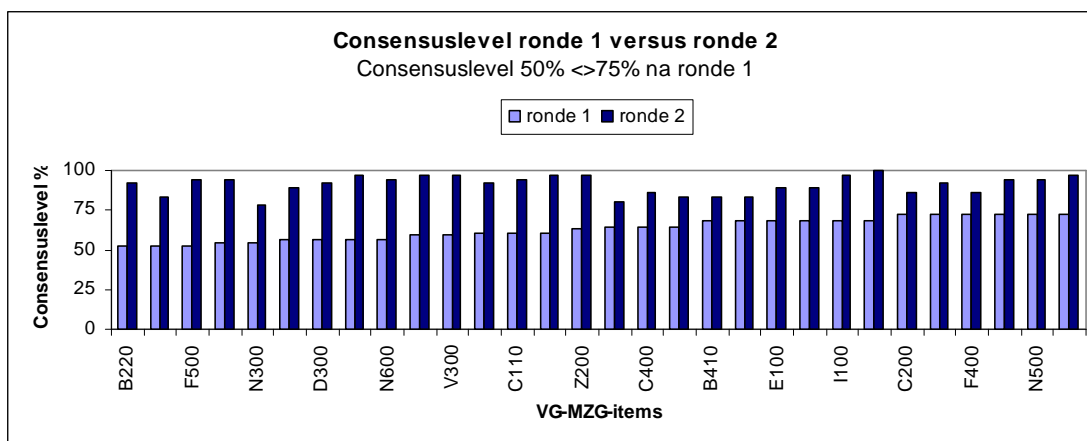
Bij MVG werden zorgen met betrekking tot ademhaling op een andere manier bevestigd. Dit verklaart de opmerkingen van experts, die bijv. aan de definitie van het item K300, de aspiratie van de luchtwegen wilden toevoegen.

Dergelijke opmerkingen zijn onder andere te wijten aan de timing van het Delphi-onderzoek. De eerste Delphi-ronde vindt plaats onmiddellijk nadat de officiële versie 1.3 van de codeerhandleiding beschikbaar is, en voordat de overheid start met de opleidingen VG-MZG voor de coördinatoren. Dit geeft aanleiding tot een aantal inhoudelijke opmerkingen, die te wijten zijn aan een verkeerde interpretatie van het item.

Tijdens de opleidingen van de overheid worden een aantal onduidelijkheden uitgeklaard. In deze optiek zou de eerste Delphi-ronde beter één maand later van start gegaan zijn. Gezien de beperkte tijd waarbinnen het onderzoek dient afgewerkt te worden, is het uitstellen van deze Delphi-ronde echter uitgesloten.

Nadat de diverse opmerkingen van de experts na de eerste ronde gemotiveerd worden, wordt voor ieder item een stijging van het consensusniveau in de tweede ronde tot boven de 75% vastgesteld.

Bij een tweede categorie items ligt het consensusniveau na de eerste ronde tussen de 50% en de 75%.



Figuur 4: Consensuslevel delphi-ronde 1 versus delphi-ronde 2 - consensuslevel 50% <=> 75% na ronde 1.

De items die tot deze categorie behoren, zijn vrijwel allemaal goed gekende items. Voor deze items komen steeds dezelfde bemerkingen terug. De opmerkingen zijn veelal gericht op een “kwalitatieve verpleegkundige zorg”.

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de meest frequent voorkomende algemene bemerkingen:

Handschoenen gebruiken:

Bij de gegevensverwerking wordt ervoor geopteerd om het handschoengebruik dat duidelijk verbonden is aan een welbepaald VG-MZG-item, te zien als een onderdeel van het item. De respectieve definities worden in functie daarvan aangepast.

Handhygiëne vóór en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten:

Zoals de ziekenhuishygiëne voorschrijft moeten “niet-zichtbaar bevulde handen” ontsmet worden met een alcoholisch ontsmettingsmiddel vóór én na ieder fysiek contact met een patiënt. Indien de handen zichtbaar bevuld zijn, moeten ze gewassen worden met water en vloeibare zeep, moeten ze goed gespoeld worden en nadien goed gedroogd worden met wegwerphanddoeken. Nadien moeten de handen ontsmet worden met een alcoholisch ontsmettingsmiddel voor handen.

In deze optiek wordt handhygiëne dus beschouwd als een activiteit die inherent verbonden is aan de meeste VG-MZG-items.

Manipulatie van apparatuur:

Het manipuleren van apparatuur (bijv. het aan- en uitschakelen van een aërosoltoestel) is voor een groot aantal items noodzakelijk. Deze activiteiten worden daarom ook beschouwd als onafscheidelijk verbonden met het item.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt - ergonomisch werken:

Een groot deel van de VG-MZG-items vereisen een functionele positionering van de patiënt. Hiermee wordt bedoeld dat de patiënt ter voorbereiding van de zorg, zodanig moet gepositioneerd worden, dat de zorgverlener ergonomisch kan werken én dat de positie voor de patiënt zo comfortabel mogelijk is.

Ook het losmaken van kledij ter voorbereiding van een zorg en het opnieuw positioneren van de patiënt nadat een technische handeling is uitgevoerd, moet als een onderdeel van het functioneel positioneren gezien worden.

Met andere woorden: Iedere vorm van positioneren die duidelijk verbonden is aan een welbepaald item wordt gezien als een onderdeel van het item.

Informereren van de patiënt:

Er werd voor geopteerd om iedere vorm van informeren omtrent de uit te voeren activiteiten te beschouwen als een onderdeel van het item.

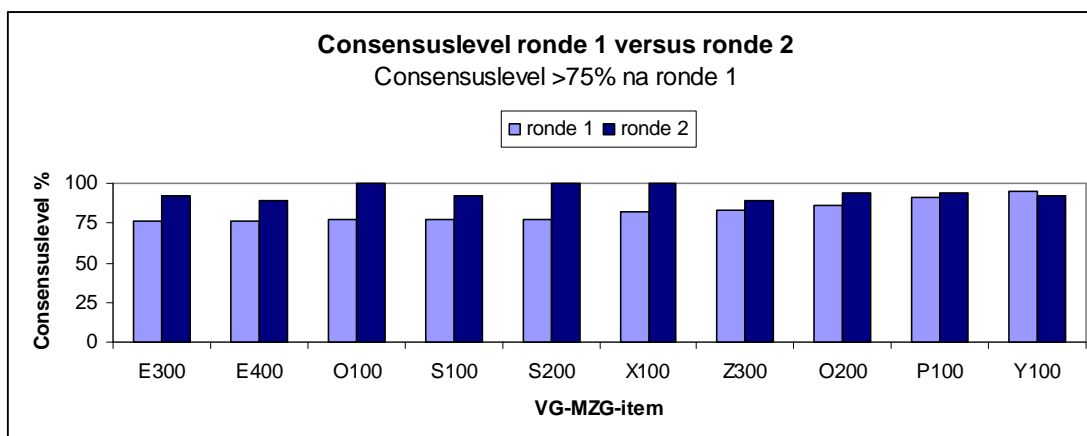
Het geven van uitgebreidere informatie, die gericht is op educatie en voorlichting, werd gezien als patiëntenvoorlichting (klasse S).

Pediatrie - intensieve zorg:

Vaak wordt gevraagd om de definitie uit te bereiden in functie van de baby's - de kinderen - intensieve zorg patiënten.

Op deze vraag wordt niet ingegaan, aangezien er enkel metingen gebeuren op C-, D-, en G-diensten.

Alle definities in de samplinglijst worden aangepast in functie van deze algemene en steeds terugkerende opmerkingen. In figuur 5 worden de items weergegeven waarvoor het consensusniveau na de eerste ronde reeds groter was dan 75%.



Figuur 5: Consensuslevel delphi-ronde 1 versus delphi-ronde 2 – Consensuslevel > 75% na ronde 1.

De items die tot deze categorie behoren, zijn items die inhoudelijk volledig nieuw zijn voor de verpleegkundige gegevensregistratie:

Kwamen in MVG niet aan bod:

- Symptoommanagement
- Gedragstherapie
- Cognitieve therapie
- Patiëntenvoorlichting
- Rooming-in
- Interculturele bemiddeling
- Multidisciplinair overleg

De definitieve Nederlandstalige samplinglijst is consulteerbaar als [bijlage 2](#).

De definitieve Franstalige samplinglijst is consulteerbaar als [bijlage 3](#).

1.5 Conclusie

Er kan geconcludeerd worden dat de elektronische Delphi-methode een goede methode is om binnen een beperkt tijdsbestek een aantal stellingen aan experts te toetsen.

Door de medewerking van een groot aantal Belgische ziekenhuizen en door de medewerking van de beroepsverenigingen kon er tijdens het Delphi-onderzoek beroep gedaan worden op 57 experts en 131 resonanten, die zich gedurende 1 jaar geëngageerd hebben om op een actieve manier mee te werken aan het project. Hun visie over de activiteiten die ieder VG-MZG-item omvat, is in de samplinglijst opgenomen.

Iedere definitie wordt minimum door 75% van de experts goedgekeurd en wordt gevalideerd door de resonanten. De samplinglijst mag dus beschouwd worden als een goede basis voor de tijdsmetingen.

Hoofdstuk 2 : Uitvoeren van metingen

2.1 Inleiding

Voor het uitvoeren van de metingen worden drie technieken aangewend:

- 'Multi Moment Opnamen' of M.M.O.
- 'Zelfregistraties'
- 'Subjectieve inschatting'

Deze technieken worden in dit onderzoek toegepast om een inzicht te krijgen in de tijdsbesteding van verpleegkundigen. Ze hebben twee doelstellingen:

1. Een zicht krijgen op het percentage aan verpleegkundige activiteiten dat door de VG-MZG wordt 'gedekt' (ten opzichte van de totale verpleegkundige tijdsbesteding).
2. Het bekomen van een normtijd voor de uitvoering van elk zorgitem.

2.2 Beschrijving van de verschillende meetmethoden

2.2.1 Inleiding

Voor het bepalen van referentietijden worden een aantal tijdmetingen uitgevoerd. Als basis wordt gebruik gemaakt van de techniek van M.M.O. (multimomentopnamen). Deze techniek laat toe om op een objectieve manier en op een relatief korte tijd veel meetgegevens (ook 'treffers' genoemd) te verzamelen.

Voor een aantal items echter stellen we vast dat deze techniek niet geschikt is.

Redenen hiervoor zijn:

- Het weinig voorkomen van een activiteit
- Door een externe waarnemer niet eenduidig te objectiveren en te classificeren activiteiten
- Parallel uitvoeren van bepaalde verpleegkundige activiteiten met andere zorgen
- Korte duur van de activiteiten

De techniek van de “directe tijdsmetingen”, waarbij continue tijdsobservaties door een externe observator bij één persoon gedurende één shift worden uitgevoerd, wordt niet aangewend omwille van het tijdsintensieve karakter. Voor het meten van items die hiervoor in aanmerking komen, wordt gebruik gemaakt van de techniek van de “zelfregistratie”, waarbij aan de zorgverleners gevraagd wordt start- en stoptijden te noteren bij het uitvoeren van een bepaalde activiteit.

Voor items waar geen tijden konden bekomen worden met de M.M.O.-techniek of “zelfregistratie” wordt de techniek van de “subjectieve inschatting” toegepast.

2.2.2 De techniek van multimomentopnamen

Bij M.M.O. worden op min of meer toevallige tijdstippen (= gerandomiseerd) gegevens verzameld over vooraf gedefinieerde activiteiten (steekproefsgewijs) van een groep personen (eenheid van observatie), verricht door een onafhankelijke waarnemer over een bepaalde periode.^[18] Oddone et al.^[19] stellen dat wanneer de observatiemomenten at random geselecteerd worden en het kader van de datacollectie bekend is, de resultaten een nauwkeurige schatting van de proportie tijd per activiteit geven.

2.2.2.1 M.M.O. door middel van externe observatoren

In de literatuur worden M.M.O. als een ideale methode beschouwd voor het bestuderen van sterk variabele werkzaamheden van verschillende representatieve werknemers, wanneer de te observeren gebeurtenissen niet in clusters voorkomen; ook voor het bestuderen van niet-repititieve werkactiviteiten of wanneer directe tijdsmetingen de gemeten activiteit kan beïnvloeden.^[1, 20-23]

Indien de waarnemingen gebeuren door twee onafhankelijke waarnemers dienen zij dezelfde meetuitkomsten te bekomen voor dezelfde onderzoekseenheden. Dit wordt ook interbeoordelaarsbetrouwbaarheid genoemd. Deze betrouwbaarheid kan bepaald worden door de beoordelaarsovereenstemming te berekenen.^[4, 23, 24]

De momentwaarnemingen gebeuren met tijdsregistratiesoftware op een handterminal.^[25-27] De waarnemingen zijn te vergelijken met een foto. De waarnemer registreert per loopronde bij elke zorgverlener van de afdeling (dit is elke professionele hulpverlener die deel uitmaakt van de verpleegequipe) het beeld dat hij met de eerste oogopslag heeft waargenomen. Om enerzijds de observator vertrouwd te laten worden met de werkzaamheden van de verpleegkundigen en het verzorgend personeel en anderzijds het personeel vertrouwd te laten worden met de observator zal deze vooraf bij voorkeur een aantal proefrondes lopen. De medewerking van alle betrokken personeelsleden van de verpleegafdeling is noodzakelijk.

Voordeel van M.M.O.:

- M.M.O. heeft als voordeel dat dit kosteneffectiever is (5-50%) dan tijdstudies via directe tijdsmeting.^[1, 4, 23, 28, 29]

Nadelen van M.M.O.:

- Er worden enkel taken en activiteiten gemeten. De complexiteit en de kwaliteit van de zorgrelatie wordt niet in beeld gebracht.^[4, 23]
- Er is beïnvloeding mogelijk van het individuele gedragspatroon door de aanwezigheid van de externe observator (= sociale wenselijkheid).^[4, 23, 24, 30]

2.2.2.2 M.M.O. met inschatting standaardfrequentie per patiënt per dag

Met deze methode wordt bedoeld het uitvoeren van Multi Moment Opnamen, waarbij de frequentie van voorkomen van een bepaalde activiteit per patiënt terug te vinden is in de databank van het FOD. (cfr. infra: analyse van de metingen)

Voordeel:

- Tijdsbesparing door een beroep te kunnen doen op bestaande databanken.

Voorwaarde:

- De inhoud van het item uit de codeerhandleiding, gebruikt tijdens de testmeting VG-MZG en de inhoud van het item uit de codeerhandleiding versie 1.3 moeten identiek zijn.

2.2.2.3 M.M.O. met turven van de activiteit:

Met deze methode wordt bedoeld het uitvoeren van Multi Moment Opnamen, waarbij de zorgverleners tijdens (of op het einde van) hun shift aanduiden hoeveel keer een bepaalde activiteit werd uitgevoerd per patiënt.

2.2.3 De techniek van zelfregistratie

Het uitvoeren van directe tijdsmetingen op verschillende verpleegafdelingen is noodzakelijk voor het bepalen van de 'exacte' tijd voor het uitvoeren van de items die voorkomen in de VG-MZG.

Tijdsmetingen kunnen enerzijds uitgevoerd worden door een externe waarnemer of anderzijds door de zorgverleners van de verpleegafdeling. In het project werd beroep gedaan op deze laatste methode.

De methode van zelfregistratie op papier behelst dat de zorgverlener bij elke uitvoering van een bepaalde activiteit de start- en de stoptijd noteert van die activiteit.

Voordelen:

- De registratie van zowel de tijd als de frequentie van voorkomen per activiteit.
- De afwezigheid van een externe observator.
- Kosteneffectief.[1, 4, 19, 21, 30-32]
- Vermijden van gedragsverandering.[21, 23, 32]
- De verpleegkundige weet beter dan wie ook welke activiteiten bij een patiënt werden uitgevoerd.

Nadelen:

- Mogelijkheid tot vals registreren. Hoewel het probleem rond vals registreren bij zelfregistratie niet groter ervaren wordt dan registratiefouten veroorzaakt door een externe observator.[19, 31]
- Brengt een extra belasting voor de deelnemers met zich mee.[31, 33]
- Gestandaardiseerde opleiding van personeel over de inhoud van het item.

2.2.4 De techniek van subjectieve inschatting

Met deze methode wordt bedoeld dat men de tijd voor het uitvoeren van een bepaalde activiteit laat inschatten door de zorgverleners.

Voordeel:

- Er wordt gebruik gemaakt van de vaak jarenlange ervaring van de basisverpleegkundigen → hoge mate van betrokkenheid van het werkveld.

Nadeel:

- Risico op het (on)bewust overschatten van de tijd per activiteit.

2.3 Voorbereiding van de metingen

2.3.1 Goedkeuring ethisch comité

Het ethisch comité van het UZ Gent verstrekke een positief advies om de tijdsmetingen uit te voeren. (bijlage 4)

2.3.2 Selectie van ziekenhuizen

Vijfentwintig ziekenhuizen stelden zich kandidaat voor de tijdsmetingen:

- 15 ziekenhuizen uit Vlaanderen
- 1 ziekenhuis uit Brussel
- 9 ziekenhuizen uit Wallonië.

Op basis van de kandidatuurstelling werden de ziekenhuizen gestratificeerd naar regio, taal, statuut en grootte.

Naargelang de grootte werd een ziekenhuis met minder dan 200 bedden als klein geclassificeerd, middelgroot indien er tussen 200 en 450 bedden waren en groot indien er meer dan 450 bedden waren.

Geen enkel klein ziekenhuis (met minder dan 200 bedden) stelde zijn kandidatuur voor de tijdsmetingen.

Er werden uiteindelijk tien ziekenhuizen geselecteerd:

- 6 ziekenhuizen van regio Vlaanderen
- 3 ziekenhuizen van regio Wallonië
- 1 ziekenhuis van regio Brussel

De stratificering was succesvol voor wat betreft regio, taal en kenletter.

De stratificering volgens grootte van ziekenhuis was wegens de kandidatuurstelling door de ziekenhuizen met overwegend meer dan 450 bedden, niet identiek aan de verdeling in België. Bij de stratificering volgens ziekenhuisstaat merken we een overaanbod van het aantal universitaire instellingen, ten koste van het aantal openbare ziekenhuizen. Het effect van deze vaststelling op de resultaten, werd niet nagegaan.

Tabel 11: Overzicht van de ziekenhuizen en de afdelingen waar M.M.O. werd uitgevoerd.

Ziekenhuis	Kenletter C		Kenletter D		Kenletter G	
	Afd.	Bedden	Afd.	Bedden	Afd.	Bedden
AZ Vesalius Tongeren	E3	29	D2	30	G0	23
			E2	23		
OLV Aalst	C1	31	D1	30	A2	32
					D2	30
St. Augustinus Antwerpen	401	33	402	33		
	404	34	405	33		
St. Jan Brugge	105	35	125	35		
	120	35				
	130	35				
St. Jozefskliniek Izegem	D5	30	D2	30	D1	24
			D3	25		
UZ Gent	1-IB	29	8-IB	31		
	5-IB	31	3-IB	31		
Cliniques Universitaires	U22	28	U51	30	U23	28
St. Luc Bruxelles	U54	30				
CH Mouscron	A3	28	A1	28		
	A4	28	D1	29		
Clinique St-Luc Bouge	N7	30	N3	30	N4	30
			N5	30		
CHC Liège	2C	37	3C	37		
	6C	32	5C	35		
Verdeling in M.M.O.		43,8%		42,6%		13,7%
Verdeling in België		42,7%		41,0%		16,3%

Het betreft 7 privé-ziekenhuizen, 1 openbaar ziekenhuis en 2 universitaire instellingen.

Tabel 12: Verdeling van het aantal bedden in de ziekenhuizen in België versus in de ziekenhuizen in de WiN-steekproef.

	Frequentie in België	Frequentie in WiN	% in België	% in WiN
0-199 bedden	43	0	30,1	0
200-299 bedden	23	1	16,1	10,0
300-449 bedden	33	3	23,1	30,0
>450 bedden	44	6	30,8	60,0
Totaal	143	10	100	100

2.3.3 Communicatie met de ziekenhuizen over de M.M.O.

In oktober 2006 worden de MVG-coördinatoren van de participerende ziekenhuizen geïnformeerd. Deze vergadering heeft tot doel de tijdsmetingen door middel van de techniek van M.M.O. voor te bereiden.

Aan de MVG-coördinatoren wordt gevraagd:

De C-, D- en G-diensten te bepalen voor de tijdsmetingen.

Dit zijn bij voorkeur architectonisch aanéénsluitende verpleegafdelingen om de tijd per loopronde minimaal te houden.

Er wordt tevens voorgesteld alle betrokkenen te informeren:

- Personeel (verpleegkundigen en medici van de afdeling)
- Patiënten
- Syndicale organisaties

Om de ziekenhuizen te steunen bij de informatie-overdracht worden verscheidene formulieren (info aan de patiënten en familie, info aan de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundigen van de afdeling) opgemaakt en wordt een presentatie ter beschikking gesteld.

2.3.4 Gebruik van bestaande databanken

M.M.O. geeft uiteindelijk een percentage van voorkomen van een bepaalde activiteit. Om te komen tot een tijd per activiteit doen we een beroep op extra informatiebronnen.

We maken gebruik van twee databanken: FOD DB1 en FOD DB2.

- FOD DB1 werd aangelegd bij de eerste testfase MVG II (1-15 december 2003; 1-5 februari 2004; 1-10 maart 2004) op basis van gegevens van 66 deelnemende ziekenhuizen. In totaal zijn er 46.070 records (= VG-MZG gegevens van 1 patiënt van 1 dag) over de kenletters C, D en G, met een relatieve ondervertegenwoordiging van kenletter C.
- FOD DB2 werd aangelegd bij de MVG-registratie van maart 2005. In totaal zijn er 12.706 records over de kenletters C en D.

Hieruit kan de gemiddelde frequentie van voorkomen afgeleid worden van een activiteit per patiëntendag. Uit deze databanken kan tevens, zowel voor numerieke als nominale variabelen een gemiddelde tijd afgeleid worden.

2.3.5 Turven van de activiteit

Aan de zorgverleners wordt gevraagd op het einde van hun shift aan te duiden hoeveel keer een bepaalde activiteit werd uitgevoerd per patiënt.

2.3.6 Keuze voor een bepaalde meetmethode per item

In een eerste fase wordt voor ieder item bepaald of voor de tijdsmetingen de techniek van de M.M.O. kan toegepast worden.

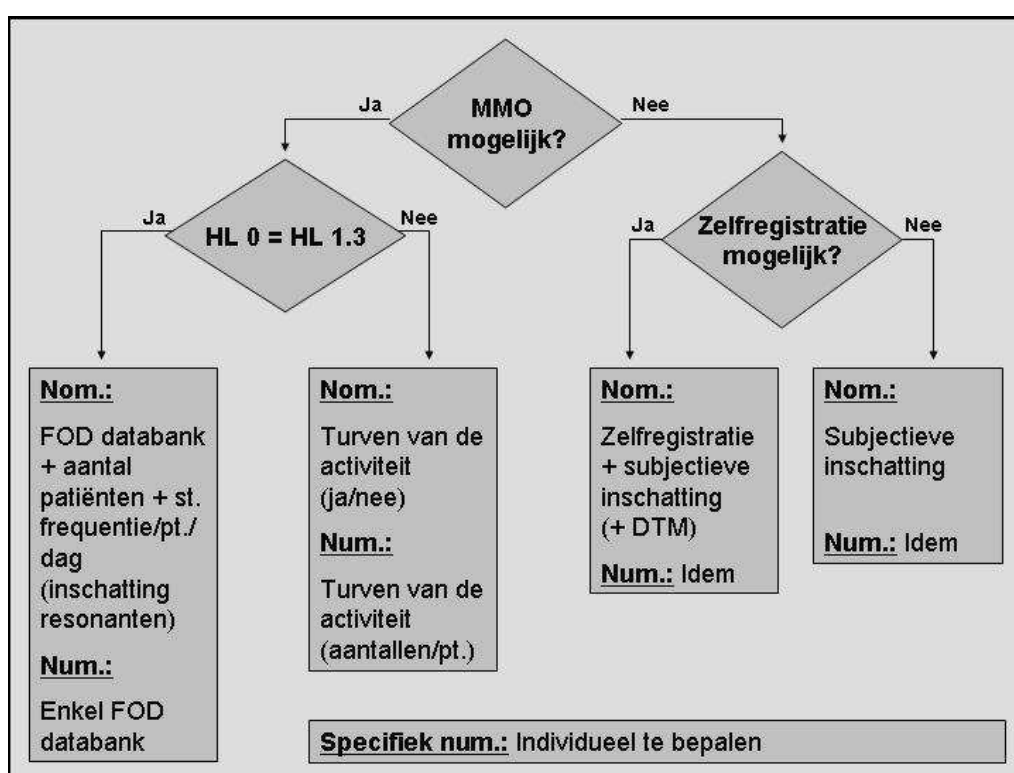
Hieruit komt een opdeling in verschillende groepen voort:

- Nominale variabelen¹⁸ met mogelijkheid om te registreren via M.M.O.
- Nominale variabelen en niet te registreren via M.M.O.
- Numerieke variabelen en te registreren via M.M.O.
- Specifieke numerieke variabelen.

¹⁸ Variabelen met scoremogelijkheden aan- of afwezig

Vervolgens werd nagegaan of de definitie van het item identiek was in handleiding 0 (gebruikt in de testfase van MVG2 cfr. FOD DB1 en FOD DB2) versus versie 1.3. Enkel indien deze inhoud overeenstemde, kon gebruik gemaakt worden van de bestaande databanken. Zoniet, moesten de activiteiten door de verpleegkundigen zelf geturfd worden.

Bij items die niet via M.M.O. bepaald konden worden, werd nagegaan of ze inhoudelijk in aanmerking kwamen om via zelfregistratie geregistreerd te worden. Indien ook deze methode niet bruikbaar leek, werd voor het gebruik van de subjectieve inschatting gekozen.



Figuur 6: Schematische voorstelling van de keuze voor een meetmethode.

Tabel 13 geeft overzichtelijk aan welke meetmethode uiteindelijk werd gebruikt. Deze methode komt niet steeds overeen met de geplande methode. Sommige items bleken in de praktijk minder voor te komen dan verwacht, of moeilijker observeerbaar tijdens M.M.O..

Tabel 13: Absolute en procentuele verdeling aantal keuzemogelijkheden per meetmethode.

Meetmethode	Aantal keuze- mogelijkheden	Percentage
M.M.O.	33	32,4%
Subjectieve inschatting	30	29,4%
Turven	2	2,0%
Zelfregistratie	37	36,3%
Totaal	102	100%

Tabel 14 geeft de beslisboom van de meetmethode per item

Tabel 14: De items en de selectiecriteria per meetmethode.

Items per meetmethode	Selectiecriteria
<p>MMO (+ databank FOD)</p> <p>B250 Zorg aan een urinaire verblijfssonde</p> <p>B300 Uitvoeren van een blaassondage</p> <p>B600 Educatie mbt urinaire en/of fecale uitscheiding</p> <p>D400 Toediening TPN</p> <p>D500 Educatie mbt voeding</p> <p>F112 Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bed/lavabo</p> <p>F113 Volledige hulp bij hygiëne in bed/lavabo</p> <p>F122 Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bad/douche</p> <p>F123 Volledige hulp bij hygiëne in bad/douche</p> <p>F200 Educatie en training mbt hygiënische verzorging</p> <p>F300 Hulp bij dagkledij</p> <p>G200 Beleid bij een evacuerende maagsonde</p> <p>G302 Glycemiebeleid mét educatie</p> <p>H100 Toediening geneesmiddelen SC/ID/IM</p> <p>H200 Toediening geneesmiddelen IV</p> <p>H400 Toediening geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoffent</p> <p>L100 Toezicht op een wonde, wondomgeving en verbandmateriaal</p> <p>L200 Verzorging van wonden met suturen en/of insteekpunten</p> <p>L300 Eenvoudige verzorging van een open wonde</p> <p>L400 Complexe verzorging van een open wonde</p> <p>L500 Verzorging van huidlaesies als gevolg van dermatologische aandoeningen</p> <p>N100 Toediening van bloed(componenten)</p> <p>N200 Toezicht en/of verzorging van een artificiële toegangspoort</p> <p>N500 Capillaire bloedafname</p> <p>Q100 Bevorderen van de communicatie bij communicatiemoelijkheden</p> <p>S100 Gerichte educatie en voorlichting</p> <p>S200 Voorlichting bij operatie of onderzoek</p> <p>V601 Isolatiemaatregelen: barrièreverpleging</p> <p>V602 Isolatiemaatregelen: Isolatie in aparte kamer</p> <p>X100 Rooming-in van familie of significante naaste</p> <p>Y200 Verpleegkundige anamnese</p> <p>Z200 Ondersteuning van de arts bij een niet-delegeerbare medische handeling</p> <p>Z300 Multidisciplinair overleg</p>	<p>- Activiteit is op zichzelf observeerbaar tijdens M.M.O..</p> <p>- Activiteit is te onderscheiden van een andere activiteit tijdens M.M.O.</p> <p>- De definitie van het item is vergelijkbaar in de handleiding tijdens de testfase, met de definitie in handleiding versie 1.3</p>

<table border="1"> <tr> <th colspan="2">MMO (+turven)</th> </tr> <tr> <td>F400</td> <td>Zorgen mbt het zelfbeeld</td> </tr> <tr> <td>N300</td> <td>Veneuze bloedafname</td> </tr> </table>	MMO (+turven)		F400	Zorgen mbt het zelfbeeld	N300	Veneuze bloedafname	<p>- Activiteit is op zichzelf observeerbaar tijdens M.M.O.</p> <p>- Activiteit is te onderscheiden van een andere activiteit tijdens M.M.O.</p>																																										
MMO (+turven)																																																	
F400	Zorgen mbt het zelfbeeld																																																
N300	Veneuze bloedafname																																																
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Zelfregistratie</th> </tr> <tr> <td>B220</td> <td>Ondersteuning van de urinair continente patiënt</td> </tr> <tr> <td>B230</td> <td>Zorg bij de urinair incontinente patiënt</td> </tr> <tr> <td>B240</td> <td>Zorg aan een urinair stoma</td> </tr> <tr> <td>B420</td> <td>Ondersteuning van de fecaal continente patiënt</td> </tr> <tr> <td>B430</td> <td>Zorgen bij de fecaal incontinente patiënt</td> </tr> <tr> <td>B440</td> <td>Zorg mbt een fecaal stoma/pouch</td> </tr> <tr> <td>B500</td> <td>Toediening lavement/... ter behandeling van obstipatie</td> </tr> <tr> <td>C110</td> <td>Installatie van de bedlegerige patiënt</td> </tr> <tr> <td>C121</td> <td>Begeleiding van een installatie (niet-bedlegerige patiënt)</td> </tr> <tr> <td>C122</td> <td>Gedeeltelijke hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)</td> </tr> <tr> <td>C123</td> <td>Volledige hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)</td> </tr> <tr> <td>C201</td> <td>Begeleiding bij het verplaatsen van de patiënt</td> </tr> <tr> <td>C202</td> <td>Volledige hulp bij het verplaatsen van de patiënt</td> </tr> <tr> <td>D111</td> <td>Basishulp bij voeding</td> </tr> <tr> <td>D112</td> <td>Gedeeltelijke hulp bij voeding</td> </tr> <tr> <td>D113</td> <td>Volledige hulp bij voeding</td> </tr> <tr> <td>D114</td> <td>Guiding</td> </tr> <tr> <td>F500</td> <td>Bijzondere mondzorg</td> </tr> <tr> <td>I100</td> <td>Bewaking van de neurologische functie dmv een meetinstrument</td> </tr> <tr> <td>K100</td> <td>Aspiratie van de luchtwegen</td> </tr> <tr> <td>K201</td> <td>Ondersteuning bij ademhaling: masker, neusbril, ...</td> </tr> <tr> <td>K203</td> <td>Ondersteuning bij ademhaling: tracheacanule</td> </tr> <tr> <td>K300</td> <td>Kunstmatige ventilatie</td> </tr> </table>	Zelfregistratie		B220	Ondersteuning van de urinair continente patiënt	B230	Zorg bij de urinair incontinente patiënt	B240	Zorg aan een urinair stoma	B420	Ondersteuning van de fecaal continente patiënt	B430	Zorgen bij de fecaal incontinente patiënt	B440	Zorg mbt een fecaal stoma/pouch	B500	Toediening lavement/... ter behandeling van obstipatie	C110	Installatie van de bedlegerige patiënt	C121	Begeleiding van een installatie (niet-bedlegerige patiënt)	C122	Gedeeltelijke hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)	C123	Volledige hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)	C201	Begeleiding bij het verplaatsen van de patiënt	C202	Volledige hulp bij het verplaatsen van de patiënt	D111	Basishulp bij voeding	D112	Gedeeltelijke hulp bij voeding	D113	Volledige hulp bij voeding	D114	Guiding	F500	Bijzondere mondzorg	I100	Bewaking van de neurologische functie dmv een meetinstrument	K100	Aspiratie van de luchtwegen	K201	Ondersteuning bij ademhaling: masker, neusbril, ...	K203	Ondersteuning bij ademhaling: tracheacanule	K300	Kunstmatige ventilatie	<p>- Activiteit kan duidelijk afgebakend worden (begin- en eindpunt)</p> <p>- Activiteit komt frequent voor op de verpleegafdeling</p> <p>- Activiteit duurt lang genoeg om te kunnen registreren</p>
Zelfregistratie																																																	
B220	Ondersteuning van de urinair continente patiënt																																																
B230	Zorg bij de urinair incontinente patiënt																																																
B240	Zorg aan een urinair stoma																																																
B420	Ondersteuning van de fecaal continente patiënt																																																
B430	Zorgen bij de fecaal incontinente patiënt																																																
B440	Zorg mbt een fecaal stoma/pouch																																																
B500	Toediening lavement/... ter behandeling van obstipatie																																																
C110	Installatie van de bedlegerige patiënt																																																
C121	Begeleiding van een installatie (niet-bedlegerige patiënt)																																																
C122	Gedeeltelijke hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)																																																
C123	Volledige hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)																																																
C201	Begeleiding bij het verplaatsen van de patiënt																																																
C202	Volledige hulp bij het verplaatsen van de patiënt																																																
D111	Basishulp bij voeding																																																
D112	Gedeeltelijke hulp bij voeding																																																
D113	Volledige hulp bij voeding																																																
D114	Guiding																																																
F500	Bijzondere mondzorg																																																
I100	Bewaking van de neurologische functie dmv een meetinstrument																																																
K100	Aspiratie van de luchtwegen																																																
K201	Ondersteuning bij ademhaling: masker, neusbril, ...																																																
K203	Ondersteuning bij ademhaling: tracheacanule																																																
K300	Kunstmatige ventilatie																																																

Zelfregistratie		
P100	Zorgen aan pt met cognitief verminderd functioneren	- Activiteit kan duidelijk afgebakend worden (begin- en eindpunt)
R110	Basis emotionele ondersteuning	
R120	Gerichte emotionele ondersteuning	
R130	Opvang van een emotionele crisis	- Activiteit komt frequent voor op de verpleegafdeling
V200	Decubituspreventie: wisselhouding	
V300	Bewaken van biologische vitale parameters: continue monitoring (1 parameter)	
V300	Bewaken van biologische vitale parameters: continue monitoring (2 parameters)	- Activiteit duurt lang genoeg om te kunnen registreren
V300	Bewaken van biologische vitale parameters: continue monitoring (3 parameters)	
V300	Bewaken van biologische vitale parameters: continue monitoring (4 parameters)	
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monitoring (1 keer)	
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monitoring (2 keer)	
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monitoring (3 keer)	
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monitoring (4-6 keer)	
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monitoring (7-12 keer)	

Subjectieve inschatting	
A100	Gestructureerde lichamelijke oefeningen
B210	Het opvolgen van de mictie van de urinair continente patiënt
B410	Het opvolgen van de defecatie van de fecaal continente patiënt
C400	Aanwezigheid van tractie
D300	Toediening van sondevoeding
E100	Symptoommanagement: pijn
E200	Symptoommanagement: nausea en braken
E300	Symptoommanagement: moeheid
E400	Symptoommanagement: sedatie
F111	Basisondersteuning hygiëne in bed/lavabo
F114	Guiding bij hygiëne in bed/lavabo
F121	Basisondersteuning hygiëne in bad/douche
F124	Guiding bij hygiëne in bad/douche
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans (Score 1)
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans (Score 2)
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans (Score 3+)
G301	Glycemiebeleid
G400	Bloedwaardenbeleid
G500	Beleid m.b.t. dialyse
H500	Toediening geneesmiddelen via vaginale weg
I200	Bewaking intracraniale druk met drainage
I200	Bewaking intracraniale druk zonder drainage
N400	Arteriële bloedafname
N600	Cardio-circulatoire ondersteuning: elektrisch
O200	Zorg mbt gedragsstoornissen
V100	Decubituspreventie: gebruik van dynamische antidecubitusmaterialen
V500	Staalafname van weefsel of lichamelijk excretiemateriaal
V700	Beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie
Y100	Interculturele bemiddeling
Z400	Contact met andere instellingen

- Activiteit voldoet niet aan één van vorige criteria:

Dus:

- Activiteit komt niet frequent voor

- Begin- en eindpunt van activiteit is moeilijk vast te leggen

2.4 Praktische uitwerking van de metingen

2.4.1 M.M.O.

- De M.M.O. worden uitgevoerd in 40 verpleegafdelingen: 17 C-, 17D-, en 6 G- diensten, door 2 observatoren voor Vlaanderen en vier voor Wallonië en Brussel. Alle observatoren zijn verpleegkundigen.
- De samplinglijst WiN wordt als referentiekader gebruikt door de observatoren. Dit moet de observatoren toelaten om alle geobserveerde (deel)-activiteiten op een objectieve manier toe te wijzen aan een welbepaald zorgitem.
- Voor de effectieve observaties starten worden de observatoren opgeleid en worden proefrondes gelopen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen de verschillende observatoren bedraagt voor de metingen 84%.
- De observaties worden uitgevoerd aan de hand van een Personal Digital Assistent (PDA), uitgerust met een aanraakscherm en pen.
- Voor de indeling van de PDA wordt het hoofdmenu opgedeeld in 20 hoofdcategorieën. Vanuit de hoofdcategorie kunnen subcategorieën aangeduid worden. Alle VG-MZG-items en hun verschillende scoremogelijkheden worden voorzien. Ook een aantal items die niet in de VG-MZG voorkomen worden weerhouden. Voorbeelden hiervan zijn lijktooi en verversen van linnen. Bij het registreren wordt uitgegaan van de hoofdactiviteit. Wanneer een verpleegkundige met een patiënt een gesprek voert tijdens het bedbad wordt dit geregistreerd als 'bedbad' en niet als 'communicatie met de patiënt'.
Meermaals per dag worden de gegevens uitgewisseld tussen de PDA en de PC.
- De looprondes vinden plaats in de periode november tot eind december 2006.

- Per ziekenhuis wordt geobserveerd gedurende twee dagen in de ochtendshift en twee dagen in de late shift. De nachtshift wordt niet meegenomen omdat de personeelsbezetting 's nachts nauwelijks gestuurd wordt door de werklust maar eerder een vaste minimum bezetting is.
- Communicatie met de betrokkenen wordt als bijzonder belangrijk ingeschat.

Om het registreren te vergemakkelijken worden met de zorgverleners een aantal concrete afspraken gemaakt:

- Aan de zorgverleners wordt een identificatienummer toegekend zodat het voor de waarnemer duidelijk kan zijn dat elke zorgverlener van de afdeling, per loopronde (slechts éénmaal) wordt geregistreerd.
- Aan de zorgverleners wordt gevraagd het vertrek- en aankomstuur en de reden voor het verlaten van de afdeling te registreren.
- Aan de zorgverleners wordt gevraagd systematisch het 'bezetlichtje' te gebruiken tijdens verzorging in de kamer.

2.4.2 Zelfregistratie

- De zelfregistraties worden uitgevoerd in 6 ziekenhuizen. Alle medewerkers van de betrokken verpleegafdelingen die verpleegkundige zorg verlenen nemen deel aan de zelfregistraties (verpleegkundigen, logistieke assistenten, studenten verpleegkunde,...)
Zij noteren de start- en stoptijden bij het uitvoeren van de te registreren activiteit bij alle patiënten van de verpleegafdeling.
- De zelfregistraties worden uitgevoerd aan de hand van daarvoor ontwikkelde registratieformulieren, per item, per patiënt en per dag in te vullen. Alle meetfiches werden vooraf uitgetest tijdens proefmetingen.

Elke meetfiche beschrijft een item uit de samplinglijst WiN en de specifieke deelactiviteiten. De start- en eindpunten van de activiteit worden eveneens gedefinieerd.

De zorgverleners noteren de start- en stoptijd van de handelingen die nodig zijn om bijvoorbeeld een bijzondere mondzorg uit te voeren bij een patiënt.

- Per ziekenhuis worden op deze wijze 6 verschillende items geregistreerd. Er wordt geregistreerd in de periode 5-16 maart 2007 (vanaf de start van de ochtendshift tot het einde van de late shift).
- De medewerkers van de verschillende ziekenhuizen worden vooraf geïnformeerd en geïnstrueerd. Een belangrijke rol wordt ingevuld door de plaatselijke MVG-coördinator en de hoofdverpleegkundige.

Het aantal geregistreerde patiëntendagen bedraagt 2.316

Tabel 15: Ziekenhuizen waar zelfregistratie werd uitgevoerd.

Ziekenhuizen 'Zelfregistratie'
UZ Gent
AZ Sint-Lucas Gent
AZ Jan Palfijn
AZ Sint-Blasius
Heilig Hartziekenhuis Roeselare en Menen
ASZ-Aalst

Uitleg bij de invulvelden:

Datum:		Inden van toepassing		
Afdeling: C-dienst G-dienst D-dienst (omkruis wat past)		OPNAME - ONTSLAG (Omkruis wat past) ...:.. UUR		
De decubituspreventie: wisselhouding (met schema)				
De start- en stoptijd noteren van de handelingen die nodig zijn om een patiënt van houding te veranderen, zoals beschreven in het patiëntendossier				
	Het aantal zorgverleners dat hulp biedt bij wisselhouding	START	STOP	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
Omschrijving van het Rem				
<p>Tienkruis van de volgende maatregelen om de prikkel van de patiënt te respecteren.</p> <p>Indien er is sprake van patiënt, de familie, de zorgverlener, samen met de patiënt en de familie.</p> <p>De patiënt op een rustige manier naar de wisselhouding brengen. Het is belangrijk om de wisselhouding met de wisselhouding, de wisselhouding te gebruiken als de decubituspreventie, het is belangrijk om de wisselhouding (bij de wisselhouding...)</p> <p>De wisselhouding van de preventie maatregelen.</p> <p>START: Wanneer 1 van de hierboven vermelde acties is voltooid, start de tijd.</p> <p>STOP: Wanneer de wisselhouding is bevestigd, stop de tijd.</p>				
www.wzkg.nl				

Datum: Dag van registratie

Afdeling: Aanduiding van de kenletter van de afdeling: C, D, of G. De onderzoeksequipe heeft GEEN andere afdelingskenmerken nodig (zoals nummer of afdelingsnaam)

Opname-uur: Enkel in te vullen wanneer de patiënt tijdens de registratiedag opgenomen wordt op de afdeling.

Ontslag-uur: Enkel van toepassing wanneer de patiënt tijdens de registratiedag ontslagen wordt van de afdeling.

Figuur 7: Registratiefiche decubituspreventie door middel van wisselhouding.

2.4.3 Subjectieve inschatting

- De beroepsorganisaties, de verpleegkundige departementshoofden van de ziekenhuizen en de (verpleegkundige werk-)studenten medisch-sociale wetenschappen van de Universiteit Gent en de Université Catholique de Louvain worden aangeschreven om te participeren aan het WiN-project. 226 respondenten nemen deel aan dit luik van het onderzoek.
- Via de website wordt een elektronische vragenlijst aangeboden met items waarvoor geen normtijden werden bekomen via de M.M.O. en de zelfregistraties.
Per meetfiche wordt het item, zoals het voorkomt op de samplinglijst, gedefinieerd inclusief de specifieke deelactiviteiten.
Aan de respondenten wordt hun expertise in C, D of G gevraagd en hun vertrouwd zijn met het te beoordelen item. Indien voldoende vertrouwd wordt gevraagd een gemiddelde tijd in te schatten.

De registratie loopt van 26 maart tot 12 april 2007.

2.5 Conclusie

Een groot deel van de items VG-MZG kan via M.M.O. objectief gemeten worden. Alternatieve metingen via zelfregistratie en uiteindelijk subjectieve inschattingen zijn nodig om alle normtijden in kaart te brengen.

Dit belangrijke onderdeel van het onderzoek is bijzonder tijdsintensief gebleken. Het leidt tot normtijden, die in het volgende hoofdstuk toegelicht worden.

Finaal worden alle normtijden ter bekrachtiging voorgelegd aan de verpleegkundigen.

Hoofdstuk 3 : Analyse en validatie van de meetresultaten

3.1 Analyse van de meetresultaten

In deze sectie worden de resultaten van de multi-momentopnamen en de analyses die hierop zijn uitgevoerd bestudeerd. Daarnaast worden ook de resultaten van de aanvullende directe tijdsmetingen besproken.

3.1.1 Multimomentopnamen

3.1.1.1 Resultaten

De treffers van de M.M.O. (multimomentopnamen) in de verschillende ziekenhuizen worden vanuit de PDA geëxtraheerd en worden geconsolideerd in een gemeenschappelijke database. Ziekenhuis, taal en kenletter zijn enkele belangrijke ziekenhuiskenmerken die per treffer worden opgeslagen. Belangrijke informatie betreffende de waarneming zelf zijn de registratie op itemniveau, op klasseniveau en een categorische variabele die weergeeft of de waarneming al dan niet tot de VG-MZG-registratie behoort.

Uit deze database worden frequentietabellen geëxtraheerd op item-niveau om hieruit een tijd en een betrouwbaarheidsinterval per item te bekomen. Eerst wordt per item een percentage van voorkomen berekend, door het aantal treffers te delen door het totaal aantal treffers (+/- 13.000). Vervolgens wordt op basis van dit percentage (%occ) een absolute nauwkeurigheid (AbsNauwk) berekend op basis van de binomiale wet met de volgende formule:

$$AbsNauwk = 2\sqrt{\left[\frac{(\%occ \times (100 - \%occ))}{(TotaalAantalTreffers)}\right]}$$

Om van een percentage van voorkomen naar een geschatte tijd per item te gaan, wordt als volgt te werk gegaan:

Er wordt gestart enerzijds van een percentage van voorkomen en anderzijds van de totale duurtijd waarover de M.M.O.-studie wordt uitgevoerd. Dit zijn 7.700 verpleegkundige uren. Door het percentage van voorkomen te vermenigvuldigen met de totale tijd wordt de totale tijd bekomen die aan dat item besteed wordt gedurende de studie. Vervolgens moet deze totale tijd enkel nog gedeeld worden door het aantal keren dat die activiteit tijdens de totale studie wordt uitgevoerd. De formule ziet er als volgt uit:

$$Tijd(\text{min}) = [7700 \times 60 \times (\% \text{occ}) / \text{aantal}]$$

Om het aantal te bekomen kan gebruik gemaakt worden van twee informatiebronnen. Enerzijds worden de twee databases van de FOD ten volle benut. Hieruit bepalen we een gemiddeld aantal keer dat een activiteit wordt uitgevoerd op een patiëntendag. Door dit aantal te vermenigvuldigen met het aantal patiëntendagen in de studie komt men tot een schatting van het totaal aantal keer dat een activiteit daadwerkelijk heeft plaatsgevonden over de studieduur. Anderzijds worden twaalf items door de verpleegkundigen geturfd. (tabel 16)

Tabel 16: Lijst van de 12 geturfde items

C300	Transport van de patiënt buiten de afdeling
D111	Basishulp bij voeding
D112	Gedeeltelijke hulp bij voeding
D113	Volledige hulp bij voeding
F111	Basisondersteuning hygiëne in bed/lavabo
F112	Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bed/lavabo
F113	Volledige hulp bij hygiëne in bed/lavabo
F121	Basisondersteuning hygiëne in bad/douche
F122	Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bad/douche
F123	Volledige hulp bij hygiëne in bad/douche
F400	Zorgen mbt het zelfbeeld
N300	Veneuze bloedafname

Enkel voor items F400 en N300 worden de gegevens in het verdere verloop van de studie gebruikt. Het gebruik van de databases van de FOD zorgt ervoor dat de verpleegkundigen niet te zwaar belast worden met het turven tijdens de studie.

Het percentage van voorkomen van een activiteit wordt aan de hand van bovenstaande gegevens dan omgezet in een geschatte duurtijd door het percentage te vermenigvuldigen met de totale tijd waarover de M.M.O.-studie loopt (7.700 uren) en deze tijd te delen door het (geschatte) aantal keren dat deze activiteit daadwerkelijk plaatsgevonden heeft overheen de studie.

Aan de hand van de absolute nauwkeurigheid kan men daarenboven voor de gevonden tijd een betrouwbaarheidsinterval opstellen.

In tabel 17 worden voor alle items de bekomen tijden en betrouwbaarheidsintervallen gegeven. Indien de ondergrens van het betrouwbaarheidsinterval negatief is, wordt deze op nul gezet. Voor item D500 wordt geen tijd bekomen omdat er geen turving of gegevens uit de FOD databases beschikbaar zijn. Voor deze variabele kan enkel een percentage van voorkomen gegeven worden.

Tabel 17: Beschrijving van de M.M.O.-resultaten met percentage van voorkomen, gemiddelde tijd en upper- en lower-limit.

	%	LL	Tijd	UL
A100 Gestructureerde lichamelijke oefeningen	0,01	0:00:00	0:00:12	0:00:37
B210 Het opvolgen van de mictie van de urinair continente patiënt	0,07	0:00:05	0:00:15	0:00:25
B220 Ondersteuning van de urinair continente patiënt	0,61	0:01:41	0:02:10	0:02:38
B230 Zorg bij de urinair incontinente patiënt	0,73	0:03:41	0:04:37	0:05:33
B240 Zorg aan een urinair stoma	0,05	0:01:13	0:06:41	0:12:09
B250 Zorg aan een urinaire verblijfssonde	0,39	0:02:52	0:03:59	0:05:05

B300	Uitvoeren van een blaassondage	0,21	0:09:33	0:15:21	0:21:09
B410	Het opvolgen van de defecatie van de fecaal continente patiënt	0,03	0:00:00	0:00:04	0:00:09
B420	Ondersteuning van de fecaal continente patiënt	0,49	0:01:24	0:01:52	0:02:20
B430	Zorgen bij de fecaal incontinentie patiënt	0,71	0:03:15	0:04:06	0:04:56
B440	Zorg mbt een fecaal stoma/pouch	0,32	0:20:38	0:29:49	0:39:00
B500	Toediening lavement/... ter behandeling van obstipatie	0,11	0:02:57	0:06:20	0:09:44
B600	Educatie mbt urinaire en/of fecale uitscheiding	0,10	0:10:41	0:23:58	0:37:16
C110	Installatie van de bedlegerige patiënt	0,92	0:10:18	0:12:34	0:14:49
C121	Begeleiding van een installatie (niet-bedlegerige patiënt)	0,18	0:00:32	0:00:54	0:01:16
C122	Gedeeltelijke hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)	0,72	0:02:31	0:03:09	0:03:48
C123	Volledige hulp bij installatie (niet-bedlegerige patiënt)	0,22	0:01:24	0:02:14	0:03:04
C201	Begeleiding bij het verplaatsen van de patiënt	0,99	0:04:16	0:05:10	0:06:04
C202	Volledige hulp bij het verplaatsen van de patiënt	0,34	0:01:42	0:02:25	0:03:08
C300	Transport van de patiënt buiten de afdeling	1,98	0:06:59	0:07:58	0:08:56
D111	Basishulp bij voeding	1,39	0:02:12	0:02:35	0:02:58
D112	Gedeeltelijke hulp bij voeding	0,56	0:03:30	0:04:34	0:05:38
D113	Volledige hulp bij voeding	0,70	0:12:43	0:16:02	0:19:20
D300	Toediening van sondevoeding	0,03	0:00:00	0:02:56	0:05:53
D400	Toediening TPN	0,23	0:05:14	0:08:10	0:11:07
D500	Educatie mbt voeding	0,16	/	/	/
E100	Symptoommanagement: pijn	0,08	0:00:04	0:00:11	0:00:19
E200	Symptoommanagement: nausea en braken	0,02	0:00:00	0:00:12	0:00:26
F111	Basisondersteuning hygiëne in bed/lavabo	0,05	0:00:03	0:00:18	0:00:34
F112	Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bed/lavabo	1,38	0:05:01	0:05:53	0:06:44

F113	Volledige hulp bij hygiëne in bed/lavabo	4,19	0:11:57	0:13:02	0:14:07
F121	Basisondersteuning hygiëne in bad/douche	0,03	0:00:00	0:03:37	0:07:15
F122	Gedeeltelijke hulp bij hygiëne in bad/douche	0,02	0:00:00	0:04:30	0:09:42
F123	Volledige hulp bij hygiëne in bad/douche	0,04	0:00:18	0:02:58	0:05:37
F200	Educatie en training mbt hygiënische verzorging	0,07	0:00:39	0:01:58	0:03:17
F300	Hulp bij dagkledij	0,21	0:02:39	0:04:16	0:05:53
F400	Zorgen mbt het zelfbeeld	0,05	0:01:00	0:04:12	0:07:24
F500	Bijzondere mondzorg	0,02	0:00:00	0:00:02	0:00:06
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans	0,16	0:00:20	0:00:35	0:00:51
G200	Beleid bij een evacuerende maagsonde	0,05	0:01:02	0:05:41	0:10:19
G301	Glycemiebeleid	0,22	0:01:07	0:01:47	0:02:27
G302	Glycemiebeleid mét educatie	0,07	0:07:20	0:21:59	0:36:39
H100	Toediening geneesmiddelen SC/ID/IM	1,25	0:01:47	0:02:07	0:02:27
H200	Toediening geneesmiddelen IV	3,51	0:02:11	0:02:24	0:02:37
H400	Toediening geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoftent	0,14	0:00:06	0:00:11	0:00:16
K100	Aspiratie van de luchtwegen	0,03	0:00:00	0:02:36	0:05:13
K201	Ondersteuning bij ademhaling: masker, neusbril, ...	0,29	0:01:17	0:01:53	0:02:30
K203	Ondersteuning bij ademhaling: tracheacanule	0,07	0:03:03	0:09:11	0:15:18
L100	Toezicht op een wonde, wondomgeving en verbandmateriaal	0,27	0:00:39	0:00:59	0:01:19
L200	Verzorging van wonden met suturen en/of insteekpunten	0,96	0:02:53	0:03:31	0:04:08
L300	Eenvoudige verzorging van een open wonde	0,77	0:05:59	0:07:28	0:08:56
L400	Complexe verzorging van een open wonde	0,36	0:09:29	0:13:19	0:17:09
L500	Verzorging van huidlaesies als gevolg van dermatologische aa	0,22	0:01:44	0:02:46	0:03:48
N100	Toediening van bloed(componenten)	0,13	0:01:46	0:03:26	0:05:07

N200	Toezicht en/of verzorging van een artificiële toegangspoort	0,77	0:01:24	0:01:45	0:02:06
N300	Veneuze bloedafname	0,65	0:02:30	0:03:12	0:03:54
N500	Capillaire bloedafname	0,72	0:01:23	0:01:44	0:02:06
O200	Zorg mbt gedragsstoornissen	0,02	0:00:00	0:04:47	0:11:34
Q100	Bevorderen van communicatie bij communicatiemoelijkheden	0,09	0:03:27	0:08:09	0:12:52
R110	Basis emotionele ondersteuning	0,16	0:00:12	0:00:21	0:00:31
R120	Gerichte emotionele ondersteuning	0,01	0:00:00	0:00:09	0:00:28
R130	Opvang van een emotionele crisis	0,07	0:02:13	0:06:41	0:11:08
S100	Gerichte educatie en voorlichting	0,89	0:04:14	0:05:11	0:06:08
S200	Voorlichting bij operatie of onderzoek	0,84	0:07:32	0:09:17	0:11:03
V100	Decubituspreventie: gebruik van dynamische antidecubitusmate	0,08	0:00:34	0:01:32	0:02:31
V200	Decubituspreventie: wisselhouding	0,02	0:00:00	0:00:00	0:00:02
V300	Bewaken van biologische vitale parameters: continue monitori	0,11	0:00:18	0:00:39	0:01:00
V400	Bewaken van biologische vitale parameters: discontinue monit	3,10	0:01:29	0:01:39	0:01:48
V500	Staalafname van weefsel of lichamelijk excretiemateriaal	0,07	0:00:14	0:00:42	0:01:10
V601	Isolatiemaatregelen: barrièreverpleging	0,18	0:06:47	0:11:28	0:16:09
V602	Isolatiemaatregelen: Isolatie in aparte kamer	0,08	0:01:10	0:03:12	0:05:14
V700	Beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie	0,19	0:01:48	0:03:00	0:04:12
X100	Rooming-in van familie of significante naaste	0,08	0:03:30	0:08:50	0:14:10
Y200	Verpleegkundige anamnese	0,24	0:01:44	0:02:42	0:03:39
Z200	Ondersteuning van de arts bij een niet-delegeerbare medische	0,11	0:04:30	0:09:19	0:14:07
Z300	Multidisciplinair overleg	0,51	0:06:01	0:07:56	0:09:52
Z400	Contact met andere instellingen	0,02	0:00:00	0:00:50	0:02:01

3.1.1.2 Niveau van nauwkeurigheid

Een eerste opmerking bij de analyses betreft het aantal waarnemingen. Barnes (1956) zegt meer over het aantal waarnemingen nodig om een nauwkeurigheidsgraad van 5% en een 95% betrouwbaarheidsinterval te bekomen in functie van het percentage van voorkomen van een activiteit.

Tabel 18: Het aantal waarnemingen dat volgens Barnes nodig is om een nauwkeurigheidsgraad van 5% en een betrouwbaarheidsinterval van 95% te bekomen.

%occ	1	2	3	4	5	10	15	20	25	30	40
Aantal observaties	158.400	78.400	51.700	38.400	30.400	14.400	9.070	6.400	4.800	3.730	2.400

De uitgevoerde M.M.O.-studie behelst in totaal 13.292 treffers. Dit zou willen zeggen dat er enkel uitspraken kunnen gedaan worden over activiteiten met een procentueel voorkomen van 10% of meer. Echter de percentages van voorkomen in de studie zijn altijd veel kleiner dan 10%.

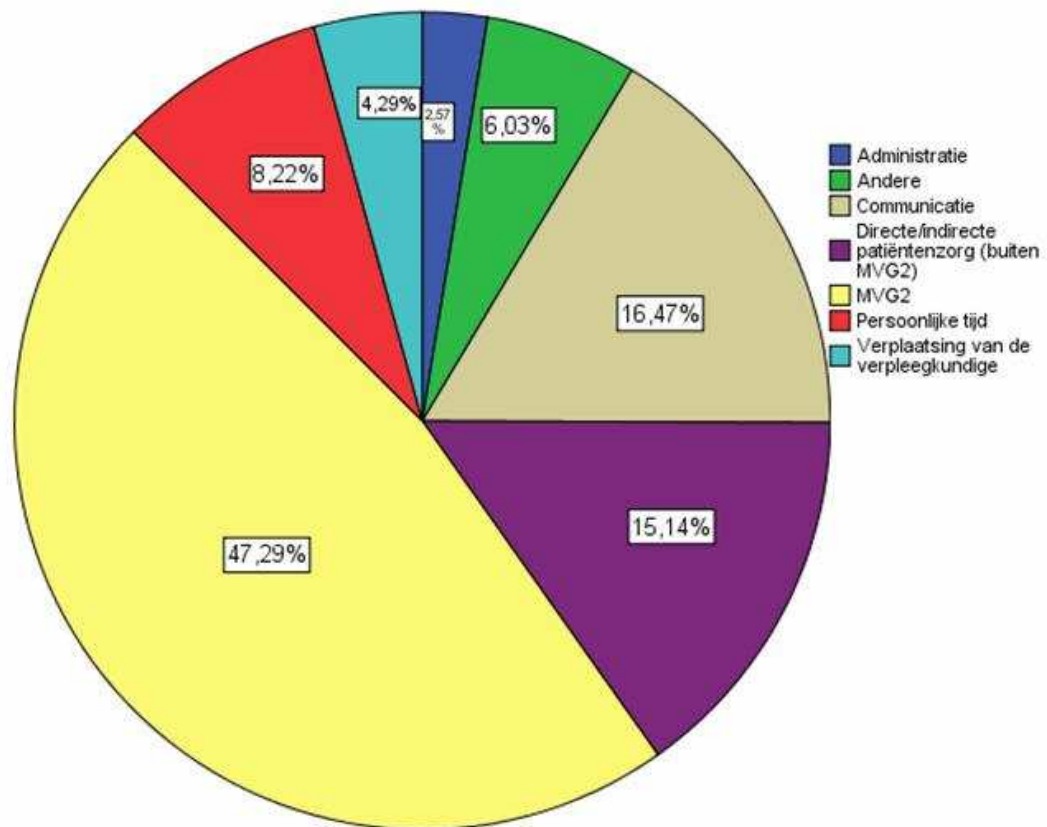
Tabel 18 geeft een voorbeeld van de relatieve nauwkeurigheid van 5%. Barnes geeft aan dat het niet altijd nodig is om rekening te houden met de relatieve nauwkeurigheid maar dat het evenzeer de absolute nauwkeurigheid nuttig is. Stel bijvoorbeeld dat het percentage van voorkomen gelijk is aan 0,1% en we vragen een relatieve nauwkeurigheid van 5%, dan is de absolute nauwkeurigheid gelijk aan 0,005%. Het heeft weinig zin om een dergelijke kleine absolute nauwkeurigheid te vereisen. Barnes verwijst dan ook naar een acceptabele absolute nauwkeurigheid rond 3% die voor de meeste M.M.O.-studies als voldoende gepercipieerd zal worden. In de uitgevoerde studie blijven de absolute nauwkeurigheden altijd onder het 1% niveau, wat we dus als voldoende aanvaarden. Wanneer de database opgesplitst wordt voor C-,

D- en G- afdelingen wordt nog steeds een absolute nauwkeurigheid gehaald die onder de 1% blijft.

Naast de wetenschappelijke geruststelling om met de absolute nauwkeurig- heden ruim onder het 3% niveau te blijven, kan er ook gesteund worden op de feedback van de resonanten en de experts achteraf, om op die wijze te voorkomen dat 'verrassende' resultaten in de studie blijven. Immers, indien om één of andere onverklaarbare reden de resultaten uit de M.M.O. de werkelijkheid niet correct zouden weerspiegelen, zouden deze er door de resonanten en in een laatste instantie door de experts, zeker uit gefilterd worden.

3.1.1.3 VG-MZG afdekking van alle verpleegkundige dagtaken

Na de verificatie van de nauwkeurigheid van de M.M.O.-studie, wordt als eerste stap van de analyse nagegaan wat de afdekking is van alle verpleeg- kundige dagtaken door de VG-MZG registratie. Op basis van de totale M.M.O.- databank wordt een verdeling bekomen zoals weergegeven in onderstaand taartdiagram.



Figuur 8: Taartdiagram met aandeel VG-MZG en procentuele verdeling activiteiten buiten VG-MZG.

In de studie maken 47,3% van de treffers deel uit van VG-MZG en de overblijvende 52,7% wordt niet afgedekt door de VG-MZG classificatie.

We gaan eveneens na of het percentage afdekking door VG-MZG afhankelijk is van de kenletter.

Via een binomiale test in Minitab[®] bekomen we significante verschillen.

Daarom geven we in tabel 19 ook de percentages VG-MZG afdekking per kenletter.

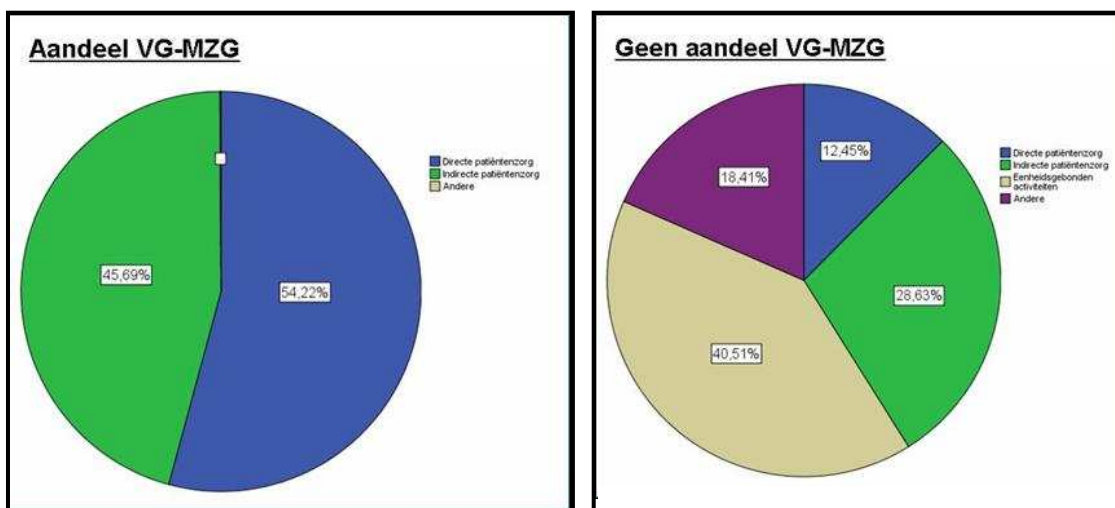
Tabel 19: Procentuele weergave van de VG-MZG-afdekking in totaal en per kenletter.

	Alle	C	D	G
Aandeel VG-MZG	47,3%	47,2%	46,2%	50,6%
Geen aandeel	52,7%	52,8%	53,8%	49,4%

De VG-MZG afdekking in de Nederlandstalige en de Franstalige ziekenhuizen is identiek en dus gelijk aan 47,3%.

3.1.1.4 Aandeel DPZ / IPZ / EGA / AND

Tijdens de studie werden de volgende aandelen gevonden voor directe (DPZ) en indirecte patiëntenzorg (IPZ), eenheidsgebonden activiteiten (EGA) en andere activiteiten (AND).



Figuur 9: Taartdiagrammen met de verdeling van DPZ, IPZ, EGA en AND voor respectievelijk activiteiten die geen deel uitmaken van de VG-MZG en activiteiten die er wel deel van uitmaken.

3.1.1.5 Opsplitsing per kenletter

Na deze eerste verkennende analyses worden de gegevens opgesplitst voor C-, D- en G-afdelingen. Voor elk item wordt per kenletter een tijd en een betrouwbaarheidsinterval berekend. De aantallen, afgeleid uit de FOD-databases, worden eveneens opgesplitst voor C-, D- en G-afdelingen. Op die manier wordt nagegaan of de tijden van de activiteiten verschillen naargelang de kenletter. Het is noodzakelijk om ook de FOD-databank op te splitsen omdat een hoger percentage van voorkomen niet altijd af te leiden valt uit langere duurtijden. Een andere reden hiervoor kan immers zijn dat een activiteit gewoon vaker uitgevoerd wordt in afdelingen met een bepaalde kenletter. Dit laatstgenoemde effect zal geneutraliseerd worden door het gebruik van verschillende delen van de FOD-databanken per kenletter.

Het is duidelijk dat de kwaliteit van de FOD-databanken hier erg belangrijk is. Als de databanken correct zijn opgesteld zal de frequentie zeer dicht aanleunen tegen de realiteit van onze studie. Een reden waarom er afwijkingen kunnen bestaan tussen het reële aantal van voorkomen tijdens de studieduur en het aantal bekomen uit de databases is een verschil in de omstandigheden tijdens de M.M.O.-studie en de periode waarop de FOD-database betrekking heeft. Het resultaat zal dus onvermijdelijk een benadering blijven.

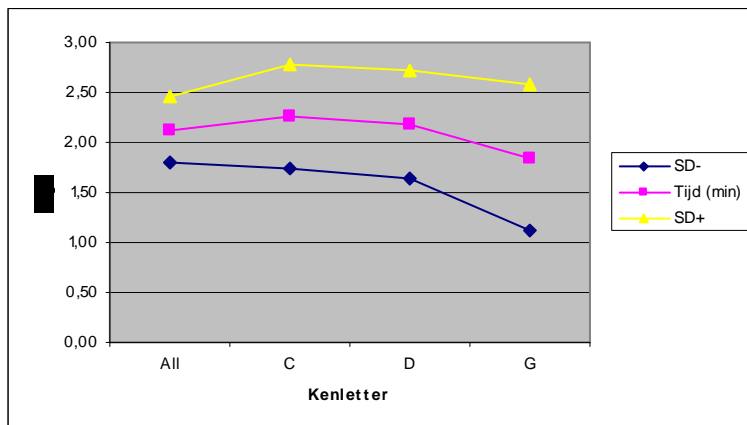
Tijdens de analyses wordt bijvoorbeeld opgemerkt dat de tijden in geriatrische afdelingen over het algemeen iets hoger zijn. Dit kan verklaard worden door het feit dat bij oudere mensen meestal alle deelaspecten van een zorg volledig door de verpleegkundige dienen uitgevoerd te worden of dat het aandeel van de (tragere) zelfzorg groter is.

De tijden die we uit deze analyse bekomen, worden dan visueel en aan de hand van de methode van Bonferroni onder de loep genomen. We zullen hier aan de hand van enkele voorbeelden aangeven hoe dit gebeurde.

Om na te gaan of er een significant verschil is tussen de tijden, bekomen voor C-, D- en G-afdelingen en de algemene tijd bekomen uit de gehele M.M.O.-studie wordt de methode van Bonferroni gebruikt. Aan de hand van de ongelijkheid van Bonferroni kan immers een 90% betrouwbaarheidsinterval van het verschil tussen twee categoriën berekend worden. Als L_i en U_i de onder- en bovengrens van de oorspronkelijke betrouwbaarheidsintervallen zijn, dan is het betrouwbaarheidsinterval van het verschil het volgende: $[L_1-U_2, U_1-L_2]$. Er kan dan nagegaan worden of nul vervat zit in dit interval. Indien dit niet het geval is, dan is er een significant verschil tussen de twee categoriën. Indien nul wel in het interval ligt, kan er geen significant verschil aangetoond worden. Er is wel geweten dat in 90% van de gevallen, het verschil tussen de twee categoriën binnen de grenzen van het interval $[L_1-U_2, U_1-L_2]$ zal liggen. Deze methode komt visueel overeen met het checken of twee betrouwbaarheidsintervallen overlappen. Indien ze niet overlappen is er sprake van een significant verschil.

Twee voorbeelden worden aangehaald om de methode van Bonferroni te verduidelijken.

Voor het item H100 zijn de intervallen overlappend.



Figuur 10: Gemiddelde tijden en de bijhorende betrouwbaarheidsintervallen per kenletter voor item H100.

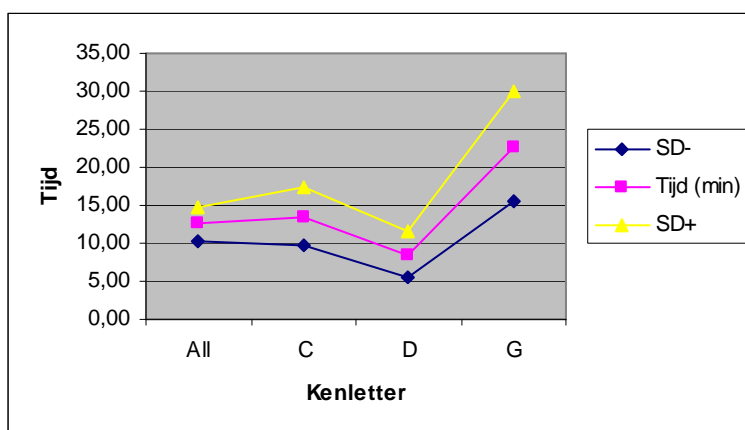
In tabel 21 worden de intervallen $[L_1-U_2, U_1-L_2]$ gegeven.

Tabel 20: Intervallen van Bonferroni (H100)

H100	Alle		C		D		Treffers
All							166
C	-0,98	0,70					77
D	-0,93	0,82	-0,98	1,14			63
G	-0,79	1,34	-0,84	1,66	-0,95	1,61	25

Men kan vaststellen dat de intervallen steeds nul omvatten. Bovendien ziet men dat de grens met de grootste absolute waarde 1,66 is. Er kan dus gesteld worden dat in 90% van de gevallen het verschil in duurtijd van activiteit H100 tussen twee kenletters kleiner zal zijn dan 1,66 minuten of 1 minuut en 40 seconden.

Voor item C110 wordt opgemerkt dat het betrouwbaarheidsinterval van de kenletter G niet overlapt met het interval van de kenletter D, noch met het interval van de globale M.M.O.-studie.



Figuur 11: Gemiddelde tijden en de bijhorende betrouwbaarheidsintervallen per kenletter voor item C110.

Uit tabel 22 blijkt inderdaad dat nul niet vervat zit in die intervallen $[L_1-U_2, U_1-L_2]$. Het verschil tussen de kenletters kan oplopen tot meer dan 24 minuten. De intervallen zijn hier uiteraard heel wat groter dan voor item H100. Er kan bijvoorbeeld geen significant verschil aangetoond worden tussen kenletter C en D, maar het verschil kan in 90% van de gevallen wel oplopen tot bijna 12 minuten.

Tabel 21: Intervallen van Bonferroni (C110)

C110	Alle		C		D		Treffers
All							122
C	-7,18	5,22					47
D	-1,18	9,27	-1,87	11,92			33
G	-19,67	-0,70	-20,36	1,96	-24,40	-4,05	39

Aangezien in de studie vaak erg grote betrouwbaarheidsintervallen bekomen worden – omdat het totaal aantal treffers verkleint naarmate we de database opsplitsen in kleinere deelcategoriën – zal de kans op overlapping groter zijn. Een significant verschil kan dus vaak niet aangetoond worden. Het is in dit geval echter ook moeilijk om uitspraken te doen over de gelijkheid tussen beide categoriën omdat het interval van Bonferroni erg ruim rond nul ligt. Omwille van deze reden wordt voor de verdere verfijning ook nagegaan of het gemiddelde van één categorie in het betrouwbaarheidsinterval van een andere categorie ligt. Voor item C110 kan er bijgevolg toch verondersteld worden dat er een verschil is tussen kenletter C en D.

Omdat het uiteindelijk erg moeilijk blijft om te bepalen of er al dan niet een significant verschil is tussen twee categoriën wordt beslist om geen onderscheid te maken en slechts één globale tijd aan te bieden aan de resonanten. Bij het ontvangen van de resultaten van de resonanten worden dan nogmaals de verschillen onderzocht, bekomen tussen C-, D- en G-afdelingen.

Om een goede richttijd te kunnen aanbieden aan de resonanten moeten er genoeg treffers zijn voorgekomen in de M.M.O.-studie, zodat niet meer van een toeval kan gesproken worden. Daar de opsplitsing tussen C-, D- en G-afdelingen niet meer gemaakt wordt, kunnen de treffers op de volledige M.M.O.-databank bestudeerd worden. Ter illustratie wordt hier een item behandeld waarvan de resultaten uit de M.M.O.-studie als valide beschouwd worden.

In totaal zijn er 96 treffers voor het item N500 'Capillaire bloedafname'. Voor dit item moeten dan ook geen zelfregistraties gebeuren. Er wordt geen rekening meer gehouden met de opsplitsing C/D/G ook al ziet men dat de intervallen van categorie D en G niet overlappen. Enkel de tijden van de gehele database worden weerhouden voor aanbieding aan de resonanten. Het gaat in dit geval over een schatting van 1 minuut 44 seconden met een ondergrens van 1 minuut 23 seconden en een bovengrens van 2 minuten 6 seconden.

Tabel 22: M.M.O. resultaten van item N500

N500	Capillaire bloedafname			
	Alle	C	D	G
LL	0:01:23	0:01:17	0:01:39	0:00:11
Tijd	0:01:44	0:01:57	0:02:16	0:00:47
UL	0:02:06	0:02:37	0:02:52	0:01:23
Aantal Treffers	96	34	55	7

Niet alle items kunnen op die manier behandeld worden. In bepaalde gevallen wordt een alternatief gezocht voor de resultaten uit de M.M.O.

Wanneer in de M.M.O.-studie te weinig – of zelfs geen – treffers bekomen worden, wordt besloten dat zelfregistraties nodig zijn om tot conclusies te

komen.

Dit is bijvoorbeeld het geval voor item K100 'Aspiratie van de luchtwegen'.

Tabel 23: M.M.O. resultaten van item K100

K100	Aspiratie van de luchtwegen			
	Alle	C	D	G
LL	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00
Tijd	0:02:37	0:01:28	0:01:27	0:11:19
UL	0:05:14	0:04:25	0:04:21	0:27:20
Aantal Treffers	4	1	1	2

Er worden slechts 4 treffers waargenomen voor dit item gedurende de studie. Uiteraard kunnen uit dergelijke gegevens geen betrouwbare resultaten afgeleid worden. Daarom wordt dit item ook via zelfregistratie gemeten, en wordt de tijd die daaruit afgeleid kan worden, aangeboden aan de resonanten.

Voor bepaalde items wordt zelfregistratie vooropgesteld, nog vóór de M.M.O.-studie is uitgevoerd. De reden hiervoor is dat het risico bestaat dat sommige items moeilijk kunnen waargenomen worden tijdens M.M.O. bijvoorbeeld omdat ze altijd samen plaatsvinden met een andere activiteit. Een voorbeeld hiervan is V200 'Decubituspreventie'. Wisselhouding kan plaatsvinden terwijl de verpleegkundige andere zorgen bij de patiënt uitvoert.

Verder zijn er items die zelfs moeilijk via zelfregistratie kunnen gemeten worden. Dit zijn items die bijvoorbeeld moeilijk af te bakenen zijn in de tijd zoals items in de klasse E 'Symptoommanagement'. Er zijn ook items die op dit moment (= periode vóór implementatie VG-MZG) niet genoeg voorkomen om via zelfregistraties een voldoende grote steekproef te bekomen. Deze items zijn moeilijk op een objectieve manier te meten en zullen daarom enkel

subjectief ingeschat worden zonder het aangeven van een richttijd aan de resonanten.

Eenzijds zijn er dus een aantal items waarvoor het aantal treffers voldoende blijkt, maar waarvoor toch extra zelfregistraties worden uitgevoerd. Anderzijds zijn er echter ook bepaalde items waarvoor er onvoldoende treffers zijn, maar waarvoor toch een tijd bekomen wordt uit de M.M.O.-studie. Deze tijd wordt dan ook aangeboden als richttijd aan de resonanten. Dit wordt enkel gedaan voor de items waar zelfregistratie om één of andere reden niet mogelijk is, en waar de bekomen tijd toch gevoelsmatig redelijk lijkt omdat de activiteit inderdaad slechts zelden voorkomt en/of heel kort duurt. Dit gebeurt om de objectieve informatie uit de M.M.O. toch zo veel mogelijk te benutten. Dit is te verantwoorden omdat de absolute nauwkeurigheid van de M.M.O.-studie onder de 3% grens ligt. Bovendien wordt de kans nog steeds open gehouden dat resonanten en experts de tijd verwerpen en dan zal op een later tijdstip rekening gehouden worden met de inaccuraat tijd.

3.1.1.6 Opsplitsing naar de grootte van een ziekenhuis

Aangezien de bekomen normtijden uit deze studie toepasbaar moeten zijn voor elk ziekenhuis, groot of klein, worden de gegevens ook geanalyseerd op deze basis. Om meer valide resultaten te bekomen wordt dit niet op item-niveau gedaan, maar op het niveau van groepen die de indeling in de hand-terminal weergeven. Omdat de database van de FOD niet kan opgedeeld worden volgens de grootte van de geëvalueerde ziekenhuizen wordt de vergelijking niet op het niveau van tijden uitgevoerd, maar wel op het niveau van de percentages van voorkomen.

In paragraaf 4.3.4.1 wordt reeds weergegeven wat de verdeling is van de ziekenhuizen die aan de M.M.O.-studie meewerken.

Er zijn dus drie verschillende categoriën: categorie 2 voor ziekenhuizen met 200-299 bedden, categorie 3 voor ziekenhuizen met 300-449 bedden, en categorie 4 voor ziekenhuizen met meer dan 450 bedden.

De methode van Bonferroni wordt toegepast en de 90% betrouwbaarheidsintervallen van het verschil worden berekend. Voor 6 van de 19 groepen kan er geen significant verschil aangetoond worden naargelang de grootte van het ziekenhuis. Voor de 6 andere groepen is dit wel mogelijk, maar het is niet zo dat een tijd voor een groter ziekenhuis hoger zal zijn, of omgekeerd. Het verband is afhankelijk van de betreffende groep.

In tabel 25 wordt getoond voor welke groepen er een significant verschil is. Men houdt opnieuw in beschouwing dat door de databank te splitsen over de drie categoriën, minder betrouwbare resultaten bekomen worden.

Tabel 24: Invloed van de grootte van ziekenhuizen op de groepen

Hygiëne	Geen significant verschil
Mobiliteit	Significant verschil
Uitscheiding	Geen significant verschil
Voeding	Significant verschil
Ademhaling	Geen significant verschil
Parameters	Geen significant verschil
Communicatie	Geen significant verschil
Decubitus	Geen significant verschil
Verband- en wondzorg	Significant verschil
Infuustherapie	Significant verschil
Geneesmiddelen	Geen significant verschil

Staalafname	Geen significant verschil
Ondersteuning arts	Geen significant verschil
Bescherming/isolatie	Geen significant verschil
Glycemie	Geen significant verschil
Administratie	Geen significant verschil
Verplaatsen vpk	Significant verschil
Rooming-in	Geen significant verschil
Andere	Significant verschil

3.1.2 Directe tijdsmetingen

3.1.2.1 Resultaten

Om de directe tijdsmetingen te evalueren worden gemiddelde, mediaan en standaarddeviatie berekend. Cfr. overzichtstabel (tabel 26).

Tabel 25: Resultaten van de directe tijdsmetingen

	GEM	MEDIAAN	STANDAARD DEVIATIE	FREQUENTIE	N
B220	0:06:03	0:02:30	0:08:57	97	604
B230	0:14:37	0:10:19	0:14:03	81	256
B240	0:22:56	0:20:30	0:15:51	24	140
B420	0:03:26	0:01:30	0:04:52	130	552
B430	0:19:43	0:11:00	0:21:46	25	357
B440	0:45:45	0:41:00	0:33:31	6	218

B500	0:10:25	0:05:30	0:07:53	22	170
C110	0:18:10	0:10:30	0:19:38	51	328
C121	0:09:53	0:05:30	0:11:07	126	347
C122	0:20:59	0:15:00	0:21:37	103	292
C123	0:44:47	0:40:59	0:23:38	58	78
C201	0:13:21	0:09:00	0:13:05	158	263
C202	0:26:26	0:23:30	0:20:12	101	161
D111	0:08:54	0:08:30	0:06:17	145	137
D112	0:13:20	0:14:30	0:05:03	9	50
D113	0:30:56	0:30:00	0:14:38	31	64
D114	0:33:30	0:32:00	0:24:09	4	288
F500	0:04:41	0:05:30	0:03:39	68	169
I100	0:01:48	0:01:30	0:02:43	500	621
K100	0:26:32	0:29:00	0:20:31	15	185
K201	0:11:09	0:06:45	0:11:28	40	301
K203	0:17:08	0:12:15	0:15:40	8	300
K300	0:21:30	0:16:00	0:19:50	3	725
P100	0:31:56	0:15:30	0:38:26	100	399
R110	0:32:50	0:20:30	0:48:29	115	600
R120	0:47:06	0:30:30	0:46:56	20	297
R130	0:30:30	0:30:30	0:00:00	2	0

V200	0:11:45	0:09:00	0:07:25	395	108
V300 (1 parameter)	0:23:00	0:15:00	0:24:29	51	319
V400 (1 maal)	0:04:05	0:03:30	0:04:34	224	341
V400 (2 maal)	0:06:08	0:05:00	0:03:21	150	81
V400 (3 maal)	0:09:07	0:08:30	0:03:44	61	47
V400 (4-6 maal)	0:11:58	0:12:30	0:02:09	24	9
V400 (7-12 maal)	0:24:00	0:24:00	0:02:07	2	31

Voor nominale variabelen worden de tijden per patiënt opgeteld per dagbasis. Wanneer een patiënt geen volledige dag opgenomen is, wordt, daar waar nodig, rekening gehouden met het dagdeel. Dit kan verduidelijkt worden met een voorbeeld: de directe tijdsmetingen van het item B220 'Ondersteuning van de urinair continente patiënt'. Indien een patiënt slechts een halve dag opgenomen was en daarop tien minuten ondersteuning kreeg, dan werden de tien minuten verdubbeld omdat urinaire uitscheiding beschouwd wordt als iets dat meermaals plaatsvindt doorheen de dag. Echter, wanneer uit de directe tijdsmetingen een tijd van tien minuten bekomen werd voor het item B500 'Lavement / rectaal verwijderen van fecalomen' voor een patiënt die slechts een halve dag opgenomen was, dan werd deze tijd niet verdubbeld. De reden hiervoor is dat het item B500 meestal slechts éénmaal op een dag zal uitgevoerd worden bij een patiënt.

Deze veronderstellingen dienden opgenomen te worden door het gebruik van meerdere nominale variabelen in de geactualiseerde MVG, waarbij de cruciale informatie van het aantal uitvoeringen wegvalt.

3.1.2.2 Niveau van nauwkeurigheid

De laatste twee kolommen in tabel 26 geven de frequentie – het aantal uitgevoerde metingen – en een waarde N die aangeeft hoeveel registraties gewenst zijn om een statistisch significant resultaat te bekomen.^[34]

$$N = \left\{ \frac{st}{k\bar{x}} \right\}^2$$

waarbij,

s = standaarddeviatie

\bar{x} = gemiddelde

k = gewenste nauwkeurigheid (10%)

t = de inverse van de Student t-verdeling met een probabiteit van 10% (nauwkeurighedsgraad)

De gewenste aantallen zijn groot. Redenen hiervoor zijn de grote standaarddeviatie en de rechtsscheefheid van de gegevens. De gewenste aantallen worden meestal niet bereikt door de beperkingen in tijd.

Toch kan deze bevinding opnieuw gerelativeerd worden, omdat de objectieve meetgegevens een basis zijn voor verdere verificatie door resonanten en experts. Deze laatsten kunnen de resultaten nog weerleggen indien ze niet de realiteit weerspiegelen.

3.1.3 Toekennen van patiëntgebonden administratie aan items

3.1.3.1 Methode

Om een tijd aan items te geven die voldoende ruimte geeft, moet ook rekening gehouden worden met het aandeel patiëntgebonden administratie dat bij elk item hoort. Dit administratieve aandeel is in eerste instantie gebaseerd op

schattingen door de onderzoeksequipe. Per item is de tijd bepaald die nodig geacht wordt voor patiëntgebonden administratie. Om dit echter maximaal objectief te kaderen wordt de totale ingeschatte tijd voor patiëntgebonden administratie over de totale studieduur vergeleken met de totale tijd uit de M.M.O.-studie.

Dit wordt geïllustreerd met een voorbeeld.

1. Het ziekenhuispersoneel bepaalt voor elk item een subjectieve tijd die aangenomen mag worden als patiëntgebonden administratie.
2. Uit de M.M.O.-studie kan afgeleid worden dat 11,7% besteed wordt aan patiëntgebonden administratie. Dit brengt resulteert in een totale tijd van $(7.700\text{uur} * 11,7\%) = 900 \text{ uur}$.
3. De tijden, bepaald door het personeel worden vermenigvuldigd met het aantal keer dat het item doorheen de gehele studieduur wordt uitgevoerd (FOD DB of turven), om zo eveneens een geschatte tijd overheen de volledige tijd te bekomen. De aldus bekomen totale tijd wordt vergeleken met de 900 uur.

Tabel 26: Toekennen van patiëntgebonden administratie aan de activiteiten

Item	PAT. ADM. (min.)	Aantal	ADM.*Aantal
A	2	20	40
B	4	3	12
C	3	60	180
...
			Totaal te vergelijken met 900u

4. De tijden per item worden proportioneel aangepast om ervoor te zorgen dat de 900 uur bekomen wordt. Stel bijvoorbeeld dat de totale tijd 1.100 uur is in plaats van 900 uur. In dat geval moet elke minuut die toegekend wordt aan een item vermenigvuldigd worden met $9/11$ om de totale tijd toegekend aan patiëntgebonden administratie te laten dalen tot 900 uur.

Het is een keuze van de onderzoeksequipe om het aandeel aan patiëntgebonden administratie - voor zover als redelijkerwijze mag aangenomen worden - per item te voorzien buiten de normtijden.

In de indicator wordt de patiëntgebonden administratie wel meegerekend.
(cfr hoofdstuk 7.3)

Hoofdstuk 4 : Estimation et validation des temps

4.1 Introduction

Dans ce chapitre, nous décrivons les différentes étapes permettant de déboucher sur l'estimation de temps de références. Ceux-ci ont été obtenus à partir des observations d'activité de 40 unités de soins et de l'auto-enregistrement des temps consacrés à certains soins dans 6 autres hôpitaux, aux temps moyens estimés et validés par les professionnels ayant participé à ce projet.

La mobilisation et l'implication des infirmier(e)s a été la pierre angulaire tout au long de cette étude. En effet, d'une part, nous sommes convaincus de la plus-value résultant de l'intégration de l'expérience de la pratique infirmière au quotidien dans l'instrument final. D'autre part, nous sommes conscients que la création d'un espace d'échanges et de collaboration peut influencer positivement sur l'appropriation et l'acceptation, par les professionnels, de cet indicateur de charge de travail infirmier, concept jugé insaisissable selon certains.^[35]

Pour ce faire, les temps calculés à partir des mesures dites « objectives » ont été proposées à un large groupe d'infirmier(e)s au travers d'un questionnaire électronique. Chacun(e) a pu donner son avis. En cas de désaccord, la possibilité leur fut donnée de proposer un temps moyen, minimal et maximal par item¹⁹, par possibilité de codage ou par modalité de score dans certains cas et de motiver leur choix. Après analyse et traitement des données récoltées, les temps recueillis pour chaque index de lit (C, D et G) ont été

¹⁹ A partir de ce point et afin d'alléger la lecture de ce chapitre nous utiliseront le terme « item », pour nommer indistinctement les items, possibilité de codage et modalité de score.

soumis pour validation au groupe d'experts. Nous décrivons, ci-après, les résultats en termes de temps obtenus après cette double validation.

4.2 Validation des temps et estimation subjective par le groupe de résonance

L'objectif de cette phase était principalement de moduler les temps calculés à partir des observations relevées sur le terrain en sollicitant les professionnels de terrain à se prononcer sur ces premières estimations.

En effet, à partir de ces données récoltées, nous avons pu déterminer des temps de référence (moyen, minimal et maximal) pour une grande partie des items DI-RHM rencontrés dans la pratique des unités de médecine, chirurgie et gériatrie. Afin de soumettre ces temps de référence aux professionnels, nous avons regroupé les items en trois groupes :

Le premier groupe, appelé 'liste nominale', comprenait les items pour lesquels la présence du soin infirmier au patient est enregistrée, sans tenir compte de la fréquence de l'occurrence pendant la journée. Il s'agit, pour la plupart, de variables binaires et ordinales. Les variables ordinales permettent l'enregistrement du niveau d'aide le plus important reçu par le patient ce jour pour un type de soin déterminé. C'est le cas, par exemple, pour les soins d'hygiène ou pour l'aide à l'alimentation. Quant aux variables binaires, l'enregistrement se limite à noter la 'présence', si c'est le cas, de cette intervention infirmière (par exemple, les soins liés à la sonde urinaire à demeure) le jour de l'enregistrement. Pour chaque item appartenant à ce groupe, nous avons calculé, par conséquent, le temps moyen, minimal et maximal qui y est consacré par jour.

Le deuxième groupe - appelé 'liste numérique' -, recueillait les items ayant des modalités de score visant un nombre. Durant la phase consacrée à la récolte des données infirmières du RHM, ces items sont quantifiés, pour en assurer l'enregistrement, en fonction du nombre total d'occurrences par jour

(nombre de zones soignées pour un même type de soin de plaie, nombre de médicaments différents administrés par une voie déterminée, etc.). Pour ce type d'items, un temps moyen, maximal et minimal a été calculé par 'unité de mesure'. Il peut s'agir, par exemple, de la durée de la réalisation d'un soin simple à une ou plusieurs plaies dans une zone de plaies, de l'administration d'un médicament par voie SC, IM ou ID ou d'une évaluation de la fatigue à l'aide d'un instrument de mesure.

Le troisième groupe englobait l'ensemble d'items (24 items au total) pour lesquels aucun temps estimé n'était disponible. Les raisons qui expliquent cette situation peuvent être imputées aux méthodes de mesure, à la nature de l'item et/ou à l'organisation des soins. En effet, par souci d'efficacité, principalement, dans la prise en charge des patients, les professionnels intercalent ou associent certains soins dans l'exécution d'autres soins. Les observateurs qui avaient pour mission de relever l'activité infirmière devaient rester en arrière-plan afin d'éviter que leur présence n'interfère ni n'influence le déroulement de l'activité effectuée par le personnel dans l'unité. Ainsi, les éléments de contexte permettant d'établir le lien entre l'activité observée et un item du DI-RHM ou une autre possibilité de classification, ne suffisaient toujours pas à 'caser' l'observation. Cette observation était alors classée comme imprécise. Un autre cas de figure, source de difficulté est que le déroulement de certains soins est particulièrement fractionné ou d'une très courte durée. La faible fréquence d'apparition de certains items ou dans certains cas l'absence d'observation relevée (comme par exemple pour la médiation interculturelle par un médiateur et avec participation du patient et de l'infirmier(e)) a empêché la détermination d'un temps de référence valide. La technique de l'auto-enregistrement de la durée du soin ne fut pas toujours appropriée et capable de suppléer la technique du 'Work sampling' dans ces faiblesses. La troisième liste était composée des 24 items où la détermination d'un temps de référence ne fut pas possible.

Nous avons édité trois questionnaires différents, en deux langues (néerlandais et français), pour la validation de temps de référence et l'estimation subjective des temps consacrés sur base de l'expérience professionnelle du groupe de participants. Les trois formulaires électroniques (en annexe) ont été construits à l'aide du programme d'édition électronique SNAP 8 Professional[®] (Mercator, UK). Chaque document reprenait une liste d'items, c'est-à-dire, items avec un temps de référence calculé par jour, par 'occurrence' et ceux pour lesquels un temps de référence n'a pas pu être calculé. Les trois questionnaires avaient une structure semblable. Après une brève présentation du questionnaire, les répondants étaient invités à signaler leur domaine d'expertise de soins sur la liste de choix (médecine, chirurgie ou gériatrie). Les intitulés introduisaient le contenu de l'item en le situant par rapport au domaine et à la classe DI RHM²⁰. Le nom de l'item a été parfois complété afin d'en améliorer la compréhension. Nous avons voulu nous assurer que le soin en question était bien connu du répondant en lui posant la question fermée suivante: '*Connaissez-vous suffisamment les activités liées à cet item?*' La réponse affirmative permettait au professionnel de continuer le processus de questions relatives à l'item tandis qu'une réponse négative renvoyait à l'item suivant. Après avoir fourni la définition reprenant les activités de soins relatives à l'item, les temps (moyen, minimal et maximal de référence) consacrés à la réalisation du soin ou de l'ensemble de soins par patient ont été proposés -sauf pour la liste d'items sans temps de référence-. La personne devait ensuite se prononcer par rapport aux temps de référence présentés en répondant, par oui ou non, à la question : '*Etes-vous d'accord avec les temps proposés?*'. En cas de désaccord, elle était invitée à proposer un temps moyen, minimal et maximal estimé nécessaire pour exécuter les activités liées à cet item, et à motiver sa proposition, s'il le souhaitait. Dans le

²⁰ Le DI-RHM est structuré en niveaux différents: domaines, classes, items, possibilités de codage .

cas des items sans référence de temps, le répondant était prié de proposer un temps (moyen, minimal et maximal) pour chaque item.

Cette procédure organisée par voie électronique a simplifié l'étape de récolte de données et l'a rendue plus rapide. L'envoi du questionnaire informatisé a permis l'extraction automatique de réponses en limitant, par ce biais, les possibles erreurs d'encodage. Il faut signaler que l'ordre de présentation des listes (boutons d'accès A, B et C) était différent. Ce dernier a lieu en fonction du lien d'accès aux questionnaires utilisé. Tenant compte du temps total nécessaire pour répondre aux trois questionnaires, cette variation dans l'ordre de présentation, visait à éviter que la 'fatigue' de la personne interrogée se répercute toujours sur le même questionnaire. Cette fatigue pourrait induire à une réponse moins attentive ou à la réponse incomplète du document. Une disposition différente en fonction du lien d'accès permet de répartir cet éventuel effet entre les trois questionnaires.

Conscients de l'importance d'avoir une participation élargie des infirmier(e)s, nous avons fait appel à tous les professionnels belges, indépendamment du régime linguistique. Ainsi ont été associés les associations professionnelles, les institutions de soins et les étudiants de deux universités formant des infirmier(e)s, qui ont été incités à participer aux estimations de temps consacrés à la réalisation des activités liées aux items du DI-RHM retenus pour ce travail. Le groupe de résonance initial a été élargi de cette façon à tou(te)s les infirmier(e)s actifs dans le milieu hospitalier et possédant une expérience solide dans des unités de médecine, de chirurgie ou de gériatrie, et qui ont souhaité participer volontairement à cette étude.

Cette étape se déroulée du 26 avril au 12 mai 2007 auprès de ce groupe de professionnels.

4.3 Taux de participation

Compte tenu de sa nature (trois questionnaires électroniques concernant 115 items, possibilités ou modalités de score) et du court délai disponible suite aux contraintes temporelles du projet, le taux de participation à l'enquête a été important. Au total, 226 infirmier(e)s ont répondu à 605 questionnaires. La ventilation par index de lits est présentée dans le tableau 27.

Tabel 27: Nombre de questionnaires valides par domaine d'expertise (C= chirurgie, D= médecine, G=gériatrie)

Liste	Index de lit		
	C	D	G
Nominale	71	68	30
Numérique	77	86	37
Subjective (sans temps de référence)	97	84	43

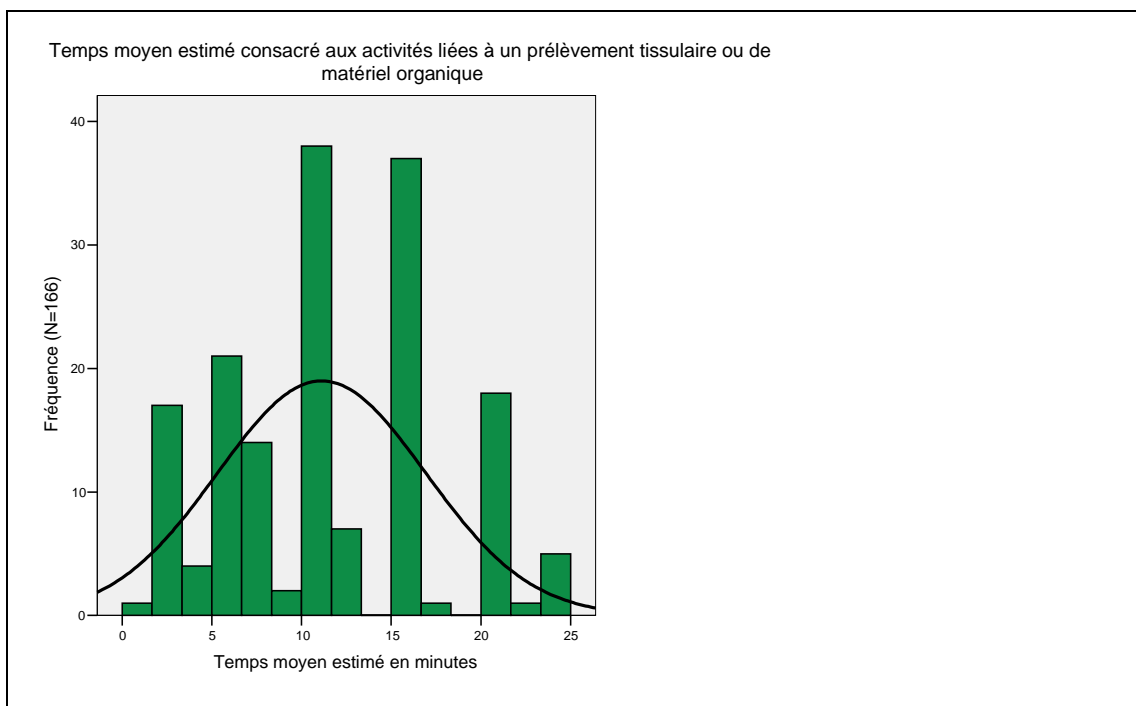
4.4 Analyse des estimations subjectives réalisées par le groupe de résonance

4.4.1 Préparation de la base des données

La base de données constituée par les estimations subjectives des temps consacrés aux items a été traitée préalablement au calcul des temps de références. L'objectif principal de cette analyse exploratoire était de repérer et d'éliminer les valeurs aberrantes. Nous avons procédé à l'élimination manuelle des surestimations 'malveillantes' faites par certains professionnels et à la re-codification des valeurs « extrêmes » comme temps non-estimés. Le traitement de la base de données et l'analyse statistique ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS.12 et SPSS.15.

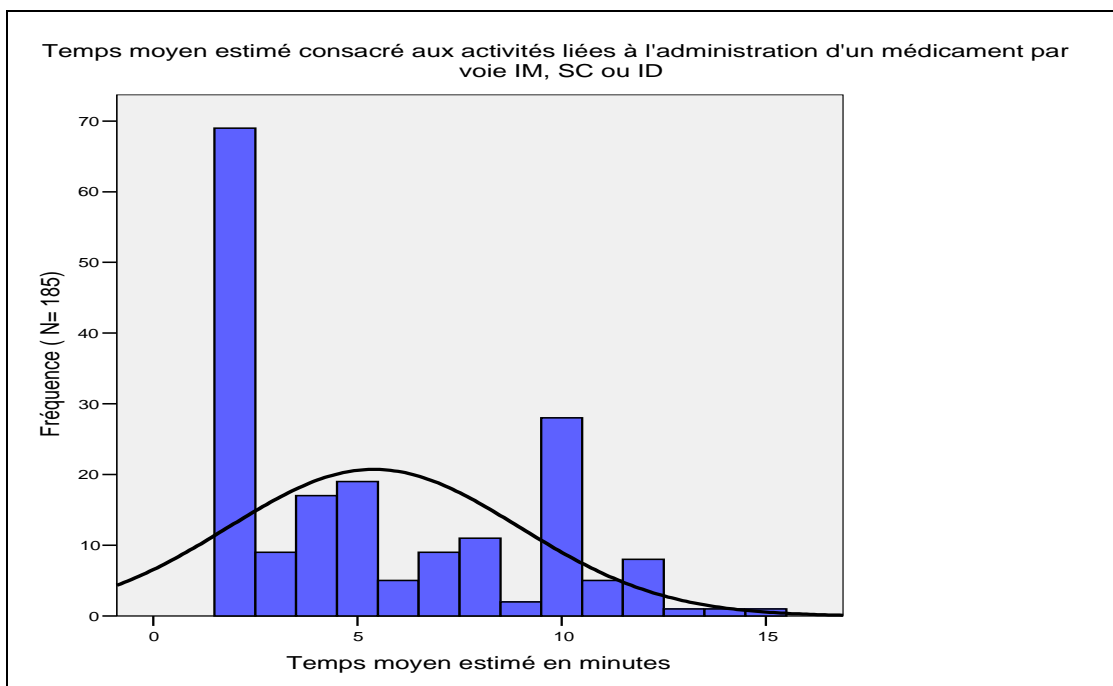
4.4.2 Traitement des données

Au départ, les données ont été traitées séparément par liste (nominale, numérique et sans référence de temps). L'analyse exploratoire des données a permis de mettre en évidence deux types de distribution des valeurs. Pour les items dont aucun temps de référence n'était donné, la distribution des valeurs s'approche d'une distribution normale (tableau 29).

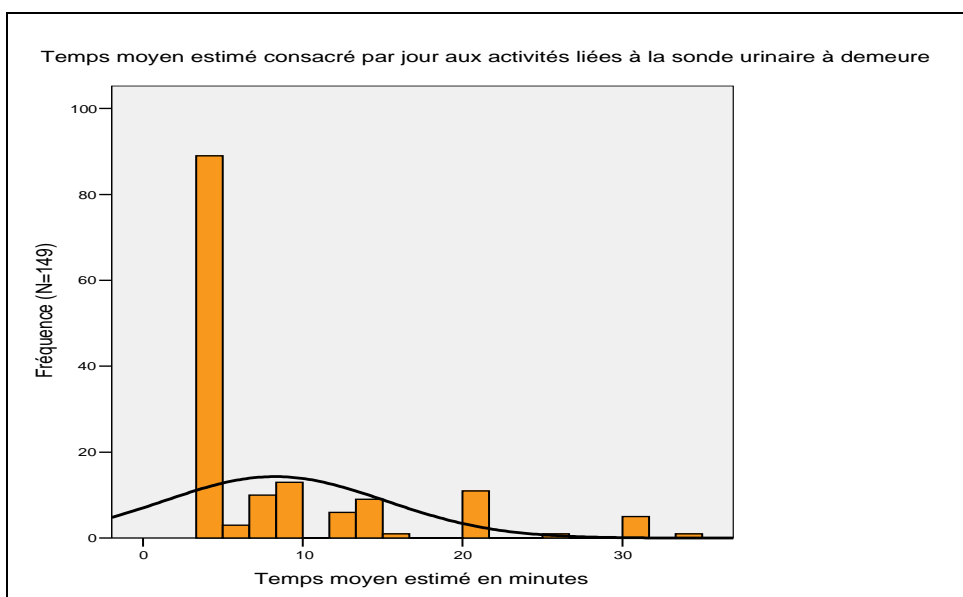


Figur 12: Histogramme des temps proposés par estimation subjective sans référence de temps pour l'item V500.

Ce n'était pas le cas pour les temps moyens estimés de la liste nominale et de la liste numérique car les temps proposés par l'équipe de recherche tronque la distribution en présentant une image similaire pour tous les items des deux listes comme illustré par le tableau 29 et le tableau 30.



Figur 13: Histogramme des temps proposés par estimation subjective avec référence de temps pour l'item H100.



Figur 14: Histogramme des temps proposés par estimation subjective avec référence de temps pour l'item B250.

Comme nous pouvons l'observer sur ces graphiques, la distribution des valeurs des items pour lesquels un temps de référence fut proposé, s'en trouve 'déformée' par la proposition. Les répondants en accord avec le temps

de référence proposé l'assument et de ce fait, la dispersion du coté gauche de la courbe a été réduite pour ce groupe de réponses. D'un point de vue statistique compte tenu du profil de ces distributions, le choix de la médiane comme paramètre de mesure centrale aurait peut-être été plus pertinent. Mais, d'une part, la médiane ne tient pas compte des toutes les suggestions de temps formulées par les répondants or notre souci était d'intégrer les avis des personnes ayant participé à cette enquête dans les temps résultants. D'autre part, les formes de la distribution pour les listes nominale et numérique sont induites par les propositions de temps. Troisièmement, il faut signaler que, dans la majorité de cas, la moyenne était supérieure à la médiane. Pour ces raisons, les temps de référence calculés pour tous les items après ces estimations subjectives correspondent aux moyennes des temps proposés par le groupe de résonance élargi.

Pour chaque index, le temps moyen a pu être calculé par item quand le nombre de propositions était supérieur à 25. Dans le cas où le nombre de réponses pour un index de lit était inférieur au seuil fixé, la valeur retenue comme temps de référence pour cet index correspond à la moyenne calculée sur le total de réponses - tous les index confondus - pour cet item.

Néanmoins, nous avons, aussi volontairement, gardé la différenciation des temps par index de lit. L'analyse des données relevées lors des observations initiales (work sampling) montraient une différence significative entre les temps consacrés à une grande partie d'items en fonction du type d'unité dont il était question (médecine, chirurgie et gériatrie).

Les tableaux relatifs à ces temps intermédiaires peuvent être consultés dans les annexes.

Nous avons aussi pu observer une différence significative entre les temps proposés en fonction du régime linguistique des participants.

La relation entre durée du soin et la langue a été étudié au moyen du test non paramétrique Mann-Whitney pour les estimations qui compaient avec un temps de référence et au moyen du test t, pour comparaison de moyennes, pour les estimations 'subjectives'. Nous avons pu y relever des différences significatives pour un grand nombre d'items. Les temps estimés par les professionnels d'expression francophone étaient plus élevés. Ces différences pourraient être liées à des modes organisationnels, aux modalités de formation, des compositions des équipes ou des représentations du soin distincts. Le même constat a déjà été réalisé par ailleurs.^[11]

4.4.3 Validation des résultats par le groupe d'experts

L'objectif de cette étape était d'effectuer une validation finale des temps de référence avant de les intégrer dans l'outil informatique de répartition du personnel infirmier et soignant.

C'est pourquoi, les résultats issus de l'étape précédente ont été soumis finalement au groupe d'experts.

Nous voudrions rappeler que ce groupe était composé de 57 infirmier(e)s désigné(e)s par l'hôpital auquel ils appartiennent. Ils représentaient leur institution de soins pendant la recherche. Un document électronique, reprenant tous les nouveaux temps de référence par item et par index de lit, a été envoyé, par courriel, à chaque membre du groupe. Ils ont pu analyser les temps et observer leur adéquation par rapport aux spécificités de chaque spécialité. Compte tenu de la difficulté de cet exercice, la possibilité leur a été donnée de se renseigner auprès des collègues actifs dans les domaines de soins ou pour les soins moins connus.

Ils disposaient de 15 jours pour y répondre (mai 2007) et 38 personnes ont rempli le questionnaire dans le délai fixé (taux de réponse 67%).

Certains nous ont communiqué les difficultés rencontrées lors de cet exercice:

- La méconnaissance des spécificités de la prise en charge des patients dans des unités de soins appartenant à d'autres index de lit;
- Le fait que certaines personnes n'avaient plus un contact étroit avec certains types de soins (cadres, par exemple);
- La difficulté de 'coller' un temps (temps physique) à une activité, expérimentée à chaque fois différemment (temps psychologique), en fonction des circonstances de la prise en charge du patient et de l'état de celui-là;
- L'élasticité du temps en fonction de divers facteurs. L'infirmier(e) comprime les soins, les imbrique ou les étend dans le temps pour soigner des aspects plus qualitatifs en fonction d'un ordre de priorités intégrant multiples facteurs et de la charge de travail perçue.

Pour illustrer ces derniers propos, nous citons ici quelques réflexions formulées par un expert:

'Nos expériences de terrain nous confrontent, de fait, à des situations où de multiples tâches sont effectuées simultanément : dès lors, comment dégager la part de chacune puis la chiffrer?'

'En cas d'une acte 'isolé', répondant précisément aux définitions, comment valider un temps en 17 minutes, plutôt que 18 ou inversement: je n'ai pas la prétention de posséder une précision de montre suisse dans la tête...'

Pour pouvoir intégrer ces réponses dans le résultat final, nous avons opté pour le même seuil de consensus que pour la procédure Delphi retenue lors des étapes précédentes de cette étude. Dans le cas où 75% des experts se déclaraient d'accord avec le temps de référence proposé, par item et par index, ce dernier fut retenu. S'il n'y avait pas de consensus, la moyenne calculée à partir des temps proposés par les experts est devenue le temps de référence pour cet item pour cet index de lit.

Les temps de référence ainsi obtenus présentaient une cohérence interne observée également au niveau des items à variable ordinale ou numérique groupée. La cohérence interne a été calculée à l'aide d'une corrélation de Spearman. Nous avons pu apprécier, par exemple, une corrélation directe entre le degré de l'aide donnée et les temps de référence attribués à chaque niveau d'aide. Cette gradation a pu être également observée par rapport aux modalités de score (niveaux d'aide pour les soins liés à l'alimentation, $r = 0.493$ entre D110 et D120, $r = 0.427$ entre D120 et D130 et $r = 0.593$ entre D130 et D140) ou pour les différentes possibilités de codage (types de soutien émotionnel, $r = 0.511$ entre R110 et R120 et $r = 0.507$ entre R120 et R130)

La deuxième phase, après le calcul des temps de référence par index de lit, a consisté en l'analyse, par item, de la consistance des écarts observés entre les temps de référence de chaque index de lit en vue d'un éventuel 'lissage'. La différence entre les temps de référence a été étudiée au moyen du test de Friedman, test non paramétrique pour mesures appariées. Si la différence observée entre les temps de référence n'était pas statistiquement significative, le temps de référence plus élevé était retenu pour tous les index de lit. En cas de différence significative, la différenciation de temps de référence entre index de lit était conservée. Nous avons évité un lissage non discriminatoire des temps. C'est à dire, les différences observées entre ces temps de référence pourraient sembler minimales prises de façon isolée. Cependant, ils pourraient avoir un effet cumulatif, appliquées à tous les patients d'une unité durant toute une période de temps, en introduisant éventuellement un biais dans la répartition du personnel.

Dans le tableau avec les temps de référence, nous présentons les différents temps suivant la structure du DI-RHM, instrument à la base de notre travail. Par déclinaison de 6 grands domaines des soins, 23 classes sont constituées et au sein de chaque classe, on retrouve les items se ventilant à la fois en une

ou plusieurs possibilités de score. A chaque possibilité de score correspond une modalité bien précise d'enregistrement de l'information ou modalité de score. Les trois premières colonnes contiennent, le code de l'item, leur description et leur modalités de score. Nous avons présenté sous le terme 'item', les items, les possibilités ou les modalités de score (terminologie reprise dans le manuel de codage du DI-RHM). L'information contenue dans la colonne 'temps (en minutes)' renvoie au type de variable contenue dans l'item complétant les temps de référence présentés pour la réalisation du soin et de la partie administrative correspondante. Cette présentation est faite pour les unités de chirurgie, de médecine et de gériatrie, c'est à dire par index de lit.

4.5 Conclusion

Au terme de cette étude, des temps de référence pour 115 items²¹ du DI-RHM ont pu être établis. La procédure suivie devait permettre de moduler les temps de référence initiaux par la pratique infirmière. La mobilisation de la profession infirmière a été importante tout au long du processus d'estimation subjective des temps consacrés à la réalisation des activités liées aux items du DI-RHM. Compte tenu des résultats issus de la procédure de validation par les experts, nous pouvons conclure que les temps de référence obtenus ont été avalisés par les participants avec un degré de consensus important. Une analyse en vue d'un éventuel 'lissage' entre les temps de référence par index de lit a été réalisée. Nous avons pu observer, pour certains soins, des différences significatives entre les temps nécessaires à la réalisation des activités par type d'unité. Ce lissage n'a pu être effectué que pour un nombre d'items limité.

²¹ Pour rappel, sous ce terme sont repris les items, les possibilités de codage ainsi que les modalités de score, tels que présentées dans le manuel de codage du DI-RHM et correspondant aux différents niveaux d'information sur les interventions infirmières.

Hoofdstuk 5 : Opmaak indicator

5.1 Inleiding

Het opmaken van de WiN-indicator moet een dubbel doel dienen.

Binnen het onderzoek is het een voorbereidende fase voor de testregistratie.

Er is immers nood aan een simulatie-instrument om de toepasbaarheid van de normtijden in de praktijk te kunnen toetsen.

Na afloop van het onderzoek geeft het instrument de ziekenhuizen in België de kans om op basis van de VG-MZG-data inzicht te krijgen over de werklast op hun verschillende afdelingen. Een personeels(re)allocatie wordt gesuggereerd.

5.2 Mogelijkheden

- Bij het openen van de indicator wordt automatisch een startscherm aangeboden.. Het is echter mogelijk door op de knop 'databasevenster' te drukken om alle achterliggende tabellen, query's, formulieren, rapporten en macro's te bekijken en aan te passen.



Dit zorgt er voor dat de WiN-indicator enerzijds een instrument is voor een onmiddellijke kant en klare toepassing; anderzijds kunnen ook bijkomende gegevens gegenereerd worden (gepersonaliseerde rapporten, bijkomende analyses, ...).

- Er wordt bij de analyse van de data rekening gehouden met:
 - De normtijd per activiteit
 - De kenletter: De tijden voor patiënten in kenletter C zijn niet noodzakelijk gelijk aan deze voor kenletter D of G
 - Bijkomende tijd voor administratie (per activiteit), bijvoorbeeld tijd voor het schrijven van een shiftverslag
 - Communicatie: afhankelijk van het aantal items
 - Beperkte dekking van het aandeel VG-MZG: Dit betekent dat een gedeelte van het personeel vast blijft en dat een deel herverdeeld zal worden op basis van de indicator. De paramedici worden hoe dan ook niet verdeeld op basis van deze indicator.

- Vier indexen worden automatisch berekend
 - De totaalindex: Om een beeld te krijgen van het verpleegkundig volume aan directe en indirecte patiëntenzorg worden de geregistreerde verpleegkundige gegevens per item gewogen en getotaliseerd per afdeling.
 - De personeelsindex: Op basis van gegevens uit de VG-MZG-databank kan de verhouding tussen het aantal gepresteerde uren op de verpleegafdeling en het aantal patiënten worden berekend. Deze verhouding wordt de personeelsindex genoemd en geeft ons informatie over de inzetbare tijd per patiënt.

- De patiëntenindex: Om een idee te krijgen over de gemiddelde patiëntenzwaarte op een verpleegafdeling worden de geregistreerde verpleegkundige gegevens per item gewogen en vervolgens wordt de verhouding van de totaalsom t.o.v. het aantal patiënten berekend. Deze ratio wordt de patiëntenindex genoemd.
- De werklastindex: Om een idee te krijgen over de gemiddelde werklast op een verpleegafdeling worden de geregistreerde verpleegkundige gegevens per item gewogen en vervolgens wordt de verhouding van de totaalsom t.o.v. van het aantal gepresteerde verpleegkundige uren (HVK, VPK, zorgkundigen,...) berekend. Deze ratio wordt de werklastindex genoemd.

5.3 Beperkingen

- Enkel (her-)verdeling van personeel; geen behoefte-inschatting:
 Zoals eerder duidelijk werd aangegeven, is de indicator niet ontwikkeld voor het bepalen van de personeelsbehoefte. De indicator probeert enkel op een billijke manier het aantal aanwezige FTE te herverdelen over de verschillende verpleegafdelingen.
 Dit betekent concreet dat, als er een permanent tekort is aan verpleegkundigen op alle afdelingen van het ziekenhuis, dit niet naar boven zal komen op basis van deze indicator.
- Enkel VG-MZG als indicator:
 VG-MZG is op dit moment de enige variabele waarmee rekening gehouden wordt bij de herverdeling van de norm. Uit eerder onderzoek in het UZ Gent, op basis van de eerste versie van MVG, blijkt dat bijkomende variabelen of 'normdeterminanten' nodig zijn om tot een beter gefundeerd

voorstel van verdeling van personeel te komen. Bijkomend onderzoek zal nodig zijn om deze variabelen te bepalen én te kwantificeren.

– Enkel kenletters C, D, G:

Zoals eerder werd beschreven is dit onderzoek beperkt tot de afdelingen met kenletters C, D en G. Dit heeft als nadeel dat het op dit moment niet mogelijk is om het volledig verpleegkundig personeelsbestand van een ziekenhuis te herverdelen. Men dient zich te beperken tot de verdeling van een architectonische of functionele groep aan afdelingen (zoals bijvoorbeeld het subdepartement heelkunde).

– Het gebruik van indexen:

In het UZ Gent is er meerdere jaren ervaring met het gebruik van de 4 indexen die automatisch berekend kunnen worden via de indicator. Dit betekent echter niet dat het hier gaat om gevalideerde indexen!

Er werd onder meer 'vastgesteld' dat de werklastindex een goede indicator is voor de evolutie in de tijd op één afdeling, maar dat de vergelijking van werklastindexen over afdelingen heen minder robuust lijkt.

Verder onderzoek over verschillende registratieperiodes en afdelingen dient hierover meer informatie te bezorgen.

– De ontwikkelde indicatoren zijn gebaseerd op directe en indirecte patiëntenzorg (DPZ en IPZ). Het aandeel eenheidsgebonden activiteiten (EGA) en andere activiteiten (AND) wordt niet meegenomen.

– Er wordt wel rekening gehouden met de patiëntgebonden administratie bij het gebruik van de indicator.

5.4 Conclusie

De indicator die aangeboden wordt aan de Belgische ziekenhuizen bevat de bouwstenen om verregaande analyse te kunnen uitvoeren in functie van werklustbepaling. Het instrument biedt een aantal kant-en-klaar oplossingen, maar kan nog verder ontwikkeld en gepersonaliseerd worden.

Hoofdstuk 6 : Testregistratie

6.1 Inleiding

Dit deel van het onderzoek had tot doel het ontwikkelde meetinstrument in de praktijk te testen en vervolgens te evalueren en bij te sturen op basis van de bekomen resultaten. De voorbereidingsfase van deze test bestond uit het ontwikkelen van een elektronisch registratieformulier en het selecteren van een gestratificeerd ziekenhuisstaal.

6.2 Voorbereiden van de testregistratie

6.2.1 Ontwikkeling van een elektronisch registratieformulier

6.2.1.1 Doelstelling

Het ontwikkelen van een elektronisch registratieformulier had tot doel de testziekenhuizen een instrument aan te bieden om de minimale verpleegkundige gegevens te registreren.

6.2.1.2 Methode

Binnen het vooropgestelde budget en de voorziene timing werd ervoor geopteerd om in samenwerking met een firma een eenvoudig formulier te ontwikkelen onder de vorm van een sequentiële vragenlijst.

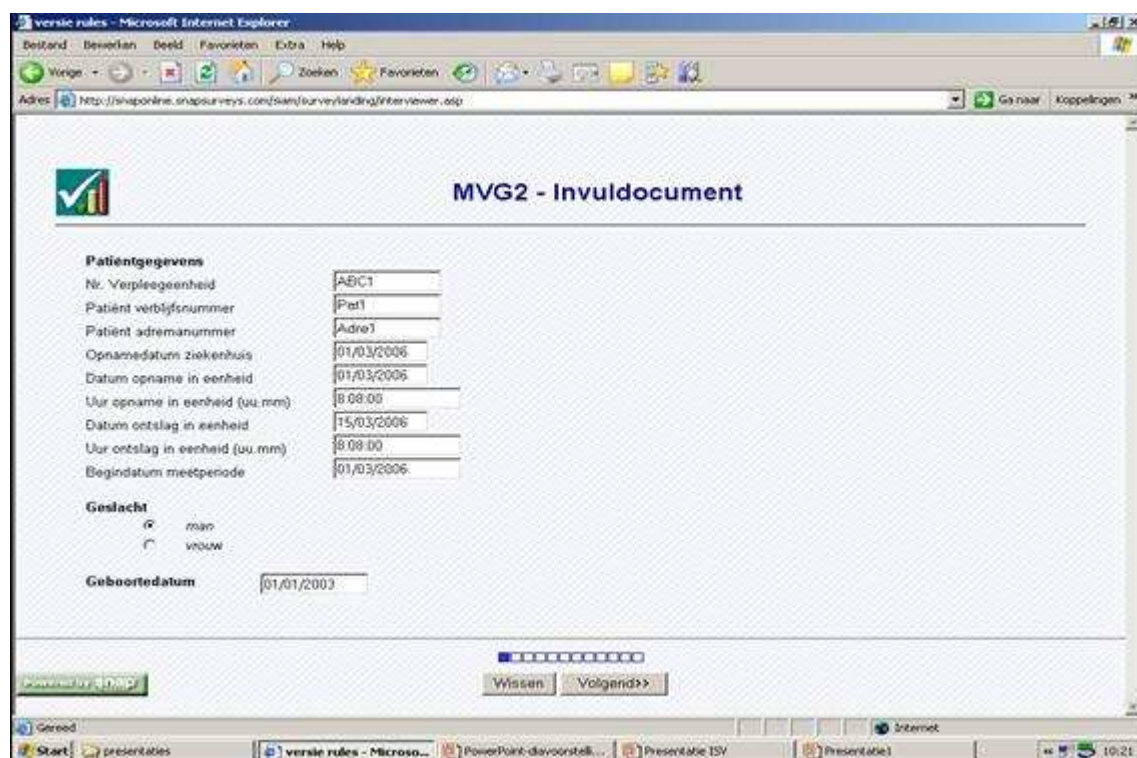
In deze lijst werden vervolgens verschillende regels en signalen ingebouwd o.a. invoerbepalingen gerelateerd aan patiëntengegevens of verpleegafdeling of federale codeerhandleiding versie 1.3.

Tot slot werd de mogelijkheid voorzien om het formulier te koppelen aan de administratieve databank zodat de patiëntgegevens automatisch konden worden opgehaald.

6.2.1.3 Resultaten

Het ontwikkelde formulier wordt voorgesteld in onderstaande figuren.

Figuur 15 toont u het scherm waarbij de patiëntgegevens worden opgehaald uit de administratieve databank.



The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying 'http://shaponline.snapsurveys.com/siam/survey/landing/interviewer.asp'. The main content area is titled 'MVG2 - Invuldocument' and contains a form for patient data. The form fields are as follows:

Field Name	Value
Nr. Verpleegeenheid	ABC1
Patiënt verblijfsnummer	Pet1
Patiënt adresnummer	Adre1
Opnamedatum ziekenhuis	01/03/2006
Datum opname in eenheid	01/03/2006
Uur opname in eenheid (uu.mm)	08.00
Datum ontslag in eenheid	15/03/2006
Uur ontslag in eenheid (uu.mm)	08.00
Beginindatum meetperiode	01/03/2006

Below the form, there are radio buttons for 'Geslacht' (Gender):

- man
- vrouw

There is also a 'Gebortedatum' (Date of Birth) field with the value '01/01/2003'. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Wissen' (Clear) and 'Volgend>' (Next).

Figuur 15: Scherm waarbij de patiëntgegevens worden opgehaald uit de administratieve databank.

Vervolgens verschijnt een scherm dat de gebruiker de mogelijkheid biedt de klasse te selecteren waarvoor hij/zij de verpleegkundige gegevens wenst in te brengen.

Na het selecteren van de desbetreffende klasse worden dan de verschillende te registreren items getoond.

A. Bevorderen van activiteiten en lichaamsbeweging

Item A1. Lichamelijke oefeningen

A-100 Gestructureerde lichamelijke oefeningen : 0= afwezig, 1= aanwezig : A1 t/m A15

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<< Vorig Wissen Volgend>>

Figuur 16: Screenshot invulscherm VG-MZG.

Het aantal dagen waarvoor VG-MZG voor een desbetreffende patiënt kan worden ingebracht is gerelateerd aan de verblijfsduur op de desbetreffende afdeling.

Nadat alle data zijn ingebracht, worden de gegevens verstuurd naar de vastgelegde server en bestaat de mogelijkheid om deze te bewerken met een eenvoudig programma voor dataverwerking (bijv. Excel[®]). Tot slot kunnen de data dan worden omgezet naar het gewenste overheidsformaat.

6.2.1.4 Conclusie

Het ontwikkelde registratieformulier is een eenvoudig en gebruiksvriendelijk instrument dat achteraf een aantal statistische analyses toelaat o.a. frequentietabellen. Toch dient opgemerkt dat het formulier ook een aantal beperkingen heeft. Aangezien het instrument niet werd ontwikkeld binnen een softwareprogramma zijn er beperkingen m.b.t. lay-out en bepaalde tests/combinaties.

Na het ontwikkelen van het formulier werd vastgesteld dat de meerderheid van de testziekenhuizen reeds over een eigen systeem beschikte om de verpleegkundige gegevens te registreren. Er werd dan ook voor geopteerd om deze ziekenhuizen hun eigen instrument te laten gebruiken.

6.2.2 Selectie van de ziekenhuizen

De verpleegkundige directies van alle Vlaamse ziekenhuizen werden via diverse kanalen benaderd met de vraag tot participatie aan de WiN-testregistratie. Concreet werd daaronder verstaan:

- Het verzamelen van de VG-MZG en de personeelsgegevens voor minimum 5 volledige afdelingen (C - D - G) en dit gedurende minstens 1 volle week.
- Het intern omzetten van die gegevens in een TXT-bestand, conform de technische handleiding van de overheid (versie november 2006).
- Het bepalen van de subjectieve werklast door de verpleegkundigen van de afdelingen die in de testregistratie werden opgenomen.
- Het verzenden van alle gegevens; met als deadline 17 april

Dit resulteerde in een lijst van 12 ziekenhuizen die hun goodwill toonden voor deelname.

Door de vroege deadline, door technische problemen, ... participeerden uiteindelijk slechts 4 ziekenhuizen aan de testregistratie:

1. Universitair ziekenhuis, Antwerpen
2. Algemeen ziekenhuis Groeninge, Kortrijk
3. GVA groep, Antwerpen
4. Universitair ziekenhuis Brussel

6.3 Resultaten en feedback

De WiN-onderzoeksequipe heeft op basis van de reële gegevens per ziekenhuis een voorstel van personeelsallocatie uitgewerkt.

Aan de 4 deelnemende ziekenhuizen werd daarna gevraagd volgende vragen te beantwoorden:

- Is de WiN-indicator en de handleiding voldoende duidelijk en gebruiksvriendelijk?
- Voldoet de WiN-indicator aan uw initiële verwachtingen? Zou u in de toekomst de WiN-indicator gebruiken in uw ziekenhuis?
- Kan u zich vinden in de door de indicator voorgestelde personeelsverschuivingen? Herkent en erkent u deze? Motiveer waarom (niet).
- Heeft u bijkomende opmerkingen?

Uiteindelijk kregen we van twee ziekenhuizen een uitgebreide feedback over de WiN-indicator; de twee andere ziekenhuizen konden ons om uiteenlopende redenen geen volledige feedback bezorgen. Er kunnen hier dan ook niet meer dan een aantal eerste indrukken geformuleerd worden. Aan deze bevindingen werden indien nodig (en mogelijk) concrete acties gekoppeld:

Is de handleiding voldoende duidelijk en gebruiksvriendelijk?

Alle respondenten vonden de handleiding onvolledig. Men mist vooral de krachtlijnen waarop de verschuivingen in het personeelsbestand zijn berekend. Daarenboven is het vanuit de handleiding niet duidelijk welke groepen (verpleegkundigen, verzorgenden, logistiek assistenten, secretariatsmedewerkers, ...) bij de herallocatie betrokken zijn.

- Actie: De handleiding werd bijgewerkt zodat het duidelijk wordt voor welke medewerkers en op welke manier de herverdeling gesuggereerd wordt.

Is de WiN-indicator voldoende duidelijk en gebruiksvriendelijk?

Een respondent merkt terecht op dat de verschillende formulieren (te) traag geopend worden. Dit is wellicht toe te schrijven aan het groot aantal gegevens en de opbouw van de query's die door een Access-expert zeker geoptimaliseerd zouden kunnen worden.

- Actie: Hiervoor werd geen actie ondernomen omdat de opdracht voor de onderzoeksequipe zich beperkte tot het aanbrengen van mogelijkheden voor de uitwerking van een dergelijke module. In het laatste follow-up comité werd door vertegenwoordigers van de Overheid de wil uitgedrukt om op basis van de bevindingen van de onderzoeksequipe een module te ontwikkelen, parallel aan de MZG-feedbackmodule.

Er wordt gesuggereerd dat 'aangezien het openen van een rapport lang duurt men best onmiddellijk een foutboodschap kan geven bij ingave van een datum die een leeg rapport zal genereren. Vb. "ongeldige selectie".

- Actie: Deze suggestie wordt meegenomen bij de technische besprekingen met de medewerkers van de Overheid.

Voldoet de WiN-indicator aan uw initiële verwachtingen?

De rapporten en grafieken in de WiN-indicator zouden een opsplitsing mogelijk moeten maken volgens kenletter.

- Actie: Deze suggestie wordt meegenomen bij de technische besprekingen met de medewerkers van de Overheid.

Een respondent antwoordt dat 'als alle gegevens betrouwbaar zijn, het een interessant en bruikbaar instrument lijkt'.

De WiN-indicator heeft echter zeker niet alle verwachtingen ingelost.. Nochtans moeten een aantal van deze verwachtingen als 'onterecht' beschouwd worden binnen deze afgebakende onderzoeksopdracht:

Voorbeeld 1: Meerdere respondenten uitten de verwachting van 'een eerste indicatie van wat gescoord is op de verschillende afdelingen zonder er direct personeel aan te koppelen.' Onze opdracht bestaat echter zeker niet uit het uitwerken van een VG-MZG-feedbackmodule. Deze opdracht wordt momenteel door de Overheid opgenomen. Daarenboven is het zo dat elk ziekenhuis 'probleemloos' bijkomende rapporten en grafieken kan opmaken die meer aan hun specifieke vraag zouden voldoen.

Voorbeeld 2: Een respondent merkt op: 'We zijn aan bed niet veel met een instrument dat grote tendenzen gaat weergeven (op basis van VG-MZG), we moeten dagelijks kunnen anticiperen.' De onderzoeksequipe deelt deze mening volledig (Hfdst 8) en is van mening dat dit onderzoek een eerste belangrijke stap gezet heeft in de richting van een werklustinstrument dat op korte termijn personeel kan toewijzen. Dit onderzoek had als onderzoeksopdracht het uitwerken van een personeelsallocatiemodule op middellange en lange termijn.

Kan u zich vinden in de door de indicator voorgestelde personeelsverschuivingen?

Slechts één van de twee resterende ziekenhuizen heeft hierop geantwoord: 'Ik ben het met de nieuwe verdeling volledig eens voor alle diensten. Dit stemt overeen met onze eigen analyses.'

Het tweede ziekenhuis achtte zich niet in staat op deze vraag te antwoorden bij gebrek aan informatie over de manier van herverdelen en de onduidelijkheid over welke groepen herverdeeld werden.

Uit de evaluatie van de meegeleverde indexen bleek het ziekenhuis wel akkoord te zijn met de personeelsindex, maar bleek de werklastindex niet overeen te komen met de scores uit het eigen ontwikkelde systeem. Deze bevinding komt overeen met eerdere ervaringen in het UZ Gent, waarbij meerdere variabelen (Vb. Turn-over) dienen meegenomen te worden om van een echte werklastindex te kunnen spreken en dan ook verpleegafdelingen te kunnen vergelijken. Het lijkt wel een zinvolle indicator om de trend binnen één afdeling in de tijd op te volgen.

6.4 Conclusie

Het aantal ziekenhuizen dat aan deze feedbackronde heeft deelgenomen is te beperkt voor veralgemeende uitspraken.

De WiN-indicator moet in meerdere ziekenhuizen en over meerdere periodes uitgetest worden om de kwaliteit van de herverdeling te kunnen valideren. De handleiding en het instrument moet daarbij verder verduidelijkt en verfijnd worden om praktisch gebruik van het instrument mogelijk te maken.

Hoofdstuk 7 : Definitieve normtijden

7.1 Tabel normtijden WiN

(exclusief patiëntgebonden administratie cfr. 7.3)

Tabel 28: Normtijden WiN

				Kenletter		
Item	Omschrijving	Score VG-MZG	Tijd (minuten)	C	D	G
Domein 1: Zorg bij de elementair fysiologische functies						
Klasse A: Bevorderen van activiteiten en lichaamsbeweging						
A100	Gestructureerde lichamelijke oefeningen	aanwezig	per dag	19	19	20
Klasse B: Zorg voor de uitscheiding						
B210	Het opvolgen van de mictie van de urinair continente patiënt	aanwezig	per dag	7	7	13
B220	Ondersteuning van de urinair continente patiënt	aanwezig	per dag	12	12	14
B230	Zorg bij de urinair incontinente patiënt	aanwezig	per dag	19	17	20
B240	Zorg aan een urinair stoma	aanwezig	per dag	23	20	22
B250	Zorg aan een urinaire verblijfs-sonde	aanwezig	per dag	10	7	8
B300	Uitvoeren van een blaas-sondage	frequentie	1 uitvoering	17	18	19
B410	Het opvolgen van de defecatie van de fecaal continente patiënt	aanwezig	per dag	8	8	11
B420	Ondersteuning van de fecaal continente patiënt	aanwezig	per dag	10	11	12

B430	Zorgen bij de fecaal incontinentie patiënt	aanwezig	per dag	20	19	22
B440	Zorg m.b.t. een fecaal stoma/pouch	fecaal stoma	per dag	37	35	36
B440	Zorg m.b.t. een fecaal stoma/pouch	pouch	per dag	37	35	36
B500	Toediening lavement en/of verwijderen faecalomen en/of het plaatsen van een rectale canule ter preventie of ter behandeling van obstipatie	aanwezig	per dag	13	14	15
B600	Educatie m.b.t. urinaire en/of fecale uitscheiding	occasioneel	per dag	24	24	24
B600	Educatie m.b.t. urinaire en/of fecale uitscheiding	gestructureerd	per dag	24	24	24
Klasse C: Zorg voor de mobiliteit						
C110	Installatie van de bedlegerige patiënt	aanwezig	per dag	17	15	16
C120	Installatie van de NIET bedlegerige patiënt	begeleiding	per dag	8	9	10
C120	Installatie van de NIET bedlegerige patiënt	gedeeltelijke hulp	per dag	16	16	16
C120	Installatie van de NIET bedlegerige patiënt	volledige hulp	per dag	39	37	37
C200	Hulp bij verplaatsen van de patiënt binnen de afdeling	begeleiding	per dag	12	12	14
C200	Hulp bij verplaatsen van de patiënt binnen de afdeling	volledige hulp	per dag	24	23	27
C400	Aanwezigheid van tractie	aanwezig	per dag	22	25	23
Klasse D: Zorg voor voeding						
D110	Hulp bij voeding (in de patiëntenkamer)	zonder hulp	per dag	10	10	10
D110	Hulp bij voeding (in de patiëntenkamer)	gedeeltelijke hulp	per dag	17	17	17

D110	Hulp bij voeding (in de patiëntenkamer)	volledige hulp	per dag	34	34	36
D110	Hulp bij voeding (in de patiëntenkamer)	guiding	per dag	37	37	38
D120	Hulp bij voeding (in de eetzaal)	zonder hulp	per dag	10	10	10
D120	Hulp bij voeding (in de eetzaal)	gedeeltelijke hulp	per dag	17	17	17
D120	Hulp bij voeding (in de eetzaal)	volledige hulp	per dag	34	34	36
D120	Hulp bij voeding (in de eetzaal)	guiding	per dag	37	37	38
D300	Toediening van sondevoeding	(naso)gastrische sonde	per dag	24	22	23
D300	Toediening van sondevoeding	jejuno- of gastrostomie	per dag	24	22	23
D400	Toediening TPN	aanwezig	per dag	12	12	14
D500	Educatie m.b.t. voeding	occasioneel	per dag	24	24	24
D500	Educatie m.b.t. voeding	gestructureerd	per dag	24	24	24
Klasse E: Bevorderen van lichamelijk comfort						
E100	Symptoommanagement: pijn	aantal controles	1 controle	9	9	11
E200	Symptoommanagement: nausea & braken	aantal controles	1 controle	8	7	10
E300	Symptoommanagement: moeheid	aantal controles	1 controle	9	7	8
E400	Symptoommanagement: sedatie	aantal controles	1 controle	9	8	8
Klasse F: Ondersteunen van persoonlijke zorg						
F110	Hygiënische zorgen aan lavabo, bed (waskom) of couveuse	basis ondersteuning	per dag	14	14	17

F110	Hygiënische zorgen aan lavabo, bed (waskom) of couveuse	gedeeltelijke hulp	per dag	13	12	15
F110	Hygiënische zorgen aan lavabo, bed (waskom) of couveuse	volledige hulp	per dag	25	23	25
F110	Hygiënische zorgen aan lavabo, bed (waskom) of couveuse	guiding	per dag	25	27	28
F120	Hygiënische zorgen in een bad of douche	basis ondersteuning	per dag	14	14	17
F120	Hygiënische zorgen in een bad of douche	gedeeltelijke hulp	per dag	13	12	15
F120	Hygiënische zorgen in een bad of douche	volledige hulp	per dag	25	23	25
F120	Hygiënische zorgen in een bad of douche	guiding	per dag	25	27	28
F200	Educatie m.b.t. hygiënische verzorging	occasioneel	per dag	24	24	26
F200	Educatie m.b.t. hygiënische verzorging	gestructureerd	per dag	24	24	26
F300	Hulp bij dagkledij	aanwezig	per dag	10	12	12
F400	Zorgen m.b.t. het zelfbeeld	aanbrengen van een prothese	per dag	8	8	8
F400	Zorgen m.b.t. het zelfbeeld	preventieve maatregelen voor haar- en nageluitval	per dag	16	16	16
F400	Zorgen m.b.t. het zelfbeeld	maquillage	per dag	24	24	24
F500	Bijzondere mondzorg	frequentie	1 mondzorg	7	8	9

Domein 2: Complexe fysiologische functies						
Klasse G: Zorg voor de elektrolytenbalans en het zuur-base-evenwicht						
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans	opvolging urinedebiet of voedingstoestand	per dag	12	10	11
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans	1 in-out balans	per dag	12	10	11
G100	Beleid van de vocht- en voedingsbalans	2 of + in-out balansen	per dag	13	12	14
G200	Beleid bij een evacuerende maagsonde	aanwezig	per dag	10	10	10
G300	Glycemiebeleid	zonder educatie	per dag	18	17	16
G300	Glycemiebeleid	met educatie	per dag	24	24	24
G400	Bloedwaardenbeleid: bloedgas- sen, stolling, hemoglobine of ionen	aanwezig	per dag	13	12	13
G500	Beleid m.b.t. dialyse	peritoneale dialyse	per dag	163	163	163
Klasse H: Zorg bij geneesmiddelengebruik						
H100	Toediening geneesmiddelen SC/ID/IM	aantal	1 geneesmiddel	5	6	6
H200/ H300	Toediening van het aantal verschillende geneesmiddelen IV	aantal/frequentie	2 geneesmiddelen	7	7	9
H400	Toediening geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoftent	aantal	1 toedieningsmoment	4	5	7
H500	Toediening geneesmiddelen via vaginale weg	aantal	1 geneesmiddel	11	12	12

Klasse I: Neurologische zorg						
I100	Bewaking van de neurologische functie d.m.v. een meetinstrument	aantal controles	1 controle	3	3	3
I200	Intracraniële drukmeting zonder of met drainage	zonder drainage	per dag	21	21	21
I200	Intracraniële drukmeting zonder of met drainage	met drainage	per dag	31	31	31
Klasse K: Zorg voor de ademhaling						
K100	Aspiratie van de luchtwegen	aanwezig	per dag	29	29	27
K200	Ondersteunende middelen voor de ademhalingsfunctie	masker, neusbril, sonde, zuurstoftent of -koepel	per dag	8	9	9
K200	Ondersteunende middelen voor de ademhalingsfunctie	tracheacanule	per dag	15	15	15
K300	Kunstmatige ventilatie	aanwezig(1)	per dag	20	20	20
Klasse L: Huid- en wondverzorging						
L100	Toezicht op een wonde, wondomgeving en verbandmateriaal (zonder verzorging)	aantal zones	1 zone	4	4	5
L200	Verzorging van wonden met suturen en/of insteekpunten	aantal zones	1 zone	7	7	9
L300	Eenvoudige verzorging van een open wonde	aantal zones	1 zone	9	10	12
L400	Complexe verzorging van een open wonde	aantal zones	1 zone	16	16	17
L500	Verzorging van huidlaesies als gevolg van dermatologische aandoeningen	aantal zones	1 zone	6	6	8

Klasse N: Zorg voor de weefseldoorbloeding					
N100	Toediening van bloed en bloedcomponenten	aantal	1 zak of flacon	11	11 13
N200	Toezicht en/of verzorging van een artificiële toegangspoort: veneus, arterieel, subcutaan, intramusculair, intrapleuraal, intrathecaal, epiduraal, intraperitoneaal, intra-osseus	aantal	1 toegangspoort	5	5 7
N300	Veneuze bloedafname	aantal	1 afname	6	7 9
N400	Arteriële bloedafname	aantal	1 afname	9	9 10
N500	Capillaire bloedafname	aantal	1 afname	4	5 5
N600	Cardio-circulatoire ondersteuning: elektrisch hulpmiddel	opvolging	per dag	18	18 18

Domein 3: Gedrag					
Klasse O: Gedragstherapie					
O200	Zorg m.b.t. gedragsstoornissen	aanwezig	per dag	36	35 35
Klasse P: Cognitieve therapie					
P100	Zorgen aan de patiënt met een cognitief verminderd functioneren	occasioneel	per dag	18	18 18
P100	Zorgen aan de patiënt met een cognitief verminderd functioneren	gestructureerd	per dag	18	18 18

Klasse Q: Bevorderen van de communicatie						
Q100	Bevorderen van de communicatie bij communicatiemoeilijkheden	aanwezig	per dag	11	12	12
Klasse R: Ondersteunen bij probleemhantering						
R110	Basis emotionele ondersteuning	aanwezig	per dag	20	22	20
R120	Gerichte emotionele ondersteuning	aanwezig	per dag	30	32	32
R130	Opvang van een emotionele crisis	aanwezig	per dag	35	37	36
S100	Gerichte educatie en voorlichting	occasioneel	per dag	13	15	14
S100	Gerichte educatie/voorlichting	gestructureerd	per dag	13	15	14
S200	Voorlichting bij operatie of onderzoek	occasioneel	per dag	10	10	10
S200	Voorlichting bij operatie/O.Z	gestructureerd	per dag	10	10	10

Domein 4: Veiligheid						
Klasse V: Risicobestrijding						
V100	Decubituspreventie: gebruik van dynamische antidecubitus materialen	aanwezig	per dag	22	19	19
V200	Decubituspreventie: wisselhouding	aantal	1 wisselmoment	10	10	10
V300	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en lichaamstemperatuur: continue monitoring	aantal	1 parameter	17	17	17

V300	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en lichaamstemperatuur: continue monitoring	aantal	2 parameters	20	18	20
V300	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en lichaamstemperatuur: continue monitoring	aantal	3 parameters	22	22	22
V300	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en lichaamstemperatuur: continue monitoring	aantal	4 parameters	25	24	25
V400	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting	frequentie	1 keer	4	4	4
V400	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting	frequentie	2 keer	6	5	6
V400	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting	frequentie	3 keer	10	11	11
V400	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting	frequentie	4-6 keer	18	18	18
V400	Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting	frequentie	7-12 keer	28	28	28
V500	Staalafname van weefsel of lichamelijk excretiemateriaal	aantal	1 staalafname	12	13	15
V600	Isolatiemaatregelen : bijkomende voorzorgsmaatregelen	twee maatregelen	per dag	15	15	17
V600	Isolatiemaatregelen : bijkomende voorzorgsmaatregelen	isolatie in aparte kamer met 3/4 maatregelen	per dag	18	20	21

V700	Beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie	aanwezig	per dag	27	23	26
------	---	----------	---------	----	----	----

Domein 5: Gezin en familie						
Klasse X: Zorg voor gezin en familie						
X100	Rooming-in van familie of significante naaste	aanwezig	per dag	11	11	11

Domein 6: Gezondheidszorgbeleid						
Klasse Y: Bemiddeling in de zorg						
Y100	Interculturele bemiddeling	aanwezig	per dag	22	22	22
Y200	Verpleegkundige anamnese	aanwezig	1 anamnese	11	12	12
Klasse Z: Beheer van zorgvoorzieningen & informatiebeheer						
Z100	Assessment functioneel, mentaal, psycho-sociaal	aanwezig	per dag	26	26	26
Z200	Ondersteuning van de arts bij een niet delegerbare medische handeling	aantal	1 assistentie	16	17	17
Z300	Multidisciplinair overleg	aanwezig	1 overleg	10	11	10
Z400	Contact met andere instellingen	aanwezig	per dag	18	17	20

7.2 Tableau de temps de références WiN

(excepté administration liée au patient Cfr. 7.3)

Tabel 29: Tableau de temps de références WiN.

Item*	Description	Score DI-RHM	Temps (minutes)	Index de lits		
				C	D	G
Domaine 1: soins liés aux fonctions physiologique élémentaires						
Classe A: gestion des activités et de l'exercice						
A100	Exercices corporels structurés	présence	par jour	19	19	20
Classe B: soins liés à l'élimination						
B210	Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine	présence	par jour	7	7	13
B220	Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent pour l'urine	présence	par jour	12	12	14
B230	Soins liés à l'incontinence urinaire	présence	par jour	19	17	20
B240	Soins liés à la présence d'une stomie urinaire	présence	par jour	23	20	22
B250	Soins liés à la présence d'une sonde vésicale à demeure	présence	par jour	10	7	8

B300	Mise en place d'une sonde vésical ou d'un cathéter par voie urétrale ou par stomie	fréquence	1 mise en place	17	18	19
B410	Suivi de la défécation chez un patient continent pour selles	présence	par jour	8	8	11
B420	Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent pour les selles	présence	par jour	10	11	12
B430	Soins liés à l'incontinence fécale	présence	par jour	20	19	22
B440	Soins liés à la présence d'une stomie fécale / pouch	stomie fécale	par jour	37	35	36
B440	Soins liés à la présence d'une stomie fécale / pouch	pouch	par jour	37	35	36
B500	Administration d'un lavement ou/et enlèvement manuel de fécalomes ou/et placement d'une sonde ou une canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter une constipation	présence	par jour	13	14	15
B600	Education à l'élimination urinaire et/ou fécale	occasionnelle	par jour	24	24	24

B600	Education à l'élimination urinaire et/ou fécale	structurée	par jour	24	24	24
Classe C: soins liés à la mobilité						
C110	Installation d'un patient alité	présence	par jour	17	15	16
C120	Installation d'un patient non alité	Accompagnement	par jour	8	9	10
C120	Installation d'un patient non alité	Aide partielle	par jour	16	16	16
C120	Installation d'un patient non alité	Aide complète	par jour	39	37	37
C200	Aide au déplacement d'un patient dans l'unité	Accompagnement	par jour	12	12	14
C200	Aide au déplacement d'un patient dans l'unité	Aide complète	par jour	24	23	27
C400	Présence de traction(s)	présence	par jour	22	25	23
Classe D: soins liés à l'alimentation						
D110	Alimentation prise dans la chambre	sans aide	par jour	10	10	10
D110	Alimentation prise dans la chambre	aide partielle	par jour	17	17	17
D110	Alimentation prise dans la chambre	aide complète	par jour	34	34	36

D110	Alimentation prise dans la chambre	guidance	par jour	37	37	38
D120	Alimentation prise dans la salle à manger	sans aide	par jour	10	10	10
D120	Alimentation prise dans la salle à manger	aide partielle	par jour	17	17	17
D120	Alimentation prise dans la salle à manger	aide complète	par jour	34	34	36
D120	Alimentation prise dans la salle à manger	guidance	par jour	37	37	38
D300	Administration d'alimentation entérale par sonde	sonde gastrique	par jour	24	22	23
D300	Administration d'alimentation entérale par sonde	sonde d'accès artificiel	par jour	24	22	23
D400	Alimentation parentérale totale	présence	par jour	12	12	14
D500	Education à l'alimentation	occasionnelle	par jour	24	24	24
D500	Education à l'alimentation	structurée	par jour	24	24	24
Classe E: promotion du confort physique						
E100	Gestion des symptômes: douleur	nombre d'évaluations	1 évaluation	9	9	11
E200	Gestion des symptômes: nausées et/ou vomissements	nombre d'évaluations	1 évaluation	8	7	10

E300	Gestion des symptômes: fatigue	nombre d'évaluations	1 évaluation	9	7	8
E400	Gestion des symptômes: sédation	nombre d'évaluations	1 évaluation	9	8	8
Classe F: soutien aux soins personnels						
F110	Soins d'hygiène: toilette au lavabo/lit/couveuse	soutien de base	par jour	14	14	17
F110	Soins d'hygiène: toilette au lavabo/lit/couveuse	aide partielle	par jour	13	12	15
F110	Soins d'hygiène: toilette au lavabo/lit/couveuse	aide complète	par jour	25	23	25
F110	Soins d'hygiène: toilette au lavabo/lit/couveuse	guidance	par jour	25	27	28
F120	Soins d'hygiène: bain ou douche	soutien de base	par jour	14	14	17
F120	Soins d'hygiène: bain ou douche	aide partielle	par jour	13	12	15
F120	Soins d'hygiène: bain ou douche	aide complète	par jour	25	23	25
F120	Soins d'hygiène: bain ou douche	guidance	par jour	25	27	28
F200	Education aux soins d'hygiène	occasionnelle	par jour	24	24	26
F200	Education aux soins d'hygiène	structurée	par jour	24	24	26

F300	Aide complète pour l'habillement civil de jour	présence	par jour	10	12	12
F400	Soins liés à l'image corporelles	mise en place d'une prothèse	par jour	8	8	8
F400	Soins liés à l'image corporelles	prévention de la chute de phanères	par jour	16	16	16
F400	Soins liés à l'image corporelles	maquillage	par jour	24	24	24
F500	Soins de bouche particuliers (à visée préventive ou curative)	fréquence	1 soin de bouche	7	8	9

Domaine 2: soins liés aux fonctions physiologiques complexes						
Classe G: gestion hydro-électrolytique et acido-basique						
G100	Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique	suivi diurèse ou poids ou état nutritionnel	par jour	12	10	11
G100	Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique	1 bilan in-out	par jour	12	10	11
G100	Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique	2 ou + bilan in-out	par jour	13	12	14
G200	Gestion d'une sonde gastrique de décharge	présence	par jour	10	10	10
G300	Gestion de la glycémie	sans éducation	par jour	18	17	16

G300	Gestion de la glycémie	avec éducation	par jour	24	24	24
G400	Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation	présence	par jour	13	12	13
G500	Gestion de la dialyse	dialyse péritonéal	par jour	163	163	163
Classe H: administration des médicaments						
H100	Administration de médicaments différents par voie IM/SC/ID	nombre	1 médicament	5	6	6
H200/ H300	Administration des médicaments par voie IV	nombre/fréquence	2 médicament	7	7	9
H400	Administration de médicaments par inhalation	nombre	1 moment d'administration	4	5	7
H500	Administration de médicaments par voie vaginale	nombre	1 médicament	11	12	12
Classe I: soins liés à la fonction neurologique						
I100	Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure	nombre de contrôles	1 évaluation	3	3	3
I200	Surveillance d'une pression intracrânienne	sans drainage	par jour	21	21	21
I200	Surveillance d'une pression intracrânienne	avec drainage	par jour	31	31	31

Classe K: soins liés à la respiration						
K100	Aspiration des voies aériennes	présence	par jour	29	29	27
K200	Statut respiratoire	masque, lunettes, sonde, cloche, tente	par jour	8	9	9
K200	Statut respiratoire	canule trachéale	par jour	15	15	15
K300	Ventilation artificielle	présence(1)	par jour	20	20	20
Classe L: gestion de la peau et des plaies						
L100	Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel	nombre de zones	1 zone	4	4	5
L200	Soins aux plaies suturées et /ou aux orifices de drain	nombre de zones	1 zone	7	7	9
L300	Soins simples de plaies ouvertes	nombre de zones	1 zone	9	10	12
L400	Soins complexes de plaies ouvertes	nombre de zones	1 zone	16	16	17
L500	Soins aux lésions dermatologiques	nombre de zones	1 zone	6	6	8
Classe N: perfusion tissulaire						
N100	Administration de sang et des composants sanguins	nombre	1 poche ou flacon	11	11	13

N200	Surveillance et soins aux voies d'accès SC,IV,artérielle, intra- osseuse, intra-spinale, intra- thécale,intrapleurale, intra- ombilical,péridurale	nombre	1 voie d'accès	5	5	7
N300	Prélèvements sanguins veineux	nombre	1 prélèvement	6	7	9
N400	Prélèvements sanguins artériels	nombre	1 prélèvement	9	9	10
N500	Prélèvements sanguins capillaires	nombre	1 prélèvement	4	5	5
N600	Assistance cardio- circulatoire électrique	suivi	par jour	18	18	18

Domaine 3: comportement						
Classe O: thérapie comportementale						
O200	Soins aux troubles comportementaux	présence	par jour	36	35	35
Classe P: thérapie cognitive						
P100	Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif	occasionnelle	par jour	18	18	18

P100	Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif	structurée	par jour	18	18	18
Classe Q: amélioration de la communication						
Q100	Amélioration de la communication	présence	par jour	11	12	12
Classe R: aide aux stratégies d'adaptation						
R110	Soutien émotionnel de base	présence	par jour	20	22	20
R120	Soutien émotionnel particulier	présence	par jour	30	32	32
R130	Prise en charge d'une situation de crise émotionnelle	présence	par jour	35	37	36
S100	Sensibilisation et éducation spécifique	occasionnelle	par jour	13	15	14
S100	Sensibilisation et éducation spécifique	structurée	par jour	13	15	14
S200	Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique	occasionnelle	par jour	10	10	10
S200	Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique	structurée	par jour	10	10	10

Domaine 4: sécurité						
Classe V: gestion du risque						
V100	Prévention des plaies de décubitus: utilisation du matériel de prévention dynamique	présence	par jour	22	19	19
V200	Prévention des plaies de décubitus: changements de position	nombre	1 changement	10	10	10
V300	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t ⁹) à l'aide d'un monitoring continu	nombre	1 paramètre	17	17	17
V300	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t ⁹) à l'aide d'un monitoring continu	nombre	2 paramètres	20	18	20
V300	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t ⁹) à l'aide d'un monitoring continu	nombre	3 paramètres	22	22	22
V300	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t ⁹) à l'aide d'un monitoring continu	nombre	4 paramètres	25	24	25

V400	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t° corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu	fréquence	1 fois	4	4	4
V400	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t° corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu	fréquence	2 fois	6	5	6
V400	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t° corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu	fréquence	3 fois	10	11	11
V400	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t° corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu	fréquence	4-6 fois	18	18	18
V400	Surveillance des paramètres vitaux (cœur, poumons, t° corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu	fréquence	7-12 fois	28	28	28
V500	Prélèvements tissulaires ou de matériel organique	nombre	1 prélèvement	12	13	15
V600	Mesures d'isolement: précautions additionnelles	deux mesures	par jour	15	15	17

V600	Mesures d'isolement: précautions additionnelles	isolement architectural avec 3/4 des mesures	par jour	18	20	21
V700	Soins liés à la désorientation : mesures de protection	présence	par jour	27	23	26

Domaine 5: famille						
Classe X: soins relatifs au cycle de la vie						
X100	Rooming-in	présence	par jour	11	11	11

Domaine 6: systèmes de santé						
Classe Y: médiation au sein du système de santé						
Y100	Médiation interculturelle	présence	par jour	22	22	22
Y200	Anamnèse infirmière	présence	1 anamnèse	11	12	12
Classe Z: gestion du processus de soins et de l'information						
Z100	Evaluation fonctionnelle, mentale, psychosociale	présence	par jour	26	26	26
Z200	Assistance médicale aux actes médicaux non déléguables	nombre	1 assistance	16	17	17
Z300	Contacts multidisciplinaires	présence	1 concertation	10	11	10
Z400	Contacts avec les autres institutions	présence	par jour	18	17	20

7.3 Aandeel patiëntgebonden administratie – Administration liée au patient

Tabel 30: Aandeel patiëntgebonden administratie - administration liée au patient

VG-MZG item	VG-MZG score	Aandeel adm.	VG-MZG item	VG-MZG score	Aandeel adm.	VG-MZG item	VG-MZG score	Aandeel adm.
A100	1	1,65	E300	-	0,83	K300	2	0,83
B210	1	0,83	E400	-	2,48	L100	-	0,83
B220	1	0,83	F110	1	0,41	L200	-	0,54
B230	1	0,83	F110	2	0,83	L300	-	0,54
B240	1	1,65	F110	3	0,83	L400	-	1,07
B250	1	1,65	F110	4	2,48	L500	-	0,54
B300	1	1,24	F120	1	0,41	N100	-	1,65
B300	-	1,24	F120	2	0,83	N200	-	0,83
B410	1	0,83	F120	3	0,83	N300	-	0,41
B420	1	0,83	F120	4	2,48	N400	-	0,41
B430	1	0,83	F200	1	1,65	N500	-	0,41
B440	1	1,65	F200	2	1,65	N600	1	0,83
B440	2	1,65	F300	1	0	O200	1	2,48
B500	1	0,83	F400	1	0,83	P100	1	1,65
B600	1	1,65	F400	2	0,83	P100	2	1,65
B600	2	1,65	F400	3	0,83	Q100	1	0,41
C110	1	0,83	F500	-	1,65	R110	1	0,83
C120	1	0,83	G100	1	0,83	R120	1	1,65
C120	2	0,83	G100	2	0,83	R130	1	4,95
C120	3	0,83	G100	3	0,83	S100	1	1,65
C200	1	0,83	G100	4	0,83	S200	1	1,65
C200	2	0,83	G100	5	0,83	S200	2	1,65
C400	1	0,83	G200	1	1,65	V100	1	0
D110	1	0,41	G300	1	1,24	V200	-	0,83
D110	2	0,83	G300	2	4,13	V300	-	0
D110	3	0,83	G400	1	0,83	V400	-	0
D110	4	2,48	G500	1	2,48	V500	-	0,83
D120	1	0,41	H100	-	0,41	V600	1	0
D120	2	0,83	H200	-	1,65	V600	2	0
D120	3	0,83	H400	-	0,41	V700	1	3,3
D120	4	2,48	H500	-	0,21	X100	1	0
D300	1	1,65	I100	-	1,65	Y100	1	0,83
D300	2	1,65	I200	1	0,83	Y200	1	0
D400	1	1,65	I200	2	0,83	Z100	1	0
D500	1	1,65	K100	1	1,65	Z200	-	0,41
D500	2	1,65	K200	1	0,41	Z300	1	0,83
E100	-	2,48	K200	3	0,83	Z400	1	1,65
E200	-	2,48	K300	1	0,83			

Hoofdstuk 8 : Discussie

Discussiepunten over de omstandigheden van het WiN-project:

Ontegensprekelijk zal de geactualiseerde MVG nog een aantal kinderziekten vertonen en zal de evolutie tot een meer geconsolideerd instrument nog even duren. Toch mag verwacht worden dat het effect van dit nieuwe instrument op het verplegen substantieel zal zijn. Tal van hefboomen zijn aanwezig om verpleegkunde een ander aangezicht te geven.

De belangrijkste toepassing, zoals door de Belgische verpleegkundige wereld gevraagd - personeelsverdeling - is op basis van het nieuwe instrument niet evident. De basis van MVG1 lag bij 2 patiëntenclassificatiesystemen (San Joaquin en PRN) en de toepassingen i.v.m. werklast en personeelsinzet waren relatief makkelijk af te leiden uit MVG1. De wetenschappelijke equipe heeft ervaren dat dit voor de VG-MZG enigszins moeilijker ligt. De NIC-oplijsting (Nursing Intervention Classification), waarvan uitgegaan werd voor ontwikkeling van de VG-MZG mag dan volledigheid garanderen; zorgzwaarte is er moeilijker uit af te leiden. De Belgische handleiding VG-MZG laat op dit punt nog veel ruimte voor interpretatie. Zo was een her-taling van de items in termen van werklast noodzakelijk voor het project WiN. De samplinglijst krijgt hier haar volle waarde. Elke studie en toepassing moet rekening houden met onduidelijkheden in de handleiding en met de interpretatiemarge, die er tot vandaag is. Ook voor het WiN-project is die nuancering belangrijk.

Aan de overheid wordt gevraagd elke noodzakelijk geachte aanpassing aan het registratie-instrument en de handleiding ervan systematisch uit te voeren met het oog op het bereiken van de doelstellingen en het realiseren van de toepassingen. Er wordt meer concreet verwacht dat zowel werklast, financiering, kwaliteit (veiligheid) en zorgeffectiviteit op basis van 'good practice' mede

door dit registratie-instrument op een constructieve wijze kunnen gemeten, benaderd en beïnvloed worden.

Vooralsnog moet beklemtoond worden dat het registratie-instrument geen (patiënten-)behoefte-systeem is.

Gedegen statistische bevindingen vergen voldoende betrouwbare data. In deze studie werden concepten en methodieken uitgetest binnen een relatief kort tijdsbestek en in een weinig stabiele situatie. Zo werd bijvoorbeeld de handleiding - versie 1.3 later dan voorzien opgeleverd en werd de officiële start van de nieuwe registratie niet gehaald in maart 2007. Dit had zijn effect op de kennis van het nieuwe instrument op de werkvloer en op de omgang ermee, wat dan weer invloed heeft gehad op de tijdsmetingen. De WiN-simulator kon vooral om die reden niet in voldoende ziekenhuizen uitgetest worden. De ziekenhuizen waren er nog niet mee bezig.

Overleg met de equipe die heeft gewerkt rond de relatie VG-MZG – financiering (Kenniscentrum: KU Leuven – CHU Liège) heeft 1 maal plaats gevonden. De wil om dit frequenter te doen was bij beide equipes aanwezig maar het opzet en de uitrol van het concept bleken nauwelijks afstembaar.

Onderzoeksinhoudelijke en technische discussiepunten:

In dit onderzoek werd geen rekening gehouden met de interbeïnvloeding tussen de items. Zo zal een geriatrische, verwarde patiënt vermoedelijk een andere benadering en meer zorgtijd vergen dan een zelfstandige patiënt in de postoperatieve fase na een niet gecompliceerde laparoscopische appendectomie. Dit effect is meetbaar per zorgacte. Maar de totaalbenadering is moeilijker in tijd te vatten. De idee leefde binnen het wetenschappelijk team om een indicator te ontwikkelen voor een aantal specifieke patiëntprofielen maar dit werd niet gerealiseerd. Toch wordt de eigenheid van C, D en G voor een deel gerespecteerd door normtijden per kenletter te geven.

Een beperking van het onderzoek is het niet uitvoeren van directe tijdsmetingen door externe observatoren ter validatie van de tijden die ter beschikking kwamen door zelfregistratie. Om arbeidsintensieve redenen was dit niet te verantwoorden binnen het onderzoeksopzet. De finale beoordeling door experts en resonanten bleek een waardevol alternatief.

De hospitalisatie-afdelingen die in aanmerking werden genomen voor de M.M.O. waren van het type C, D en G. In hoeverre dit 'zuivere' of eerder 'gemengde' afdelingen betrof werd niet gecheckt. Dit werd niet bezwarend geacht voor het onderzoek omdat dit ook buiten de steekproef in de realiteit een gegeven is dat evenzeer voorkomt.

Vergelijkingen met eerdere normtijden, zoals in Belgische ziekenhuizen gebruikt voor toepassingen op basis van MVG 1 of voor toepassingen met andere classificatie- of werklastmodellen, werden vooralsnog niet uitgevoerd.

Hoofdstuk 9 : Conclusie en aanbevelingen

Conclusies:

De onderzoeksopdracht was uitdagend en zwaar. Het tijdsbestek en de middelen waren beperkt. Toch werd een interessant parcours afgelegd en werden de objectieven gerealiseerd. De equipe heeft blijk gegeven van grote inzet en veel creativiteit.

Verrassend lijkt de vaststelling dat de geactualiseerde MVG momenteel nog geen 50% vertegenwoordigt van het gehele verpleegkundig activiteitenpatroon in afdelingen C – D en G. Tegelijk verklaart de VG-MZG echter bijna 70% van de directe en indirecte patiëntenzorg.

Multimomentopnamen zijn bruikbaar gebleken als methode om normtijden te bepalen voor een groot deel van de items. Aanvullende methodes zoals zelfregistratie en subjectieve inschatting zijn aangewezen voor andere items. De combinatie met een aantal Delphirondes is noodzakelijk gebleken als 'eerste validatie' van de meetresultaten. Opvallend was de grote interesse en participatiebereidheid van de verpleegkundige wereld.

Op basis van de VG-MZG kon een prototype van een beleidsinstrument worden ontwikkeld om het verplegend en verzorgend personeel binnen het ziekenhuis objectief te (her)verdelen, op lange en middellange termijn.

Aanbevelingen:

Uitbreiding van de studie is noodzakelijk voor de afdelingen met kenletters M – I – Sp – E – N – Z ...). Er kan verder gebouwd worden op de huidige studie.

Zonder deze uitbreiding kan het instrumentarium niet tot zijn recht komen en zullen de resultaten van elke toepassing ervan in vraag gesteld worden.

Aangezien net geen 50% van het activiteitenpatroon gecoverd wordt door de VG-MZG, moeten bijkomende indicatoren onderzocht worden op hun bruikbaarheid voor personeelsverdeling.

Nochtans wordt verwacht dat een meer gekende, geconsolideerde en in de praktijk toegepaste VG-MZG de momenteel vastgestelde cijfers en bevindingen nog zal wijzigen. Daarom wordt aangedrongen op evaluatie van studieonderdelen en deelresultaten 1 jaar nadat de registratie VG-MZG op kruissnelheid is gekomen.

Er wordt door de verpleegkundige beleidswereld terecht gevraagd naar een aangepast instrumentarium voor personeelsverdeling op korte termijn. Dagdagelijks biedt de WiN-indicator geen oplossing. Een uitbreiding in die zin moet overwogen worden.

Vergelijking met gelijkaardige studies (o.a. VG-MZG – Financiering: KCE: KUL / CHU Liège) en met normtijden, zoals in Belgische ziekenhuizen eerder gebruikt voor toepassingen op basis van MVG 1 of voor toepassingen met andere classificatie- of werklastmodellen is wenselijk.

Hoofdstuk 10 : Literatuurlijst

1. Capuano, T., et al., *Work flow analysis: eliminating non-value-added work*. J Nurs Adm, 2004. 34(5): p. 246-56.
2. Van Goubergen D., *cursus tijd- en methodestudie, Faculteit toegepaste wetenschappen, Industrial management, vakgroep technische bedrijfsvoering, 2005*.
3. Dijkstra, M., *Proces- en arbeidsanalyse. 2003; versie 0203S02*.
4. Pelletier, D. and C. Duffield, *Work sampling: valuable methodology to define nursing practice patterns*. Nurs Health Sci, 2003. 5(1): p. 31-8.
5. Sermeus, W. and K. Van den Heede, in *Patiëntenclassificatiesysteem als hulpmiddel bij toewijzing verpleegkundig personeel*. 2003, Kluwer. p. 24-32.
6. Linestone, H.A., M. Turoff, and O. Helmer, *The Delphi Method, Techniques and Applications*. 2002.
7. *“Financiering van Verpleegkundige Zorg in de ziekenhuizen”, Federaal Kenniscentrum, KCE reports vol.53B; 2007*.
8. Clarke, S.P. and L.H. Aiken, *Registered nurse staffing and patient and nurse outcomes in hospitals: A commentary*. Policy, Politics, & Nursing Practice, 2003. 4: p. 104-111.
9. Clarke, S.P. and L.H. Aiken, *More nursing, fewer deaths*. Qual Saf Health Care, 2006. 15(1): p. 2-3.
10. Rogers, A.E., et al., *The working hours of hospital staff nurses and patient safety*. Health Aff (Millwood), 2004. 23(4): p. 202-12.
11. Sermeus, W., et al., *Financement des soins infirmiers hospitaliers. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports 53B (D/2006/10.273/07)*.
12. Aiken, L.H., et al., *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. Jama, 2003. 290(12): p. 1617-23.
13. Aiken, L.H., et al., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. Jama, 2002. 288(16): p. 1987-93.
14. *KCE. Projet PPF06-22 – nursing task differentiation – TPF06-72*.
15. Defloor, T., et al., *‘Verpleegkundige competenties. Verslag van een onderzoek ter onderbouwing van functiedifferentiatie in de verpleegkunde’*. Mechelen: Kluwer, 2004, 112p; ISBN. 90 4650 213 9.

16. Defloor, T., et al., *The clinical nursing competences and their complexity in Belgian general hospitals*. J Adv Nurs, 2006. 56(6): p. 669-78.
17. Gobert, M., *La profession infirmière : essai d'évaluation de la complexité des compétences. Mémento de l'Art infirmier, Kluwer Ed. 2005, chapitre 2, pp. 38-54.*
18. Wirth, P., L. Kahn, and G.T. Perkoff, *Comparability of two methods of time and motion study used in a clinical setting: work sampling and continuous observation*. Med Care, 1977. 15(11): p. 953-60.
19. Oddone, E., S. Guarisco, and D. Simel, *Comparison of housestaff's estimates of their workday activities with results of a random work-sampling study*. Acad Med, 1993. 68(11): p. 859-61.
20. Delobelle, S. and K. Smet, *Zelfregistratie via multimomentopname, een betrouwbare registratiemethode binnen de verpleegkunde? Master-proef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde; UGent. 2007.*
21. Everhart, N., *Work Sampling application to School Library Media Centers*. Library & Information Science Research, 19(1), 53-69. 1997.
22. Rascati, K.L., C.L. Kimberlin, and W.C. McCormick, *Work measurement in pharmacy research*. Am J Hosp Pharm, 1986. 43(10): p. 2445-52.
23. Urden, L.D. and J.I. Roode, *Work sampling. A decision-making tool for determining resources and work redesign*. J Nurs Adm, 1997. 27(9): p. 34-41.
24. Nickman, N.A., R.M. Guerrero, and J.N. Bair, *Self-reported work-sampling methods for evaluating pharmaceutical services*. Am J Hosp Pharm, 1990. 47(7): p. 1611-7.
25. Asaro, P.V., *Handheld computer application for time-motion studies in the emergency department*. AMIA Annu Symp Proc, 2003: p. 780.
26. Asaro, P.V., *Synchronized time-motion study in the emergency department using a handheld computer application*. Medinfo, 2004. 11(Pt 1): p. 701-5.
27. Curl, M. and D. Robinson, *Hand-held computers in clinical audit: a comparison with established paper and pencil methods*. Int J Health Care Qual Assur, 1994. 7(3): p. 16-20.
28. Barnes, R.M., (1957). *Work Sampling (2nd edition)*. New York: John Wiley & Sons, Incorporation.
29. Bartholomeyczik, S. and D. Hunstein, *Time distribution of selected care activities in home care in Germany*. J Clin Nurs, 2004. 13(1): p. 97-104.

30. Finkler, S.A., et al., *A comparison of work-sampling and time-and-motion techniques for studies in health services research*. Health Serv Res, 1993. 28(5): p. 577-97.
31. Burke, T.A., et al., *A comparison of time-and-motion and self-reporting methods of work measurement*. J Nurs Adm, 2000. 30(3): p. 118-25.
32. Howard, G., (1994). *Why do people say nasty things about self-reports?* Journal of Organizational Behavior. 15: p. 399-404.
33. Carroll, S. and W. Taylor, (1968). *A study of the validity of a self-observational central-signaling method of work sampling*. Personnel Psychology. 21: p. 359-364.
34. Niebel, B.W. and A. Freivalds, *Methods Standards and Work Design (tenth edition)*. McGraw-Hill. 1999.
35. Hughes, M., *Nursing workload: an unquantifiable entity*. J Nurs Manag, 1999. 7(6): p. 317-22.

Overzicht bijlagen

Bijlage 1: Samenstelling follow-up comité

Bijlage 2: Definitieve Nederlandstalige samplinglijst

Bijlage 3: Definitieve Franstalige samplinglijst

Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité

Bijlage 5: Tijdstudie: Informatie aan de patiënten en familie

Bijlage 6: Tijdstudie: Informatie aan de verpleegkundigen van de afdeling

Bijlage 7: Brief aan de ziekenhuizen voor testregistratie

Bijlage 8: Opmaak indicator

Bijlage 1: Follow-up comité - samenstelling

Follow-up comité WiN (AP 17 MVG)

De heer L. Cannoodt
UZ Leuven
Department of public health
Algemene Directie
Herestraat 49
3000 Leuven

Madame M. –Chr. Closon
Université Catholique de Louvain
Faculté de Médecine – Ecole de Santé publique
Centre Interdisciplinaire en économie de santé
Clos Chapelle-aux-Champs 30/90
1200 Bruxelles

De heer T. Defloor
Universiteit Gent
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Maatschappelijke gezondheidkunde
De Pintelaan 185 Blok A-2e Verd
9000 Gent

De heer C. Dejaer
Nationale Confederatie van Verzorgingsinstellingen
Confédération nationale des Établissements de soins
Président
C. Franckstraat 33
1050 BRUXELLES

Mevr. A. Delvaux

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Eurostation Blok II

1ste verdieping D07B

Anne Delvaux

Victor Hortaplein 40, bus 10

1060 BRUSSEL

De heer F. Demeyere

Departementshoofd verpleging UZ Gent

De Pintelaan 185

9000 Gent

De heer B. Folens

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Cel Verpleegkunde

Eurostation Blok II

1ste verdieping D08D

Victor Hortaplein 40, bus 10

1060 BRUSSEL

De heer P. Gemmel

Universiteit Gent

Faculteit Economie & Bedrijfskunde

Vakgroep Beleidsinformatie, operationeel beheer en technologiebeleid

Hoveniersberg 24

9000 Gent

(opleidingsverantwoordelijke voor de Master in het Management en Beleid van Zorginstellingen, en de Vlerick Leuven - Gent Management School (MINOZ))

Mevrouw A. Ghesquiere
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation Blok II
1ste verdieping D07B
Victor Hortaplein 40, bus 10
1060 BRUSSEL

Madame M. Gobert
Université catholique de Louvain
Faculté de Médecine - Ecole de santé publique
30, clos Chapelle-aux-champs - UCL 30-90
1200 Bruxelles

Madame M. Manna
ULB - CHU Erasme
Direction Département Infirmier
808, Route de Lennik
1070 Bruxelles

De heer D. Ramaekers
Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Algemeen directeur
Wetstraat 155
1040 BRUSSEL

De heer L. Schouppe
UZ Gent
Directie verpleging
De Pintelaan 185
9000 Gent

De heer D. Van Goubergen
Universiteit Gent
Faculteit Toegepaste Wetenschappen
Vakgroep Technische bedrijfsvoering
Technologiepark Zwijnaarde 903
9052 Zwijnaarde

De heer M. Vanryckeghem
Algemene Unie van Verpleegkundigen van België
Guido Gezellelaan 24
2500 LIER

De heer Chr. Verhaeghe
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Eurostation Blok II
1ste verdieping D11D
Victor Hortaplein 40, bus 10
1060 BRUSSEL

De heer R. Vranckx
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Directeur a.i.
J. Wytmanstraat 14
1050 BRUSSEL

De heer S. Vrielinck
Federaal Wetenschapsbeleid
Wetenschapsstraat 8
1000 BRUSSEL

Bijlage 2: Nederlandstalige samplinglijst

DOMEIN I :

Zorg bij de elementaire fysiologische functies

KLASSE A : Bevorderen van activiteiten en lichaamsbeweging

Item A1** : Lichamelijke oefeningen

A100 : Gestructureerde lichamelijke oefeningen

Verzamelen van het materiaal, vb. oefenmateriaal...

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over het belang en de doelstellingen van de 'lichamelijke oefeningen'.

De patiënt positioneren in functie van het soort oefeningen.

Het begeleiden van de patiënt terwijl deze actieve of passieve lichamelijke oefeningen aan het uitvoeren is, die geïntegreerd zijn in een standaard revalidatieplan of specifiek voorgeschreven zijn voor een patiënt en geïntegreerd zijn in het zorgplan.

Passief: De bewegingsoefeningen van de patiënt die uitgevoerd worden door een zorgverlener

Actief: Bewegingsoefeningen, uitgevoerd door de patiënt, en dit onder het permanente toezicht van de zorgverlener

Feedback geven aan de patiënt over het verloop van de oefeningen en het plan.

Reinigen en opruimen van het materiaal buiten de kamer.

KLASSE B : Zorg voor uitscheiding

Item B2 : Zorg bij urinaire uitscheiding**

B210 : Urinaire uitscheiding: het opvolgen van de mictie van de urinair continente patiënt

Observeren en controleren van de urinaire uitscheiding.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Informeren van de patiënt over de 'opvolging van de mictie'.

Bevragen van de urinaire uitscheiding: frequentie, volume, kleur, geur.

B220: Urinaire uitscheiding: ondersteuning van de urinair continente patiënt

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer:toiletstoel, bedpan, urinaal, ...

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over de urinaire uitscheiding.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Bedpan of urinaal aanreiken en/of plaatsen, toiletpapier aanreiken, bedpan verwijderen, bedpan of urinaal ledigen op de kamer, reinigen en opbergen op de kamer.

Aanreiken van de nachtstoel, patiënt positioneren op de nachtstoel, toiletpapier aanreiken, nachtstoel ledigen en reinigen op de kamer.

De patiënt positioneren op het toilet (eventueel gebruik makend van toiletverhoger) en hulp bieden bij het reinigen van de patiënt.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

B230: Urinaire uitscheiding: zorg bij de urinair incontinentie patiënt

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer: toiletstoel, bedpan, urinaal, luiers, onderleggers, condoomcatheters,...

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over de 'urinaire uitscheiding'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Observeren, aanleggen en verwijderen van luiers, onderleggers of condoomcatheter.

Opruimen van het materiaal.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

B240: Urinaire uitscheiding: zorg aan een urinair stoma

Verzamelen van het materiaal voor stomazorg buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de 'urinaire stomazorg'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Klaarleggen van het materiaal.

Huid rond de stoma en stoma inspecteren en reinigen.

Het aspect van de urine controleren.

Stomazakje ledigen.

De plakplaat vervangen.

Een stomazakje bevestigen.

Controle van de positie van het nieuwe stomazakje.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

B250: urinaire uitscheiding: zorg aan een urinaire verblijfsonde

Verzamelen van het materiaal voor de zorg aan de urinaire verblijfsonde.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de 'urinaire verblijfsonde'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Uitwendige verzorging van de blaassonde.

Toezicht houden op de verblijfsonde.

Ledigen of vervangen van de urinecollector.

Uitvoeren van een blaasspoeling.

Het tijdelijk afklemmen van de sonde.

De blaassonde fixeren en de fixatie controleren.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Opmerking: onder verblijfsonde wordt verstaan: de urethrale verblijfsonde, de suprapubische verblijfsonde, en de nefrostomiesonde.

Item B3 : Uitvoeren van een blaassondage**

B300: uitvoeren van een blaassondage

Verzamelen van het materiaal voor blaassondage buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over 'de blaassondage'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Verwijderen van een eventuele oude verblijfssonde.

Ontsmetten van de genitale streek.

Instilleren van de urethra met glijmiddel.

Plaatsen of vervangen van een sonde of een katheter via de urethra of via een stomie, in de blaas of de kunstmatige blaas om tijdelijk of permanent urine te laten afvloeien.

Controleren of de sonde goed draineert.

Fixeren van de sonde (inwendig: ballonnetje opvullen – uitwendig: kleefpleister aanbrengen).

Opruimen van het materiaal.

Reinigen en opruimen van het materiaal buiten de kamer van de patiënt.

Item B4:** Zorg bij Fecale uitscheiding

B410: Fecale uitscheiding: het opvolgen van de defecatie van de fecaal continente patiënt

Informeren van de patiënt over 'de fecale uitscheiding'.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Navragen, observeren en controleren van de laatste stoelgang, de flatus postoperatief, de frequentie, het volume, de consistentie, de geur, de kleur,...

B420: Fecale uitscheiding: ondersteuning van de fecaal continente patiënt

Verzamelen van het materiaal:toiletstoel, bedpan,...

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over de 'fecale uitscheiding'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Bedpan aanreiken en/of plaatsen, toiletpapier aanreiken, bedpan verwijderen, bedpan ledigen, reinigen en opbergen in de kamer.

Aanreiken van de nachtstoel, patiënt functioneel positioneren op de nachtstoel, toiletpapier aanreiken, nachtstoel ledigen en reinigen in de kamer.

De patiënt functioneel positioneren op het toilet (eventueel gebruik makend van toiletverhoger), toiletpapier aanreiken.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Reinigen en opruimen van het materiaal buiten de kamer.

B430: Fecale uitscheiding: zorgen bij de fecaal incontinentente patiënt

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer: toiletstoel, bedpan, luiers, onderleggers,...

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de zorgen met betrekking tot 'fecale uitscheiding'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Bedbeschutting aanbrengen.

Inspecteren, aanleggen en verwijderen van luiers of onderleggers.

Opruimen van het materiaal.

Reinigen en opruimen van het materiaal buiten de kamer.

B440: Fecale uitscheiding: zorg m.b.t. een fecaal stoma/pouch

Verzamelen van het materiaal voor stomazorg buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer van de patiënt.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over het 'fecaal stoma/pouch'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Controleren van: stoma, huid rond het stoma, plakplaat, stomazakje.

Plaatsen van bedbeschutting.

Stomazakje ledigen.

Huid rond stoma en stoma reinigen.

Het aspect van de faeces controleren.

De plakplaat vervangen.

Een stomazakje bevestigen.

Controleren van het nieuwe stomazakje, en/of de nieuwe plakplaat.

Opruimen van het materiaal.

Opmerking: De wondzorg aan een recente stoma-operatiewonde wordt gescoord bij L200. Van zodra de suturen of andere hechtingen verdwenen zijn bij een stoma-operatiewonde spreekt men niet meer van een recente stoma-operatiewonde.

Item B5: Zorgen bij toediening lavement en/of verwijderen faecalomen en/of plaatsen van een rectale canule ter preventie of ter behandeling van obstipatie**

B500: Toediening lavement en/of verwijderen faecalomen en/of het plaatsen van een rectale canule ter preventie of ter behandeling van obstipatie

Verzamelen van het materiaal voor het plaatsen van een lavement buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand /of op de zorgwagen, buiten de kamer.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de obstipatie en/of het lavement en/of de te verwijderen faecalomen en/of de rectale canule.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Plaatsen van een bedbeschutting.

Verwijderen van faecalomen.

Inbrengen van de rectale canule/sonde.

Inbrengen van het lavement.

Aanreiken van bedpan of toiletstoel.

Het resultaat van het lavement nagaan.

Opruimen van het materiaal.

Opmerking: Dit item omvat het geheel van zorgen dat via anale weg of via een stoma worden toegediend.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Item B6 : Educatie m.b.t urinaire en/of fecale uitscheiding**

B600: Educatie m.b.t. urinaire en/of fecale uitscheiding

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Het evalueren van de reeds aanwezige kennis / kunde bij de patiënt.

Het instrueren en trainen van de patiënt, zijn familie of significante naaste met als doel de zelfstandigheid mbt de urinaire en/of fecale uitscheiding te herwinnen. Dit omvat het informeren, sensibiliseren of toelaten van het verwerven van bepaalde kennis, capaciteiten, competenties, en het herwinnen van de autonomie met betrekking tot urinaire en/of fecale uitscheiding.

Het evalueren van de verkregen resultaten.

KLASSE C: Zorg voor mobiliteit

Item C1 : Installeren van de patiënt**

C110: Installatie van de bedlegerige patiënt

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer van de patiënt: tillift, rolmatras,...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt omtrent de installatie.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Veranderen van de positie van de patiënt om hem/haar in een comfortabele houding te brengen, om te eten, te slapen, te lezen, of om medische redenen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van een hulpmiddel.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Opmerking: Installatie ter preventie van decubitus = V200

C120: Installatie van de NIET bedlegerige patiënt

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer van de patiënt: rolstoel, looprekje, krukken, rolmatras, draaiplaat...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent de installatie.

Hulp bieden bij het overbrengen van de patiënt van een bed naar een stoel, een zetel of rolstoel, of omgekeerd.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

(Bij een installatie wordt de patiënt van de ene toestand (liggend, staand, zittend) in een andere toestand (liggend, staand, zittend) gebracht, al dan niet met een tussensteunpunt.

Er zijn 3 scoremogelijkheden:

Begeleiding van een installatie: De patiënt wordt (bv. om veiligheidsredenen) door een zorgverlener begeleid van zitten naar liggend of staande houding.

Gedeeltelijke hulp bij installatie: De zorgverlener ondersteunt de patiënt maar deze laatste draagt een gedeelte van zijn lichaamsgewicht zelf.

Volledige hulp bij installatie: De zorgverlener(s) draagt (dragen) het volledige gewicht van de patiënt al dan niet gebruikmakend van hulpmiddelen (bv. een patiëntenlift).

Item C2: Hulp bij verplaatsen van de patiënt binnen de afdeling**

C200: Hulp bij verplaatsen van de patiënt binnen de afdeling

Verzamelen van het materiaal buiten de kamer van de patiënt: rolstoel, looprekje, krukken,...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over de verplaatsing.

Hulp bieden aan de patiënt om zich te verplaatsen van de ene plaats naar de andere (binnen de afdeling), ongeacht de hulpmiddelen die gebruikt worden (bv. Bed, rolstoel, looprek, krukken) en ongeacht de positie waarin de patiënt zich bevindt.

Hulp bieden aan de patiënt bij het verplaatsen binnen de kamer.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Er zijn 2 scoremogelijkheden:

1. *Begeleiding bij het verplaatsen van de patiënt:*
De patiënt wordt begeleid door de zorgverlener om zich te verplaatsen. Bv. Een onzekere bejaarde persoon, die angst heeft om te vallen, wordt door een zorgverlener arm in arm ondersteund om naar de eetzaal van de afdeling te gaan.
2. *Volledige hulp bij het verplaatsen van de patiënt:*
De patiënt wordt verplaatst in een rolstoel, bed of patiëntenlift. Bv. Bedlegerige patiënt wordt in een patiëntenlift naar de badkamer van de afdeling

gebracht. Bv. een patiënt wordt met een rolstoel naar het venster van de kamer gereden omdat de patiënt niet de kracht heeft om dit zelf te doen.

Item C4: Aanwezigheid van tractie**

C400: Aanwezigheid van tractie

Manipuleren van tractiemateriaal buiten de kamer van de patiënt: katrollen, gewichten, baren, tractiebedden, materiaal voor botjestractie.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Aanleggen of afdoen van 'botjestractie'.

De arts helpen bij het plaatsen van de tractie.

Bevestigen van tractiemateriaal aan het bed.

Toezicht houden op de continuïteit van de tractie en het voorgeschreven gewicht.

Het materiaal van de tractie controleren en indien nodig fixeren en/of herpositioneren.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

KLASSE D: Zorg voor voeding

Item D1: Algemene zorgen m.b.t. de voeding**

D110-120: Hulp bij voeding

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Het bereiden van de voeding buiten de kamer van de patiënt.

De voeding uithalen uit de centraal klaargemaakte maaltijdkar.

Zich verplaatsen met de voeding en het vocht.

Algemene communicatie die bij het opdienen van de voeding hoort.

Helpen van de patiënt bij de voedselinname en/of het drinken via orale weg.

Het gebruikte materiaal reinigen en opruimen.

Er zijn 4 scoremogelijkheden:

Basishulp: opvolging of logistieke ondersteuning (bv. snijden van vlees, smeren van boterhammen, openen verpakking, glas vullen met water, glas aangeven) bij een patiënt die zelfstandig eet en drinkt.

Gedeeltelijke hulp: hulp bij één of meerdere aspecten van het eten of drinken waarvoor de patiënt zelf niet instaat (bv. patiënt helpen bij het drinken of bij het eten).

Volledige hulp: de patiënt wordt volledig geholpen voor eten en drinken door een zorgverlener tijdens het continu verblijf op de verpleegeenheid.

Permanente aanwezigheid en aansturing door de zorgverlener en dit telkens gedurende iedere maaltijd wegens de aanwezigheid van voedingsproblemen te wijten aan een fysieke (bv. slikstoornis,...) of psychische (bv. acute verwardheid, anorexia nervosa,...) stoornis die frequente onderbrekingen of een ernstige verlenging van de duur van elke maaltijd tot gevolg heeft...

Items D3: Toedienen van sondevoeding**

D300: Toediening van sondevoeding

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Het nodige materiaal verzamelen: sondevoeding, vocht,...

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent 'de sondevoeding'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Het klaarzetten of bereiden van de sondevoeding op de kamer.

De patiënt functioneel (her) positioneren.

Bedbeschutting aanbrengen.

Klaarzetten van het materiaal.

Controleren van de positie en de doorgankelijkheid van de sonde.

Het residu bepalen.

Toedienen van voeding of vocht via spuit, pomp of druppelinfuus.

De inloopsnelheid van de voeding controleren.

Naspoelen van de maagsonde.

Decubituspreventie van de neusvleugel of mondhoek.

Opruimen van het materiaal.

Wanneer deze akten worden uitgevoerd door de patiënt of significante naaste, onder volledig toezicht en aanwezigheid van een zorgverlener, kan dit item hier ook gescoord worden.

Items D4: Toedienen van Totale Parenterale Nutritie (TPN)**

D400: Toediening TPN

De parenterale voeding moet minimum samengesteld zijn uit volgende componenten: water, lipiden, proteïnen, glucose, vitaminen.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Het verzamelen van de TPN, en het materiaal nodig om de TPN toe te dienen.

Zich verplaatsen met de TPN.

De parenterale voeding moet minimum samengesteld zijn uit volgende componenten: water, lipiden, proteïnen, glucose, vitaminen. (deze componenten kunnen via aparte infusen of via een samengestelde oplossing toegediend worden)

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent 'de TPN'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten

De samenstelling van de vloeistof verifiëren.

De TPN-zak en de connecties met de nodige steriliteit manipuleren.

Controleren van de inloopsnelheid van de oplossing.

Het gebruikte materiaal opruimen.

Items D5: Educatie m.b.t de voeding**

D500: Educatie m.b.t. de voeding

Het geheel van educatie ten aanzien van de patiënt, familie, of significante naaste, met als doel:

1. het informeren en/of sensibiliseren en/of
2. het verwerven van bepaalde kennis, capaciteiten, competenties en
3. het herwinnen van de autonomie met betrekking tot de voeding (bijvoorbeeld ondervoeding, vermindering van de algemene toestand,...)

KLASSE E: Bevorderen van lichamelijk comfort

Item E1: Symptoommanagement: pijn**

E100: Symptoommanagement: pijn

Verzamelen van het nodige hulpmateriaal, vb. het meetinstrument.

Informeren van de patiënt omtrent het meetinstrument en het doel ervan.

Bevragen, observeren en evalueren van pijn bij de patiënt a.d.h.v. een gevalideerd meetinstrument.

Noteren van de resultaten.

Gerichte acties ondernemen aan de hand van een protocol of staand order.

Item E2: Symptoommanagement: nausea & braken**

E200: Symptoommanagement: nausea & braken

Verzamelen van het nodige hulpmateriaal, vb. het meetinstrument.

Informeren van de patiënt omtrent het meetinstrument en het doel ervan.

Bevragen, observeren en evalueren van nausea en braken bij de patiënt a.d.h.v. een gevalideerd meetinstrument.

Noteren van de resultaten.

Gerichte acties ondernemen aan de hand van een protocol of staand order.

Item E3: Symptoommanagement: moeheid**

E300: Symptoommanagement: moeheid

Verzamelen van het nodige hulpmateriaal, vb. het meetinstrument.

Informeren van de patiënt omtrent het meetinstrument en het doel ervan.

Bevragen, observeren en evalueren van moeheid bij de patiënt a.d.h.v. een gevalideerd meetinstrument.

Noteren van de resultaten.

Gerichte acties ondernemen aan de hand van een protocol of staand order.

Item E4: Symptoommanagement: sedatie**

E400: Symptoommanagement: sedatie

Verzamelen van het nodige hulpmateriaal, vb. het meetinstrument.

Informeren van de patiënt omtrent het meetinstrument en het doel ervan.

Observeren en evalueren van de mate van sedatie bij de patiënt a.d.h.v. een gevalideerd meetinstrument.

Noteren van de resultaten.

Gerichte acties ondernemen aan de hand van een protocol of staand order.

KLASSE F: Ondersteunen van persoonlijke zorg

Item F1: Hygiënische verzorging**

F110: Hygiënische zorgen aan lavabo, bed (waskom)

F120: Hygiënische zorgen in een bad of douche

Verzamelen van het materiaal, of logistieke hulpmiddelen zoals waskom, washandje, handdoek, zeep, tandpasta, shampoo, borstel, kam, scheergerief, materiaal voor nagelverzorging, afdekdeken, ... buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Algemene communicatie die bij een goede hygiënische verzorging hoort.

Functioneel (her)positioneren & installeren van de patiënt aan lavabo / in bed / in bad / in de douche.

Materiaal aanreiken of klaarleggen voor het wassen en/of scheren en/of tanden poetsen.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Patiënt uitkleden en nadien terug aankleden.

Wassen van het lichaam.

MET OF ZONDER:

Wassen van het hoofdhaar.

Tanden poetsen.

Scheren (baard- en snorzorg).

Het materiaal reinigen en terug opbergen.

Er zijn 4 scoremogelijkheden:

1. Basis ondersteuning: opvolging* of logistieke ondersteuning van de hygiënische zorgen die door de patiënt worden uitgevoerd. Dit geldt ook indien er enkel logistieke hulpmiddelen aangereikt worden voor wassen (b.v. waskom, washandje, zeep... aanbieden).
2. Gedeeltelijke hulp bij hygiëne: een zorgverlener helpt de patiënt bij de hygiënische verzorging (vb. rug, benen) en de patiënt of de significante naaste voert al dan niet bepaalde aspecten zelf uit.
Indien volgende detailzorgen afzonderlijk worden uitgevoerd, wordt dit beschouwd als gedeeltelijke hulp:
Limitatieve lijst:
 - a. Het wassen van het hoofdhaar;
 - b. Tanden poetsen;
 - c. Het scheren van de patiënt.
3. Volledige hulp bij hygiëne: de patiënt wordt volledig geholpen door de zorgverlener voor de hygiënische verzorging.
4. Permanente aanwezigheid en gespecialiseerde begeleiding door de zorgverlener gedurende de hygiënische verzorging is vereist en dit omwille van een fysieke of psychische stoornis die frequente onderbrekingen of een ernstige verlening van de duur van de hygiënische verzorging tot gevolg heeft. De zorgverlener stimuleert en observeert de patiënt.

**'opvolging'*: Bij een patiënt die de nodige hygiënische zorgen zelfstandig uitvoert, regelmatig gaan kijken of de patiënt verdere hulp nodig heeft, en nagaan of verdere stimulatie nodig is.

Item F2: Educatie en training m.b.t. hygiënische verzorging**

F200: Educatie en training m.b.t. hygiënische verzorging

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Het geheel van educatie ten aanzien van de patiënt, familie of significante naaste met als doel:

1. het informeren en/of sensibiliseren
2. en/of het verwerven van bepaalde kennis, capaciteiten, competenties
3. het herwinnen van de autonomie met betrekking tot de hygiënische verzorging.

Evaluëren van de reeds aanwezige kennis / kunde.

Evaluëren van het verkregen resultaat.

Item F3: Dagkledij**

F300: Hulp bij dagkledij

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de dagkledij'.

Klaarleggen, en opruimen van de dagkledij.

Hulp bieden aan de patiënt bij het aan- en uittrekken van elk van volgende kledingsstukken:

onderkleding,

bovenkleding,

schoeisel,

slaapkledij.

Opmerking:

De dagkledij wordt 's morgens aangetrokken en 's avonds uitgedaan.

Dit item kan niet gescoord worden wanneer het gaat om opname of ontslag.

Item F4: Zorgen m.b.t. het zelfbeeld**

F400: Zorgen m.b.t. het zelfbeeld

Verzamelen van het materiaal, of logistieke hulpmiddelen buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de zorgen m.b.t. het zelfbeeld'.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Het aanbrengen van protheses: borstprothese, arm- of beenprothese, oogprothese, pruik.

Maatregelen treffen ter preventie van haar- en nageluitval: ijskappen, nagelbaden.

Maquillage aanbrengen.

Item F5 : Bijzondere mondzorg**

F500 : Bijzondere mondzorg

Verzamelen van het materiaal, of logistieke hulpmiddelen buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt/significante naaste over 'de mondzorg'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt om de mondobservatie, de mondzorg, of de mondspoeling goed te kunnen uitvoeren.

Klaarleggen van het materiaal.

Controleren van de mondstatus.

Uitvoeren van mondobservatie, mondspoeling of mondverzorging.

Begeleiden of instrueren van de patiënt/significante naaste bij een mondspoeling of mondverzorging.

Opruimen van het materiaal.

Het zelfbeeld van de patiënt evalueren.

Opruimen van het materiaal.

DOMEIN 2: complexe fysiologische functies

KLASSE G : Zorg voor de voeding, de elektrolytenbalans en het zuur-base-evenwicht

Item G1 : Beleid van de vocht- en voedingsbalans**

G100 : Beleid van de vocht- en voedingsbalans

Informereren van de patiënt, familie of significante naaste over 'de vocht- en voedingsbalans'.

Het observeren, controleren en evalueren van de vocht- en voedingsbalans met als doel het voorkomen of beperken van complicaties tengevolge van wijzigingen in deze balans.

Opvolgen op dagelijkse basis van:

1. Het volledige urinedebiet; OF
2. De voedingstoestand: er wordt gecontroleerd en geëvalueerd wat en hoeveel de patiënt gegeten en gedronken heeft; OF
3. Het gewicht: het gewicht wordt opgevolgd en het verschil met het gewicht van de dag ervoor wordt uitgerekend.

Opvolgen van de in-out balans op dagelijkse basis:

Er wordt op dagelijkse basis, gedetailleerd bijgehouden wat bij de patiënt is toegediend, wat de patiënt tot zich heeft genomen, en wat er door de patiënt wordt geëxcreteerd.

Item G2 : Beleid bij een evacuerende maagsonde**

G200 : Beleid bij een evacuerende maagsonde

Verzamelen van het materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals spuiten, materiaal voor vacuümpomp, en glucometer,...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de evacuerende maagsonde'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Klaarleggen van het materiaal.

Plaatsen van een evacuerende maagsonde.

De positie van de maagsonde controleren.

Decubituspreventie van de neusvleugel of mondhoek.

De afvloeï van de maagsonde controleren.

Observeren van de hoeveelheid en het aspect van het maagvocht.

Controleren en manipuleren van het evacuerend systeem.

Ledigen van het opvangreceptiënt.

Uitvoeren van een pH-meting.

Opruimen van het materiaal.

Item G3: Glycemiebeleid**

G300: Glycemiebeleid

Verzamelen van het materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals naalden en spuiten, medicatie, glucometer, vloeistoffen voor peritoneale dialyse, hemodialysetoestel, weegschaal, buiten de kamer van de patiënt.

Het voorkomen en/of behandelen van een te hoge of een te lage bloedsuikerspiegel, met of zonder verpleegkundige educatie.

Dit omvat :

Het informeren en educeren van de patiënt, de familie of significante naaste omtrent:

- Een aangepast dieet,
- De klinische tekenen van een te hoge of te lage bloedspiegel,
- Hoe omgaan met een te hoge of een te lage bloedsuikerwaarde,
- Het aanleren om met een insulinepen en een glucometer te werken.

Observeren van de klinische tekens van een te hoge of te lage bloedsuikerspiegel.

Het opvolgen en interpreteren van de glycemiewaarden die gemeten worden door de zorgverlener of de patiënt zelf.

Het instellen, aanpassen of continueren van de therapie op basis van stand order of een geïndividualiseerd programma.

Afhankelijk van de noden en behoeften van de patiënt, deze informeren omtrent de mogelijke complicaties veroorzaakt door schommeldende bloedsuikerwaarden, en het vóórkomen ervan' vb. informeren over het belang van bloeddrukcontrole, voetcontrole,...

Scoremogelijkheid:

1. Beleid aanwezig
2. Beleid aanwezig met educatie

Item G4: Bloedwaardenbeleid: bloedgassen, stolling, hemoglobine of ionen**

G400: Bloedwaardenbeleid: bloedgassen, stolling, hemoglobine of ionen

Verzamelen van het materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals naalden en spuitjes, buiten de kamer van de patiënt.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Informereren van de patiënt over 'het bloedwaardenbeleid'.

Het verpleegkundig opvolgen en interpreteren en indien nodig bijsturen van bloedgaswaarden en/of bloedstolling en/of hemoglobine en/of ionen volgens een standaard of een specifiek beslissingsschema van de arts.

De waargenomen bloedwaarden noteren.

Opruimen en reinigen van het materiaal.

Item G5: Beleid m.b.t. dialyse**

G500: Beleid m.b.t. dialyse

Verzamelen van het materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals vloeistoffen voor peritoneale dialyse, hemodialysetoestel, weegschaal,...

Zich verplaatsen met het materiaal.

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over het doel en de procedure van de dialyse, resultaat van de dialyse, uitzicht dialysaat.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt om de dialyse te kunnen uitvoeren.

Het dialysetoestel gebruiksklaar maken.

Opwarmen van de dialysevloeistoffen.

Het uitvoeren van de peritoneale dialyse of hemodialyse.

Het uitvoeren van de peritoneale dialyse door de patiënt of door de significante naaste, onder supervisie van de zorgverlener.

Controleren van in-en uitloop van het dialysaat.

Opruimen en reinigen van het materiaal.

KLASSE H: Zorg bij geneesmiddelengebruik

Item H1 **: Toediening van geneesmiddelen SC/ID/IM

H100 : Toediening geneesmiddelen SC/ID/IM

Handhygiëne: voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Nakijken of het produkt nog niet vervallen is.

Medicatie klaarmaken (produkt optrekken, purgeren,...).

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent 'het toe te dienen geneesmiddel'.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

De inspuitplaats desinfecteren.

Het toedienen van geneesmiddelen via subcutane, intradermale of intramusculaire toegangsweg.

Het materiaal veilig opruimen.

Item H2 & H3: Toediening van geneesmiddelen IV**

H200 & H300 : Toediening van het aantal verschillende en het meest frequente geneesmiddel(en) IV

Nakijken of het produkt nog niet vervallen is.

Handhygiëne: voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Medicatie klaarmaken (produkt optrekken, purgeren,...).

Zich verplaatsen met het materiaal.

Controleren of de 'juiste' medicatie aan de 'juiste' patiënt wordt gegeven: naam - dosis - toedieningswijze - frequentie – soort...

Informereren van de patiënt over 'de toe te dienen geneesmiddelen'.

Ontsmetten van de inspuitplaats.

Het toedienen van geneesmiddelen via een intraveneuze toegangsweg.

Observeren van de patiënt tijdens de toediening.

Controleren / instellen inloopsnelheid infuus.

Het materiaal veilig opruimen.

Het opvolgen van intermitent infuus (vb. AB in 100ml NaCl over 15 minuten).

Item H4 : Toediening van geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoftent**

H 400 : Toediening geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoftent

Handhygiëne: voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Nakijken of het produkt nog niet vervallen is.

Medicatie gebruiksklaar maken.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Informeren van de patiënt omtrent het toe te dienen geneesmiddel via aërosol, puff, of O2-tent.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Het toedienen van geneesmiddelen via aërosol, puff of zuurstoftent.

Reinigen en opruimen van het gebruikte materiaal.

Item H5 : Toediening van geneesmiddelen via vaginale weg**

H500 : Toediening geneesmiddelen via vaginale weg

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'het toe te dienen geneesmiddel'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt voor de vaginale toediening.

Toedienen van geneesmiddelen via vaginale weg.

Voor vaginale spoelingen, het aspect van de spoelvloeistof observeren.

Opruimen van het gebruikte materiaal.

KLASSE I: Neurologische zorg

Item I1 : Bewaking van de neurologische functie d.m.v. een meetinstrument**

I100 : Bewaking van de neurologische functie d.m.v. een meetinstrument

Informereren van de patiënt en/of de significante naaste over 'de bewaking van de neurologische functie d.m.v. een meetinstrument'.

Testen, opvolgen, collecteren en analyseren van de patiëntenreacties aan de hand van de 'Glasgow Coma Scale' of een afgeleid meetinstrument.

Item I2 : Intracraniële drukmeting zonder of met drainage**

I200 : Intracraniële drukmeting zonder of met drainage

Verzamelen en analyseren van patiëntgegevens met het oog op het reguleren van de intracraniële druk en/of het verzorgen van een patiënt met een externe liquordrain.

Scoremogelijkheid:

1. Bewaking van intracraniële druk zonder drainage (parenchymdrain).
2. Bewaking van de intracraniële druk met opvolging van liquordrainage (via ventrikeldrain met mogelijkheid tot drainage).

KLASSE K : Zorg voor de ademhaling

Item K1 : Aspiratie van de luchtwegen**

K100: Aspiratie van de luchtwegen

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals aspiratiesondes, aspiratiebokaal, handschoenen.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de aspiratie van de luchtwegen'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

De nood aan het verwijderen van secreet met behulp van een zuigcatheter evalueren.

Verwijderen van secreet uit de mond- en/of neusholte en/of de trachea met behulp van een zuigkatheter.

Observeren van het aspiraats: kleur...

Reinigen van de zuigstang met desinfectans of water.

Opruimen van het materiaal / vervangen.

Item K2: Ondersteunende middelen voor de ademhalingsfunctie**

K200: Ondersteunende middelen voor de ademhalingsfunctie

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, handschoenen, masker, neusbril, sonde, ...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Informereren van de patiënt en/of familie en/of significante naaste omtrent de de ademhalingsondersteuning (masker, neusbril, sonde, tracheacanule).

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te garanderen.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Plaatsen van een masker of neusbril bij de patiënt.

Plaatsen en vervangen van:

een luchtbevochtiger tussen het O₂-circuit.

een HME (heat and Moist Exchanger).

Plaatsen van een luchtbevochtiger op de kamer van de patiënt.

Reinigen van de tracheacanule (binnencanule, buitencanule) en vervangen van de canule, indien nodig.

Decubituspreventie t.h.v. de neus en de mond.

De zuurstofsonde correct fixeren.

Materiaal opruimen.

Er zijn 3 scoremogelijkheden:

1. Masker, neusbil, sonde, (zuurstoftent of -koepel: pediatrie)
2. (Endotracheale tube, larynxmasker: kritieke diensten)
3. Tracheacanule

Item K3: Kunstmatige ventilatie**

K300: Kunstmatige ventilatie

Informereren van de patiënt en/of de significante naaste omtrent 'de kunstmatige ventilatie'.

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te garanderen.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

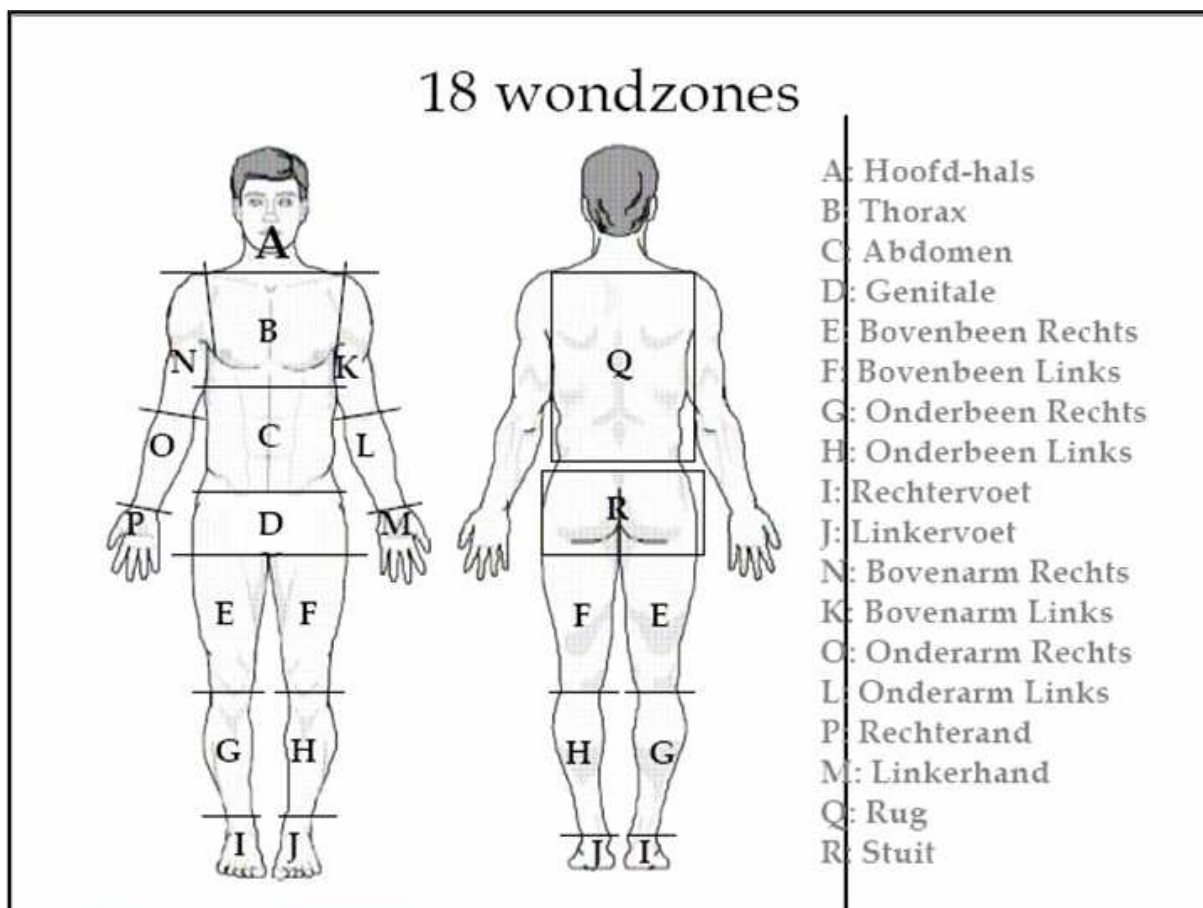
Decubituspreventie ter hoogte van de neus en de mond.

Zorgen voor een goede fixatie van de tracheacanule.

Instellen van het beademingstoestel, en de ingestelde waarden controleren

Opruimen van het materiaal.

KLASSE L: Huid- en wondverzorging



Scoremogelijkheid:

- Het aantal wondzones die verzorgd worden.

Opmerkingen:

- Indien éénzelfde wonde in één wondzone meermaals per dag verzorgd wordt, wordt dit gescoord als meerdere wondzones.
- Wanneer in één wondzone meerdere wonden van hetzelfde type voorkomen (vb. 2 suturen + insteekpunt drain), kan enkel de éne wondzone gescoord worden.
- Wanneer in één wondzone meerdere wonden van een verschillend type voorkomen (vb. sutuur + éénvoudige open wonde), kan per type wonde één wondzone gescoord worden.
- Wanneer één wonde in meerdere wondzones ligt, kunnen meerdere wondzones gescoord worden.

Item L1 : Toezicht op een wonde, wondomgeving en verbandmateriaal (zonder verzorging)**

L100 : Toezicht op een wonde, wondomgeving en verbandmateriaal (zonder verzorging)

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de wonde, de wondomgeving en het verbandmateriaal.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Klaarleggen van opvangcontainers.

Handschoenen gebruiken, indien nodig.

Inspecteren van een wondverband, al dan niet met de aanwezigheid van apparatuur of collectiematerialen zoals vacuümsystemen, redons, collectiedrains (bv. thoraxdrainage) zonder het verband te verwisselen.

Het debiet van het collectiemateriaal noteren.

Het ledigen en/of vervangen van de opvangcontainers (redonpotje, opvangreservoir van het vacuümsysteem).

De vervangen opvangcontainers opruimen.

Item L2 : Verzorging van wonden met suturen en insteekpunten**

L200 : Verzorging van wonden met suturen en/of insteekpunten

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals redons, vacuümsystemen, collectiedrains, verbandmateriaal.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de wonde en de verzorging ervan.

Functioneel positioneren van de patiënt.

Klaarleggen van het materiaal.

Reinigen en/of ontsmetten van een gesloten operatiewonde (sutura) of het reinigen en/of ontsmetten van een insteekpunt van een drain.

Controleren en opvolgen van de wonde.

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Item L3 : Eenvoudige verzorging van een open wonde**

L300 : Eenvoudige verzorging van een open wonde

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals actief verband, vetverband, zalven, reinigings- of ontsmettingsmiddel,..., buiten de kamer van de patiënt.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de éénvoudige open wondzorg'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Handschoenen gebruiken, indien nodig.

Het verbandmateriaal verwijderen.

Reinigen en/of ontsmetten van eenvoudige open wonde.

Observeren van de wonde tijdens de verzorging (grootte, diepte, kleur,...)

Het aanbrengen van een beschermend verband. Met "beschermend verband" worden o.a. volgende producten bedoeld: actief verband (hydrogel, alginaten, hydrocolloïden) vetverbanden, zalven...

Reinigen en opruimen van het materiaal.

Item L4 : Complexe verzorging van een open wonde**

L400 : Complexe verzorging van een open wonde

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals wieken, irrigatiemateriaal, vacuüminstallatie, gepolariseerd licht, huidtenten, materiaal om te debrideren of te curetteren, huidlarven, reinigings- of ontsmettingsmiddel,...

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de complexe wondzorg'.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Handschoenen gebruiken, indien nodig.

Het verbandmateriaal verwijderen.

Inkorten van de wieken.

Het reinigen en/of ontsmetten van de wonde.

Controleren en opvolgen van de wonde.

Het aanbrengen van een verband waarbij minstens één van volgende verzorgingen bijkomend wordt uitgevoerd:

- irrigatie van een diepe, ondermijnde wonde met wondcleanser, spuit en sonde;
- wonddouche, bad (hydrotherapie);
- vervangen, plaatsen van wieken;
- plaatsen van een vacuüminstallatie;
- plaatsen onder gepolariseerd licht;

-herpositioneren van een skin tear (huident);

-mechanisch debrideren, curettage of plaatsing van larven.

Mechanisch debrideren, curettage, plaatsing van larven of bloedzuigers...

Opruimen van het materiaal.

Item L5 : Verzorging van huidlaesies als gevolg van dermatologische aandoeningen**

L500 : Verzorging van huidlaesies als gevolg van dermatologische aandoeningen

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals verbandmateriaal en specifieke zalven,... buiten de kamer van de patiënt.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'de huidlaesies' en de verzorging hiervan.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen / handen ontsmetten.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Handschoenen gebruiken.

Verwijderen van het vorige verband.

Controleren en opvolgen van de huidlaesies.

Het aanbrengen van specifieke zalven en verbanden ter behandeling van één of meerdere huidziekten zonder dat de huidbarrière doorbroken is (bv. schimmels, psoriasis, parasieten, allergieën).

Opruimen van het materiaal.

KLASSE N: Zorg voor de weefseldoorbloeding

Item N1 : Toediening van bloed en bloedcomponenten**

N100 : Toediening van bloed en bloedcomponenten

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals menselijk vol bloed, erythrocyten-concentraat, bloedplaatjes-concentraat, leucocyten-concentraat, vers ingevroren plasma, hematopoiëtische stamcellen, stollingsfactoren, immunoglobulines, trouses, ontsmettingsvloeistof, compressen,... buiten de kamer.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Een kruisproef uitvoeren.

Opwarmen van het toe te dienen bloed.

Ontdooien van het toe te dienen plasma.

Zich verplaatsen met het materiaal in de hand.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over 'het toe te dienen bloed en de toe te dienen bloedcomponenten', en de mogelijke reacties tijdens en na de transfusie.

De doorgankelijkheid van de catheter controleren.

Het toedienen van bloed en bloedcomponenten, en het opvolgen van eventuele reacties na de transfusie.

Opruimen van het materiaal.

Volgende producten worden beschouwd als bloed of bloedcomponenten:

- menselijk vol bloed;
- erythrocyten-concentraat;
- bloedplaatjes-concentraat;
- leucocyten-concentraat;
- vers ingevroren plasma;
- ematopoiëtische stamcellen;
- immunoglobulines.

Item N2 : Toezicht en/of verzorging van een artificiële toegangspoort: veneus, arterieel, subcutaan, intramusculair, intrapleuraal, intrathecaal, intraspinaal, epiduraal, intraperitoneaal, intra-osseus**

N200 : Toezicht en/of verzorging van een artificiële toegangspoort: veneus, arterieel, subcutaan, intramusculair, intrapleuraal, intrathecaal, intraspinaal, epiduraal, intraperitoneaal, intra-osseus

(Met een toegangspoort wordt een ingang/toegang van een katheter in het lichaam bedoeld met inbegrip van implanteerbare katheters (bv. Subcutane veneuze poort).)

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt, de familie en/of de significante naaste over de artificiële toegangspoort, en de verzorging ervan.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Verzorgen en/of controleren van één of meerdere artificiële toegangspoorten.

Opvolgen van één of meerdere artificiële toegangspoorten: trouses vervangen, verband observeren en vervangen indien nodig,...

Opruimen van het materiaal.

Opmerking:

Dit item kan enkel gescoord worden wanneer deze toegangspoorten gebruikt worden op de registratiedag

Item N3 : Veneuze bloedafname**

N300 : Veneuze bloedafname

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals bloedtubes, naalden, ontsmettingsvloeistof, compressen,... buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt over de veneuze bloedafname.

Vorbereiden en identificeren van de bloedbuizen.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt.

Handschoenen gebruiken.

Materiaal verzamelen en klaarleggen (naalden, vleugelnaaldjes, adapter, bloedbuizen, knelband, naaldcontainer, ontsmettingsstof,...).

Afnemen van een veneus bloedstaal.

Collecteren van de bloedbuizen.

Aanbrengen van een verband t.h.v. de prikplaats.

Veilig opruimen van het materiaal.

De stalen op een correcte manier bewaren, en garant staan voor een adequaat transport.

Item N4 : Arteriële bloedafname**

N400 : Arteriële bloedafname

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen, zoals bloedtubes, ontsmettingsvloeistof, compressen,... buiten de kamer.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Informereren van de patiënt over de arteriële bloedafname.

Vorbereiden en identificeren van de bloedbuizen.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

De patiënt functioneel (her) positioneren.

Handschoenen gebruiken.

Materiaal verzamelen en klaarleggen.

Afnemen van een bloedstaal uit een slagader via een arteriële katheter die door de arts werd geplaatst.

Collecteren van de bloedbuizen.

Veilig opruimen van het materiaal.

De stalen op een correcte manier bewaren, en garant staan voor een adequaat transport.

Item N5 : Capillaire bloedafname**

N500 : Capillaire bloedafname

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Klaarleggen van het materiaal.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Functioneel (her)positioneren van de patiënt.

Het afnemen van een capillair bloedstaal.

Opruimen van het materiaal.

De stalen op een correcte manier bewaren, en garant staan voor een adequaat transport.

Item N6 : Cardio-circulatoire ondersteuning: elektrisch hulpmiddel**

N600 : Cardio-circulatoire ondersteuning: elektrisch hulpmiddel

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen.

Zich verplaatsen met het materiaal.

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informeren van de patiënt over de elektrische cardio-circulatoire ondersteuning.

Continue monitoren en evalueren van het EKG.

DOMEIN 3: Gedrag

KLASSE O: Gedragstherapie

Item O2: Zorg m.b.t. gedragsstoornissen**

O200: Zorg m.b.t. gedragsstoornissen

Bij patiënten met gedrags- of ontwikkelingsstoornissen (bv. ADHD, autisme, fobieën, automutilatie, anorexie of boulimie) wordt er een veilige, therapeutische omgeving gecreëerd, zodat de negatieve gedragingen verminderen of de negatieve gevolgen van deze gedragingen beperkt worden.

Deze stoornissen zijn wezenlijk verschillend van delirium (acute verwardheid) en dementie (cfr. cognitieve therapie (P100) en beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie (V700).

Het verpleegkundig probleem wordt vastgesteld en geëxpliciteerd. Er wordt een geïndividualiseerd actieplan uitgewerkt, opgevolgd en geëvalueerd, met het oog op een doelgerichte communicatie met de patiënt.

Enkele voorbeelden van acties die kunnen uitgewerkt worden: limieten stellen, gedragsdoelen formuleren, consistentie en routine in de zorgen minutieus uitstippen om een éénduidige en gestructureerde dagindeling te bekomen.

KLASSE P : Cognitieve therapie

Item P1 : Zorgen aan de patiënt met een cognitief verminderd functioneren**

P100: Zorgen aan de patiënt met een cognitief verminderd functioneren

Doelgerichte communicatie tussen de patiënt en de zorgverlener.

De patiënt observeren en interveniëren, indien nodig.

Een van volgende therapieën worden uitgevoerd :

1. *Cognitieve herstructurering*: “een patiënt uitdagen om zijn gestoorde gedach-
tengang te wijzigen en een realistischer beeld te ontwikkelen van zichzelf en
de wereld”.
2. *Cognitieve stimulering*: “bevorderen van het besef en begrip van geplande
prikkel”.
3. *Geheugentraining*: “bevorderen van het geheugen van de patiënt”.
4. *Realiteitsoriëntatie*: “het besef van de patiënt van de eigen identiteit, tijd en
omgeving bevorderen”. (Enkele voorbeelden van ROT-training: het aanbren-
gen van een klok en een kalender en in gesprekken systematisch verwijzen
naar deze hulpmiddelen. Het aanbrengen van naamplaatjes, oriëntatiepunten
en uitleg geven aan de patiënt, oriënterende gesprekken,...)
5. *Reminiscentietherapie*: “de patiënt stimuleren terug te denken aan gebeurte-
nissen, gevoelens en gedachten uit het verleden om hem te helpen zich aan
te passen aan zijn huidige omstandigheden”.

Evalueren van de therapie.

KLASSE Q: Bevorderen van de communicatie

Item Q1 : Bevorderen van de communicatie bij communica- tiemoeilijkheden**

Q100 : Bevorderen van de communicatie bij communicatiemoeilijkhe- den.

Verzamelen van materiaal of logistieke hulpmiddelen (zoals lei, papier en pen, toetsenbord, tekening of communicatiebord, braillevertaler,...) buiten de kamer van de patiënt.

Zich verplaatsen met de hulpmiddelen.

Het gebruiken van een lei, papier en pen, toetsenbord, tekening, communicatiebord, braillevertaler, of ander hulpmiddel, om moeilijke communicatie als gevolg van een gehoorsbeperking, spraakbeperking of visuele beperking van gelijk welke oorsprong te bevorderen.

Informeren van de patiënt of de significante naaste omtrent aspecten die tot doel hebben de communicatie te verbeteren (bv. braillevertaler).

De patiënt aanmoedigen en stimuleren om te communiceren.

KLASSE R: Ondersteunen bij probleemhantering

Item R1 Emotionele ondersteuning**

R110: Basis emotionele ondersteuning

Patiënten, familie of significante naasten de kans geven om hun gevoelens en beleving te uiten, door uitnodigend stil te staan en een steun te betekenen op emotioneel moeilijke momenten. Volgende verpleegkundige interventies zijn enkele voorbeelden die deze basisinterventies van emotionele zorg weergeven:

1. *'Hoop bieden'*: De patiënt helpen om een positieve kijk te krijgen op de situatie.
2. *'Emotionele ondersteuning'*: De patiënt in tijden van stress geruststellen, accepteren en aanmoedigen;
3. *'Aanwezig zijn'*: De patiënt bijstaan in tijd van nood;
4. *Geruststellen en kalmeren* van angstige patiënten.

R120: Gerichte emotionele ondersteuning

Men tracht de patiënt, familie of de significante naaste emotioneel te ondersteunen om een nakende crisissituatie te voorkomen door actief in te gaan op de beleving en informatie over zijn/hun situatie gedoseerd, gepland en op een gepaste manier aan te reiken en te herhalen.

Enkele voorbeelden:

1. *'Anticiperende begeleiding'*: de patiënt voorbereiden op een verwachte situationele of ontwikkelingscrisis.
2. *'Ondersteuning bij besluitvorming'*: informatie verstrekken aan en ondersteunen van een patiënt of significante naaste die een emotioneel moeilijk besluit moet nemen over de zorg/behandeling.
3. *'Waarheid vertellen'*: de gehele of gedeeltelijke waarheid vertellen om de besluitvorming door en het welbevinden van de patiënten te bevorderen.

R130: Opvang van een emotionele crisis

Ondersteuning van de patiënt, zijn familie of een significante naaste bij een emotionele crisis (= emotionele omwenteling t.g.v. een uitzonderlijke gebeurtenis of onvoorziene situatie). Er wordt bijgevolg intensief ondersteuning gegeven aan deze patiënt / diens familie / significante naaste.

KLASSE S : Patiëntenvoorlichting

Item S1 : Gerichte educatie en voorlichting**

S100 : Gerichte educatie en voorlichting

De gepaste omstandigheden scheppen om tot een gesprek te komen.

De privacy van de patiënt garanderen.

De patiënt, familie en/of significante naaste occasioneel of gestructureerd (standaardplan) onderwijzen of voorlichten over een onderwerpen dat door hen wordt aangebracht:

Het overbrengen van doelgerichte informatie (bv. ziekteproces, voorgeschreven medicatie, chemotherapie,...).

Het aanleren van bepaalde vaardigheden (bv. correct leren puffen bij astmapatiënten).

Evaluëren of de patiënt de informatie en de instructies goed begrepen heeft.

Item S2: Voorlichting bij operatie of onderzoek**

S200: Voorlichting bij operatie of onderzoek

De privacy van de patiënt garanderen.

Het occasioneel of gestructureerd voorlichten van de patiënt of significante naaste over een komend onderzoek of operatie.

Dit is patiëntenvoorlichting die niet ingebed is in de zorgplanning. Tijdens de verzorging wordt occasioneel een moment vrijgemaakt waarop bijkomende voorlichting wordt gegeven over het onderzoek of de operatie. Deze sessies worden geïnitieerd door de zorgverlener of de patiënt zelf.

OF

Dit is patiëntenvoorlichting die is ingebed in de zorgplanning. Een standaardplan kan een vast deel uitmaken van de geplande zorg voor een bepaalde doelpopulatie of kan een specifiek aangepast en uitgeschreven educatieplan zijn dat ontworpen is voor een specifieke patiënt. Dit kan zowel individueel als in groepsverband gegeven worden.

Domein 4 : Veiligheid

KLASSE V: Risicobestrijding

Item V1: Decubituspreventie: gebruik van dynamische antidecubitusmaterialen**

V100: Decubituspreventie: gebruik van dynamische antidecubitus materialen

Informereren van de patiënt, de familie en/of een significante naaste over de preventie maatregelen.

De patiënt verbedden om het plaatsen van de dynamische antidecubitus materialen mogelijk te maken.

Dynamische antidecubitusmaterialen (bv. Alternierende systemen, dynamische drukspreidende systemen, zandbed) installeren op de kamer van de patiënt, of in het bed van de patiënt.

Het dynamisch antidecubitusmateriaal instellen/regelen en de parameters controleren.

Item V2: Decubituspreventie: wisselhouding**

V200: Decubituspreventie: wisselhouding

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt, de familie en/of de significante naaste over het belang van wisselhouding.

Er wordt aan preventie gedaan door de patiënt op een systematische wijze van positie te veranderen (wisselhouding met wisselschema), ongeacht het gebruik van antidecubitusmaterialen.

De efficiëntie van de preventieve maatregelen evalueren.

Item V3: Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur : continue monitoring**

V300: Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen en lichaamstemperatuur: continue monitoring

Informeren van de patiënt en/of de significante naaste over het belang van de continue monitoring.

Nagaan of de apparatuur goed functioneert.

De sensoren voor monitoring aanbrengen en de toestellen ijken.

De positie van de elektroden controleren.

Controleren of het toestel goed werkt, en of het alle gevraagde curves mooi weergeeft.

Noteren van gegevens over hart en bloedvaten, ademhaling en lichaamstemperatuur, die via een continue monitoring zijn verzameld, om complicaties op te sporen of te voorkomen.

Limitatieve lijst van parameters die in acht genomen worden:

ademhalingsfrequentie;

hartslagfrequentie (en/of EKG monitoring) = één parameter;

perifere temperatuur;

centrale temperatuur ;

O2-saturatiemeting;

pulmonaire arteriële druk;

CO2-monitoring;

centraal veneuze druk (CVD);

bloeddruk (systolische en diastolische druk);

cardiaal debiet (cardiac output);

veneuze continue O2-saturatie;

linker atrium druk;

foetale monitoring.

Item V4: Bewaken van de biologische vitale parameters
m.b.t. hart, longen en/of lichaamstemperatuur: discontinue
meting**

**V400: Bewaken van de biologische vitale parameters m.b.t. hart, longen
en/of lichaamstemperatuur: discontinue meting**

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy en het comfort van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt en/of de significante naaste over het belang van de discontinue monitoring.

Nagaan of de apparatuur goed functioneert.

De patiënt functioneel (her)positioneren.

Noteren en interpreteren van gegevens over hart en bloedvaten, ademhaling en lichaamstemperatuur, die via een discontinue meting zijn verzameld, om complicaties op te sporen of te voorkomen.

De waargenomen parameters noteren en interpreteren.

Limitatieve lijst van parameters die in acht genomen worden:

ademhalingsfrequentie;

hartslagfrequentie (en/of EKG monitoring) = één parameter;

perifere temperatuur;

centrale temperatuur ;

O₂-saturatiemeting;

pulmonaire arteriële druk;

CO₂-monitoring;

centraal veneuze druk (CVD);

bloeddruk (systolische en diastolische druk);

cardiaal debiet (cardiac output);

veneuze continue O₂-saturatie;

linker atrium druk;

foetale monitoring.

Item V5: Staalafname van weefsel of lichamelijk excretiemateriaal**

V500: Staalafname van weefsel of lichamelijk excretiemateriaal

Voorbereiden en identificeren van de tubes en het aanvraagformulier.

Verzamelen van recipiënten om het staal in op te vangen (buiten de kamer).

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent de staalafname.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Klaarleggen van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren van de patiënt ter uitvoering van de staalafname.

De nodige voorbereidingen treffen om het staal op een hygiënische/steriele manier af te nemen.

Het weefsel of het excretiemateriaal opvangen in een aangepast recipiënt.

Opruimen van het materiaal.

Item V6: Isolatiemaatregelen : bijkomende voorzorgsmaatregelen**

V600: Isolatiemaatregelen : bijkomende voorzorgsmaatregelen

De patiënt en/of de significante naaste informeren over de reden van isolatie en de isolatiemaatregelen.

De isolatiemaatregelen kenbaar maken op de deur van de patiëntenkamer.

Het nodige protectieve materiaal (maskers, handschoenen, schorten, handontsmetting,...) aantrekken (bij het binnengaan van de kamer) en verwijderen (bij het buitengaan van de kamer).

Opruimen van het materiaal, en het afvalmateriaal sorteren, zoals intern voorgeschreven.

Scoremogelijkheid:

1. Bij barrièreverpleging moeten 2 van volgende aspecten bij elk contact met de patiënt vervuld zijn:

- Het dragen van een schort per patiënt;
- Het dragen van handschoenen per patiënt;
- Het dragen van een masker per patiënt;
- Specifieke maatregelen voor afval/materiaal.

2. Isolatie in een aparte kamer waarvan minimum 3 van onderstaande maatregelen bij elk contact met de patiënt vervuld zijn:

- Het dragen van een schort per patiënt;
- Het dragen van handschoenen per patiënt;
- Het dragen van een masker per patiënt;

-Specifieke maatregelen voor afval/materiaal.

Item V7: Beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie**

V700: Beschermingsmaatregelen bij desoriëntatie

Het nodige materiaal verzamelen (buiten de kamer) om de patiënt te fixeren of te beperken in zijn bewegingsvrijheid.

De patiënt en/of de significante naaste informeren omtrent de noodzaak van de fixatie.

Aanbrengen, controleren en verwijderen van fixatiemiddelen die worden gebruikt om de bewegingsvrijheid van de patiënt te beperken.

De patiënt observeren tijdens de fixatieperiode: opvolgen en evalueren van de fixatie

De drukpunten controleren.

Het losmaken van de fixatiemiddelen.

Het afsluiten van de afdeling met een elektronische code.

DOMEIN 5 : Gezin en familie

KLASSE X : Zorg voor gezin en familie

Item X1 : Rooming-in van familie of significante naaste**

X100: Rooming-in van familie of significante naaste

Communicatie (op de kamer van de patiënt) tussen verzorgende en familie of significante naaste die het grootste deel van de dag bij de patiënt verblijft en in het ziekenhuis op de patiëntenkamer overnacht, met het doel deze te begeleiden.

De nodige accommodatie voorzien voor het familielid of de significante naaste, vb. een tweede bed plaatsen op de kamer,...

Hotelfunctie verzorgen voor het familielid of de significante naaste.

Domein 6: Gezondheidszorgbeleid

KLASSE Y : Bemiddeling in de zorg

Item Y1: Interculturele bemiddeling**

Y100: Interculturele bemiddeling

Overleg tussen het verzorgend team, de cultuurbemiddelaar van het ziekenhuis en de patiënt, al dan niet in het bijzijn van familie en/of significante naaste en/of een spiritueel, godsdienstig leider, met als doel de verschillen in opvattingen over gezondheid en/of gezondheidszorg bespreekbaar te stellen of te overbruggen.

Item Y2: Verpleegkundige anamnese**

Y200: verpleegkundige anamnese

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te respecteren.

De behoeften aan verpleegkundige verzorging in kaart brengen aan de hand van een observatie EN gestructureerd gesprek van de zorgverlener met de patiënt, familie of significante naast. Hierbij kunnen ter plaatse notities genomen worden.

Meer specifiek wordt o.a. nagegaan:

- Wie deze patiënt is.
- Wat hem bezighoudt.
- Hoe hij omgaat met bepaalde situaties.
- Welke oplossingen hij zelf verkiest.

- Zijn levensgewoonten.
- Wat hij van het verblijf verwacht.
- Vastleggen van zelfzorgtekorten.
- Administratieve en sociale situering.
- Antecedenten en ziekenhuiservaringen.
- Welke medicatie de patiënt thuis inneemt.

KLASSE Z : Beheer van zorgvoorzieningen & informatiebeheer

Item Z1 : Assessment functioneel, mentaal, psychosociaal**

Z100: Assessment functioneel, mentaal, psychosociaal

Het systematisch beoordelen van de functionele (bv. Instrumental Activities of Daily Living), mentale (bv. Mini Mental State Examination) of psychosociale toestand (bv. Geriatric Depression Scale) van de patiënt met behulp van een meetinstrument.

Item Z2 : Ondersteuning van de arts bij een niet delegeerbare medische handelingen**

Z200: Ondersteuning van de arts bij een niet delegeerbare medische handeling

De nodige maatregelen treffen om de privacy van de patiënt te respecteren.

Informereren van de patiënt omtrent het onderzoeksproject.

Handhygiëne voor en/of na de zorg: handen wassen/handen ontsmetten.

Handschoenen gebruiken.

Vorbereiden van het materiaal.

Functioneel (her) positioneren en voorbereiden van de patiënt.

De arts assisteren bij het uitvoeren van een onderzoek of behandeling.

Emotioneel of fysiek ondersteunen van de patiënt tijdens het onderzoek.

Het identificeren van de afgenomen stalen / biopsies.

Het materiaal opruimen.

Item Z3: Multidisciplinair overleg**

Z300: Multidisciplinair overleg

De toegediende zorgen bediscuteren, plannen en evalueren met de beroepsbeoefenaars uit andere zorgdisciplines. Naast de verpleegkundige of vroedkundige dienen er minimum twee andere zorgdisciplines vertegenwoordigd te zijn. Het overlegmoment is niet spontaan, maar vooraf gepland.

Item Z4: Contact met andere instellingen**

Z400: Contact met andere instellingen

Treffen van de nodige maatregelen om de privacy van de patiënt te garanderen.

Men informeert zich over de situatie bij andere instellingen (huisarts, rustoord, rust- en verzorgingstehuis, WZC, thuiszorg,...) of significante naaste van de toegediende zorgen aan de patiënt voor zijn opname.

EN/OF

Informatie over de patiënt en de aan hem/haar verleende zorg door andere zorgverleners (huisarts, RVT, WZC, thuisverpleging) of significante naaste,... wordt verstrekt. Er worden regelingen getroffen voor de continuering van de zorgen van de patiënt met andere zorgverleners uit andere instellingen of thuiszorg met uitsluiting van het regelen van sociale zorg bv. maaltijd aan huis.

Patiënt, familie en/of significante naaste worden geïnformeerd over welke maatregelen getroffen worden.

Bijlage 3: Franstalige samplinglijst

DOMAINE 1 : Soins liés aux fonctions physiologiques élémentaires.

CLASSE A : Gestion des activités et de l'exercice

Item A1** : Exercices corporels.

A100 : Exercices corporels structurés.

Rassembler et apporter le matériel nécessaire.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur l'importance et l'objectifs des «activités physiques».

Informé le patient sur le déroulement de l'exercice et du plan d'exercices.

Accompagner le patient pendant l'exécution des exercices corporels passifs ou actifs, qui sont intégrés dans un plan de soins guide de réadaptation ou prescrits spécifiquement pour un patient et intégrés dans le plan de soins individuel:

Exercices passifs : exercices exécutés par un prestataire de soins.

Exercices actifs : exercices exécutés par le patient sous la guidance permanente du prestataire de soins .

(Re)positionner le patient pour/après la réalisation de l'exercice.

Ranger le matériel.

CLASSE B : Soins liés à l'élimination

Item B2 : Soins liés à l'élimination urinaire**

B210 : Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine

Suivi de la miction chez un patient continent pour l'urine.

Informez le patient sur la surveillance de la miction.

Surveillance de la miction urinaire: la fréquence, le volume de la miction, la couleur, l'odeur.

Hygiène des mains.

B220 : Soutien de l'élimination urinaire chez un patient continent pour l'urine

Rassembler le matériel hors de la chambre (la chaise percée, la panne, l'urinal...).

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur le soutien à l'élimination urinaire.

Apporter de l'aide en donnant ou plaçant la panne ou l'urinal, donner du papier toilette, écarter la panne ou l'urinal, si nécessaire.

Nettoyer le patient, vider et nettoyer la panne ou l'urinal dans la chambre.

Enfiler/retirer les gants.

Apporter la chaise percée, positionner le patient sur la chaise percée, donner le papier toilette, si nécessaire nettoyer le patient, vider la chaise percée et la nettoyer dans la chambre.

Positionner le patient sur la toilette (éventuellement surélevé) .

Réinstaller correctement le patient après les soins liées à l'élimination.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

Hygiène des mains.

B230 : Soins liés à l'incontinence urinaire

Rassembler le matériel hors de la chambre : la chaise percée, la panne, l'urinal, les changes, les langes, l'étui pénien....

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Préparer le matériel.

Informé le patient sur la surveillance de la miction.

Hygiène des mains.

Enfiler/retirer les gants.

Observer et mettre ou retirer le linge, la protection ou l'étui pénien.

Ranger le matériel.

(Re)positionner le patient correctement.

B240 : Soins liés à la stomie urinaire

Rassembler le matériel pour soins de stomie hors de la chambre

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur le soin de la stomie urinaire.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel.

Inspecter et nettoyer la peau autour de la stomie.

Contrôler l'aspect de l'urine.

Vider la poche.

Changer la plaque.

Fixer la poche.

Contrôler la position de la poche.

Ranger le matériel.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

B250 : Soins liés à la sonde urinaire à demeure

Rassembler le matériel pour les soins à la sonde urinaire à demeure hors de la chambre.

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins. Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur la sonde urinaire à demeure (sonde vésicale à demeure, cathéter suspubien, cathéter de néphrostomie...).

(Ré)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel.

Donner les soins hygiéniques liés à la sonde urinaire à demeure.

Vider et rincer le collecteur d'urine.

Procéder à l'irrigation vésicale.

Fixer la sonde urinaire et contrôler la fixation.

Gonfler le ballonnet.

Clamper la sonde temporairement.

Surveillance de la sonde vésicale à demeure.

Ranger le matériel.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

Item B3 : Mise en place d'une sonde vésicale**

B300 : Mise en place d'une sonde vésicale

Rassembler le matériel hors de la chambre.

Porter le matériel manuellement ou sur un chariot de soins.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « la mise en place d'une sonde vésicale ».

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

Nettoyer la région génitale.

Instillation urétrale du lubrifiant.

Poser ou remplacer une sonde ou un cathéter par voie urétrale ou par stomie dans la vessie ou dans une vessie artificielle afin d'assurer la récolte d'urines de manière ponctuelle ou permanente. Contrôler la perméabilité de la sonde.

Fixation de la sonde urinaire (extérieur, à l'aide d'un bout de sparadrap, intérieur, gonflement du ballonnet).

Retrait de la sonde vésicale en place.

Ranger le matériel.

Item B4 : Soins liés à l'élimination fécale**

B410 : Suivi de la défécation chez un patient continent pour les selles

Informé le patient sur la surveillance des selles.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

S'informer, observer, contrôler si possible, la dernière défécation : la fréquence, le volume des selles ainsi que la consistance, l'odeur et la couleur des selles.

B420 : Soutien de l'élimination fécale chez un patient continent pour les selles

Rassembler le matériel hors de la chambre : la chaise percée, la panne....

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur «l'élimination fécale ».

(Re)positionner le patient correctement.

Enfiler/ôter les gants.

Mettre la panne, positionner, donner le papier toilette, enlever la panne, si nécessaire nettoyer le patient, vider et nettoyer la panne et ranger dans la chambre.

Apporter la chaise percée, apporter de l'aide au patient pour le positionner, donner le papier toilette, si nécessaire nettoyer le patient, vider et nettoyer la chaise percée dans la chambre.

(Re)positionner le patient sur la toilette (éventuellement à l'aide d'une surélévation) et apporter de l'aide à nettoyer le patient.

Hygiène des mains.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

B430 : Soins liés à l'incontinence fécale

Rassembler le matériel hors de la chambre : les protections, les langes....

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur les soins liés à l'élimination fécale.

Hygiène des mains.

Enfiler/retirer les gants.

Préparation du matériel.

(Re)positionner le patient correctement .

Mettre une protection sur le lit.

Observer, mettre ou retirer le linge et/ou la protection.

Ranger le matériel.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

B440 : Soins liés à une stomie fécale : soins liés à une stomie fécale/pouch

Rassembler le matériel hors de la chambre.

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins. Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur «la stomie fécale/pouch» .

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel.

Mettre une protection sur le lit.

Enfiler/ôter les gants.

Vider ou retirer la poche.

Inspecter : la stomie, la peau autour de la stomie, la plaque cutanée, la poche.

Nettoyer la peau autour de la stomie et la stomie.

Contrôler l'aspect des selles.

Changer la plaque cutanée.

Fixer et contrôler la position de la poche et de la plaque.

Ranger le matériel.

Hygiène de mains.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

Le soin de plaie d'une stomie fécale non consolidée est scoré en L200. Dès l'ablation des fils, agrafes, la stomie est considérée comme consolidée.

Item B5 : Soins liés à l'administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde /canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter la constipation**

B500 : Administration d'un lavement et/ou l'enlèvement manuel de fécalomes et/ou le placement d'une sonde/canule rectale dans le but de traiter ou d'éviter la constipation

Rassembler le matériel hors de la chambre.

Porter manuellement le matériel ou sur un chariot de soins.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur la constipation et/ou l'administration d'un lavement et/ou l'enlèvement de fécalomes (par voie rectale, par voie anale ou par stomie) et/ou le placement d'une sonde rectale.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

Préparer le matériel.

Placer une protection sur le lit.

(Re)positionner le patient correctement.

Enlever les fécalomes.

Placer la sonde/canule rectale.

Administrer le lavement.

Mettre la panne ou donner la chaise percée.

Observer et évaluer le résultat du lavement.

Ranger le matériel.

Nettoyer et ranger le matériel hors de la chambre.

Remarque: ces soins peuvent aussi être donnés dans le cas d'une stomie.

Item B6 : Education à l'élimination urinaire et/ou fécale**

B600 : Education à l'élimination urinaire et/ou fécale

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Évaluer les compétences/connaissances du patient ou de sa famille ou de la personne significative.

Informar, sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences au niveau de l'élimination urinaire et/ou fécale ou de lui permettre de retrouver son autonomie urinaire et/ou fécale (éducation à : la miction, la prise en charge d'une stomie, le maintien des habitudes d'élimination...)

Cet item concerne le patient, sa famille ou toute autre personne significative.

Évaluation des soins éducatifs prodigués.

CLASSE C : Gestion de la mobilité

Item C1 : Installation d'un patient**

C110 : Installation d'un patient alité

Préparer le matériel hors de la chambre du patient: "l'infirmière mécanique" - "le lève personnes"...

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informar le patient sur l'installation.

Changer la position du patient pour lui fournir une position correcte et confortable pour manger, dormir, lire ou pour une raison médicale, éventuellement à l'aide de matériel.

Hygiène des mains

Remarque: mobilisation pour prévention d'escarres = V200.

C120 : Installation d'un patient NON alité

Préparer le matériel hors de la chambre du patient: "l'infirmière mécanique" - "le lève personnes", la chaise roulante, le déambulateur, les béquilles, civière, planche de transfert...

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur l'installation.

Aider le patient non alité pour le transfert du lit vers une chaise, un fauteuil, une chaise roulante ou inversement.

Aider le patient à effectuer un changement de position vers une autre (debout, couché ou assis), avec ou sans point d'appui.

Il y a 3 possibilités d'enregistrement :

1. Le patient doit être accompagné par un prestataire de soins pour le changement de position assise, couchée ou debout.
2. Le prestataire de soins donne une aide partielle pour l'installation : le prestataire de soins soutient le patient sans porter totalement.
3. Le(s) prestataire(s) de soins supporte(nt) totalement le patient avec ou sans matériel d'aide. Exemple : lève-personnes

Item C2 : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité**

C200 : Aide au déplacement d'un patient dans l'unité

Préparer le matériel hors de la chambre du patient: "l'infirmière mécanique" - "le lève personnes", la chaise roulante, le déambulateur, les béquilles, civière, planche de transfert...

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur « son déplacement ».

Fournir de l'aide au patient pour se déplacer d'un endroit à l'autre de l'unité, peu importe le matériel utilisé (par exemple : le lit, la chaise roulante, le trotteur, les béquilles) et/ou la position du patient.

Demander de l'aide pour déplacer le patient dans la chambre.

Hygiène des mains.

Ranger le matériel

Il y a 2 possibilités d'enregistrement:

1. Le patient est accompagné par le prestataire de soins pour se déplacer.
Exemple : accompagnement par un prestataire de soins chez une personne âgée soutenue par le bras pour troubles de l'équilibre.
Exemple: accompagnement par le prestataire de soins d'un enfant vers la salle de jeu de l'unité pour éviter qu'il se perde ou qu'il entre dans une autre chambre.
2. Le patient est déplacé en chaise roulante, en lit ou à l'aide de matériel adapté.
Exemples: amener le patient à la salle de bain de l'unité à l'aide d'un lève-personnes; amener un patient à la fenêtre de sa chambre en chaise roulante car il n'a pas la force de le faire tout seul

Item C4 : Présence de traction(s)**

C400 : Présence de traction(s)

Rassembler et apporter le matériel nécessaire.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur le soin de la traction.

Mettre ou tirer la traction osseuse.

Inspection de la peau à la hauteur des points de pression causés par la traction.

Surveillance concernant le maintien de la traction et des poids prescrits.

Contrôler le matériel de traction et si nécessaire fixer au lit et/ou repositionner.

Hygiène des mains.

Aider le médecin à l'installation de la traction.

CLASSE D : Soins liés à l'alimentation

Item D1 : Aide à l'alimentation**

D110-120 : Aide à l'alimentation

Rassembler l'alimentation et le matériel nécessaire pour l'administrer.

Préparer l'alimentation et l'hydratation, hors de la chambre du patient.

Sortir les plateaux du chariot de repas.

Se déplacer avec l'alimentation.

Communication (en général) concernant les repas.

Aider le patient à s'alimenter : boire et/ou manger lors d'un repas.

Hygiène des mains.

Il y à 4 possibilités d'enregistrement :

1. L'alimentation sans aide: suivi ou soutien logistique du patient autonome qui s'alimente seul. Exemples : ouvrir les emballages, couper la viande, beurrer les tartines, remplir un verre...
2. Aide partielle: le patient est aidé pour un ou plusieurs aspects de l'alimentation: boire OU manger.
3. Aide complète: le patient est aidé complètement par un prestataire de soins¹ pour boire ET manger.
4. Présence permanente et guidance durant toute la durée de chaque repas, d'un prestataire de soins¹ auprès du patient, en raison d'un trouble de la fonction alimentaire d'origine physique ou psychique (par ex. : troubles de déglutition, confusion aiguë, anorexie...) qui est de nature à causer des inter-

ruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée de chaque repas.

Item D3 : Administration d'alimentation entérale par sonde**

D300 : Administration d'alimentation entérale par sonde

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur de l'alimentation entérale par sonde.

Rassembler et préparer l'alimentation entérale par sonde dans la chambre.

Hygiène de mains.

Enfiler/ôter des gants.

(Re)positionner le patient correctement.

Vérifier la perméabilité de la sonde.

Mettre une protection sur le lit.

Mesurer le résidu.

Administrer l'alimentation ou liquides à la seringue, goutte à goutte ou par l'intermédiaire d'une pompe.

Contrôle du débit de perfusion.

Rinçage de la sonde d'alimentation entérale.

Prévention des escarres au niveau du nez ou les coins de la bouche.

Ranger le matériel.

Item D4 : Surveillance d'une alimentation parentérale totale (TPN)**

D400 : Surveillance d'une alimentation parentérale totale(TPN).

Le patient est nourri par voie intraveineuse en eau, lipides, protéines, glucose, vitamines, oligo-éléments et minéraux.

Rassembler l'alimentation (l'alimentation orale, l'alimentation par sonde, TPN) et le matériel nécessaire pour l'administrer.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.
Informé le patient sur « l'alimentation parentérale totale (TPN).

Hygiène des mains.

Manipulation aseptique des connections.

Contrôler la composition, date, température, etc. du produit.

Manipuler le flacon ou la poche de la TPN avec la stérilité nécessaire.

Contrôler le débit d'administration de la TPN.

Item D5 : Education à l'alimentation**

D500 : Education à l'alimentation

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Ensemble des soins éducatifs prodigués au patient, à sa famille ou à toute autre personne significative dans le but d'informer, de sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour retrouver une autonomie au niveau de l'alimentation.

Exemple : déficit nutritionnel, altération de l'état général...

CLASSE E : Promotion du confort physique

Item E1 : Gestion des symptômes : douleur**

E100 : Gestion des symptômes : douleur

Informez le patient sur l'objectif de l'évaluation et l'instrument employé.

S'informer, observer et évaluer la douleur du patient à l'aide de l'instrument de mesure validé.

Le suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Item E2 : Gestion des symptômes : nausées et/ou vomissements**

E200 : Gestion des symptômes : nausées et/ou vomissements

Informez le patient sur l'objectif de l'évaluation et l'instrument de mesure.

S'informer, observer et évaluer les nausées et les vomissements du patient à l'aide d'une échelle validée.

Le suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Item E3 : Gestion des symptômes : fatigue**

E300 : Gestion des symptômes : fatigue

Informez le patient sur l'objectif de l'évaluation et l'instrument de mesure.

S'informer, observer et évaluer la fatigue du patient à l'aide d'une échelle validée.

Le suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

Item E4 : Gestion des symptômes : sédation**

E400 : Gestion des symptômes : sédation

Informez le patient sur l'objectif de l'évaluation et l'instrument de mesure.

S'informer, observer et évaluer la sédation du patient à l'aide d'une échelle validée.

Le suivi débouche sur un plan de soins et/ou un ordre permanent de prise en charge du patient et son évaluation.

CLASSE F : Soutien aux soins personnels.

Item F1 : Soins d'hygiène.**

F110. Soins d'hygiène: toilette au lavabo/lit(bassin)

F120. Soins d'hygiène: donner un bain ou une douche

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Communication habituelle correspondante à un soin d'hygiène de qualité.

(Re)positionner et (re)installer le patient au lavabo / dans le lit.

Donner ou préparer le matériel pour les soins d'hygiène et/ou rasage et/ou brossage de dents.

Lavage du corps AVEC OU SANS:

- Lavage des cheveux.
- Brossage des dents.
- Rasage (soins à la barbe et moustache).

Hygiène des mains.

Nettoyer et ranger le matériel (par exemple, le rasoir).

Il y a 4 possibilités d'enregistrement :

1. Supervision ou soutien logistique des soins d'hygiène exécutés entièrement par le patient. Ce score est également d'application quand des dispositifs logistiques seuls sont mis à la disposition pour se laver. Exemple : préparer un bassin, du savon, un gant de toilette, ...
2. Un prestataire de soins aide le patient pour certains aspects de ses soins d'hygiène (exemple : le dos, les jambes) et le patient, ou une personne significative , réalise certains aspects des soins lui-même.
Le lavage des cheveux et/ou le brossage des dents et/ou le rasage du patient (réalisés seuls) peuvent être enregistrés comme une aide partielle.
3. Aide complète pour les soins d'hygiène veut dire que le patient est entièrement dépendant d'un prestataire de soins pour les soins d'hygiène.
Exemple : toilette complète au lit.
4. Présence permanente et guidance, durant toute la durée des soins d'hygiène, d'un prestataire de soins auprès du patient en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène . Le prestataire de soins stimule et supervise le patient.

Supervision ou soutien logistique des soins d'hygiène exécutés entièrement par le patient. Ce score est également d'application quand des dispositifs logistiques seuls sont mis à la disposition pour se laver.

Exemple : préparer un bassin, du savon, un gant de toilette, ...

Présence permanente et guidance, durant toute la durée des soins d'hygiène, d'un prestataire de soins auprès du patient en raison d'un trouble physique ou psychique qui est de nature à causer des interruptions fréquentes ou une prolongation importante de la durée des soins d'hygiène . Le prestataire de soins stimule et supervise le patient.

Item F2 : Education aux soins d'hygiène**

F200 : Education aux soins d'hygiène

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Évaluation des connaissances/compétences actuelles du patient, de sa famille ou de la personne significative.

Ensemble de soins éducatifs prodigués par le prestataire de soins au patient, à sa famille ou à toute autre personne significative dans le but d'informer, de sensibiliser ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences pour que le patient retrouve une autonomie au niveau des soins d'hygiène...

Evaluer les résultats obtenus.

Item F3 : Aide pour l'habillement civil de jour**

F300 : Aide pour l'habillement civil de jour

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur de l'aide pour l'habillement civil de jour.

Apporter au patient l'aide nécessaire pour l'habillement et le déshabillage de vêtements civil de jour (en rapport avec de l'habillement et le déshabillage de vêtements suivants : sous-vêtements; vêtements civils de jour; chaussures et vêtements de nuit).

Préparer et ranger les vêtements.

Remarque:

Le patient est habillé le matin avec ses vêtements civils de jour et déshabillé le soir pour lui mettre ses vêtements de nuit. Cet item ne peut pas être enregistré à l'arrivée du patient dans une unité de soins ou lors de son départ de l'unité de soins.

Item F4 : Soins liés à l'image corporelle**

F400 : Soins liés à l'image corporelle

Rassembler le matériel nécessaire hors de la chambre.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur les soins liés à l'image corporelle.

(Re)positionner correctement le patient.

Préparer le matériel.

Mise en place d'une prothèse : mammaire, de membre, oculaire, capillaire.

Prévention de la chute des phanères : casque réfrigérant, bain d'ongles.

Mettre du maquillage.

Ranger le matériel.

Évaluation de l'image personnelle du patient.

Item F5 : Soins de bouche particuliers**

F500 : Soins de bouche particuliers

Rassembler le matériel nécessaire.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

Contrôle de l'état de la bouche.

Informé le patient sur les soins de bouche particuliers.

(Re)positionner le patient correctement pour exécuter le lavage ou les soins de bouche.

Rassembler et préparer le matériel.

Exécuter le lavage ou les soins de la bouche par le prestataire des soins.

Guider et instruire le patient pour exécuter le lavage ou les soins de la bouche.

Ranger le matériel.

DOMAINE 2 : Soins liés aux fonctions physiologiques complexes

CLASSE G : Gestion alimentaire, hydro-électrolytique ou acido-basique.

Item G1 : Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.**

G100 : Gestion de la balance alimentaire ou hydro-électrolytique.

Informier le patient , sa famille ou la personne significative sur « la balance alimentaire ou hydro électrolytique ».

Suivi infirmier d'une balance alimentaire ou hydro-électrolytique afin d'éviter ou de diminuer les complications liés à un éventuel déséquilibre.

Suivi journalier de la diurèse (bilan urinaire total) ou de l'état de nutrition (bilan hydro-alimentaire) :

le débit urinaire (out) est contrôlé d'une façon journalière.

OU

contrôle et évaluation journalière de l'état nutritionnel :alimentation prise par le patient(quoi et combien).

OU

suivi journalier du poids du patient (différence calculée par rapport au jour précédent).

Item G2 : Gestion d'une sonde gastrique de décharge**

G200 : Gestion d'une sonde gastrique de décharge

Rassembler le matériel : bocal, matériel pour la pompe vacuum etc. tout hors de la chambre du patient.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Préparer le matériel.

Informé le patient sur la sonde gastrique de décharge.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

(Re)positionner le patient correctement.

Poser une sonde gastrique.

Contrôle de la position de la sonde gastrique de décharge.

Mesurer le PH du liquide aspiré.

Prévention d'escarres au niveau du nez / coin de la bouche.

Contrôle de la décharge et de la perméabilité de la sonde.

Vérification et manipulation du système collecteur et des tubulures.

Observer l'aspect et mesurer le volume du liquide évacué.

Ranger le matériel.

Item G3 : Gestion de la glycémie.**

G300 : Gestion de la glycémie.

Rassembler et apporter le matériel nécessaire.

Informé le patient, sa famille ou la personne significative sur les soins liés à la gestion de la glycémie.

La prévention et/ou le traitement relative à un taux de glucose dans le sang trop élevé ou trop bas avec ou sans éducation infirmière ou l'entraînement du patient fait (référence soit à un plan de soins d'éducation standard ou individualisé). Cela comporte l'éducation du patient concernant :

- un régime alimentaire adapté et une activité physique;
- les signes cliniques concernant le taux de glucose dans le sang trop élevé ou trop bas;
- comment manier le taux de glucose dans le sang trop élevé ou trop bas;
- apprendre s'injecter l'insuline.

Observer et interpréter associé à la recherche des signes cliniques d'une hypo- ou d'une hyperglycémie.

Surveiller, interpréter les résultats, et traiter les variations de la glycémie réalisés par le prestataire de soins ou le patient lui-même.

Appliquer, si nécessaire, une thérapie, adaptée ou continuée, sur base d'une prescription médicale (ordre permanent ou plan de soins individuel).

Informé le patient selon ses besoins, sa famille ou la personne significative sur les complications possibles et leur prévention, comme par exemple: l'importance du contrôle de la tension artérielle, contrôle des pieds...

Il y a deux modalités de score :

1 = présence d'une gestion de la glycémie.

2 = présence d'une gestion de la glycémie avec éducation

Item G4 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et /ou de la coagulation.**

G400 : Gestion de l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation.

Informez le patient sur les taux sanguins surveillés.

Surveiller l'équilibre acido-basique et/ou ionique et/ou de l'hémoglobine et/ou de la coagulation : appréciation des résultats.

Se référer à l'ordre permanent ou la prescription particulière en rapport avec les éventuelles actions face aux valeurs seuils.

Item G5 : Gestion de la dialyse**

G500 : Gestion de la dialyse

Rassembler le matériel: liquides pour la dialyse péritonéale, l'appareillage pour la hémodialyse, balance, etc. tout hors de la chambre du patient.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur « la dialyse, les résultats de la dialyse: l'aspect du liquide de substitution, volume évacué, etc. ».

Hygiène des mains.

(Re)positionner le patient correctement pour la dialyse.

Préparer le matériel et l'appareil de dialyse.

Réchauffer les liquides de dialyse.

Exécuter la dialyse péritonéale ou la hémodialyse.

Contrôler l'entrée et la sortie des liquides de substitution.

Exécution de la dialyse par le patient lui-même sous surveillance d'un prestataire de soins.

Ranger le matériel.

CLASSE H : Administration des médicaments

Items H1 : Administration de médicaments par voie IM / SC /**

ID

H100 : Administration de médicaments différents par voie IM / SC / ID

Rassembler le matériel nécessaire

Vérification de la date de péremption et de la stabilité des produits.

Contrôle, vérification et préparation de médicaments.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur l'ad

ministration de médicaments.

Préparer le matériel.

Hygiène des mains.

Mettre le lit à la bonne hauteur.

Positionner le patient correctement.

Inspection de la peau en vue de trouver une zone appropriée pour l'injection du produit.

Désinfection de la zone de ponction ou de la voie d'accès.

Administrer le médicament par voie sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire.
(Re)installer correctement le patient après l'administration du produit.

Ranger le matériel de manière sûre

Items H2 et H3** : Administration de médicaments IV**

H200 et H300 : Nombre de médicaments différents administrés par voie IV et fréquence d'administration la plus élevée de médicaments IV

Rassembler le matériel nécessaire

Vérification de la date de péremption et de la stabilité des produits.

Contrôle, vérification et préparation de médicaments.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient .

Informé le patient sur « l'administration de médicaments ».

Vérifier et contrôler que le bon médicament est donné au bon patient: nom, dose, voie d'administration, fréquence...

Rasage si nécessaire de la zone de ponction.

Vérifier l'identification du médicament ou perfusion à administrer.

Hygiène des mains.

Préparer le matériel.

Vérifier la perméabilité et la position du cathéter.

Désinfection de la zone de ponction, ou voie d'accès.

Administrer le médicament par voie intraveineuse.

Observer le patient pendant l'administration.

Changer la perfusion ou le dispositif d'administration (seringues, burettes,...)

Suivi d'une perfusion administrée de façon intermittente.

Contrôler et régler le débit de la perfusion.

Ranger le matériel de manière sûre.

Item H4 : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène)**

H400 : Administration de médicaments par inhalation (aérosol / puff / tente à oxygène)

Rassembler le matériel nécessaire

Vérification de la date de péremption et de la stabilité des produits.

Contrôle, vérification et préparation de médicaments.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur l'administration de médicaments par inhalation.

Hygiène des mains.

Préparer le matériel et/ou le dispositif d'administration.

Préparation de la solution à administrer.

Positionner le patient correctement.

Administrer le médicament par voie d'aérosol, puff ou tente à oxygène.

Arrêter l'administration.

Nettoyer et ranger le dispositif d'administration.

Item H5 : Administration de médicaments par voie vaginale**

H500 : Administration de médicaments par voie vaginale

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « l'administration de médicaments ».

(Re)positionner le patient correctement pour l'administration de médicaments par voie vaginale.

Préparer et ranger le matériel après l'administration du médicament. Vérification de la péremption et de la stabilité des produits.

Contrôle et vérification des médicaments.

Se déplacer avec le matériel.

Enfiler/ôter les gants.

Administerer le médicament par voie vaginale.

Pour les irrigations vaginales, vérifier /observer le liquide d'écoulement: aspect...

Hygiène des mains

CLASSE I : Soins liés à la fonction neurologique

Item I1 : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure**

I100 : Surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure

Informé le patient (si son état le permet) et/ou la personne significative sur «la surveillance neurologique à l'aide d'un instrument de mesure».

Tester, suivre, collecter et analyser les réactions du patient à l'aide de l'échelle de coma de Glasgow ou d'un autre instrument de mesure.

Item I2 : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage**

I 200 : Surveillance d'une pression intracrânienne avec ou sans drainage

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.
Collecte et analyse des données du patient afin de réguler la pression intracrânienne associées ou non aux soins liés à la présence d'un drain ventriculaire.
(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Modalités de score :

1 = surveillance de la pression intracrânienne sans drainage.

2 = surveillance de la pression intracrânienne avec drainage ventriculaire de liquide céphalo-rachidien (LCR)

CLASSE K : Soins liés à la respiration

Item K1 : Aspiration des voies aériennes**

K100 : Aspiration des voies aériennes

Rassembler le matériel: sonde d'aspiration, récipients, gants

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Évaluer le besoin d'aspiration des sécrétions.

Informé le patient sur « l'aspiration des voies aériennes ».

Préparer le matériel.

Hygiène des mains.

Prendre de mesures de protection personnelle: blouse...

Régler la pression du système d'aspiration.

(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Utilisation d'un tube buccal, si nécessaire.

Aspiration des sécrétions buccales et/ou nasales et/ou endo-trachéales à l'aide d'une sonde d'aspiration.

Surveillance des signes physiques : coloration...

Observer les sécrétions.

Rincer le tuyau d'aspiration avec du désinfectant ou de l'eau.

Ranger/remplacer le matériel.

Item K2 : Statut respiratoire**

Installation de matériel respiratoire chez le patient afin d'optimiser son oxygénation

K200 : Statut respiratoire

Rassembler le matériel: récipients, gants, masque, lunettes, sonde, tente à oxygène ou cloche...

Apporter le matériel.

Ranger, remplacer le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur «son statut respiratoire » (masque, lunettes, sonde, tente à oxygène ou cloche, tube endotrachéal).

Préparer le matériel.

Vérifier si le nez est dégagé.

Hygiène des mains.

(Re)positionner le patient correctement.

Régler le débit d'oxygène.

Placer et remplacer : l'humidificateur d'air entre le circuit d'oxygène ou le HME (Heat and Moist Exchanger).

Placer l'humidificateur dans la chambre du patient.

Nettoyer le tube trachéal (canule intérieure et extérieure), si nécessaire remplacer la canule.

Contrôle pour dépistage d'escarres au niveau du nez, bouche.

Fixer correctement la canule à oxygène, canule ou tube endotrachéal...

Ranger/remplacer le matériel.

Il y a trois possibilités de score:

1 = masque, lunettes, sonde, tente ou cloche.

2 = tube endotrachéal, masque laryngé.

3 = canule trachéale.

Item K3 : Ventilation artificielle**

K300 : Ventilation artificielle

Rassembler le matériel

Se déplacer avec le matériel.

Ranger, remplacer le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informez le patient sur « la ventilation artificielle (si son état le permet) et/ou la personne significative.

Hygiène des mains.

Préparer le matériel.

Prendre des mesures de protection personnel.

Régler, entretenir, vérifier le bon fonctionnement des appareils (respirateur, pap...).

Régler et vérifier les paramètres des appareils.

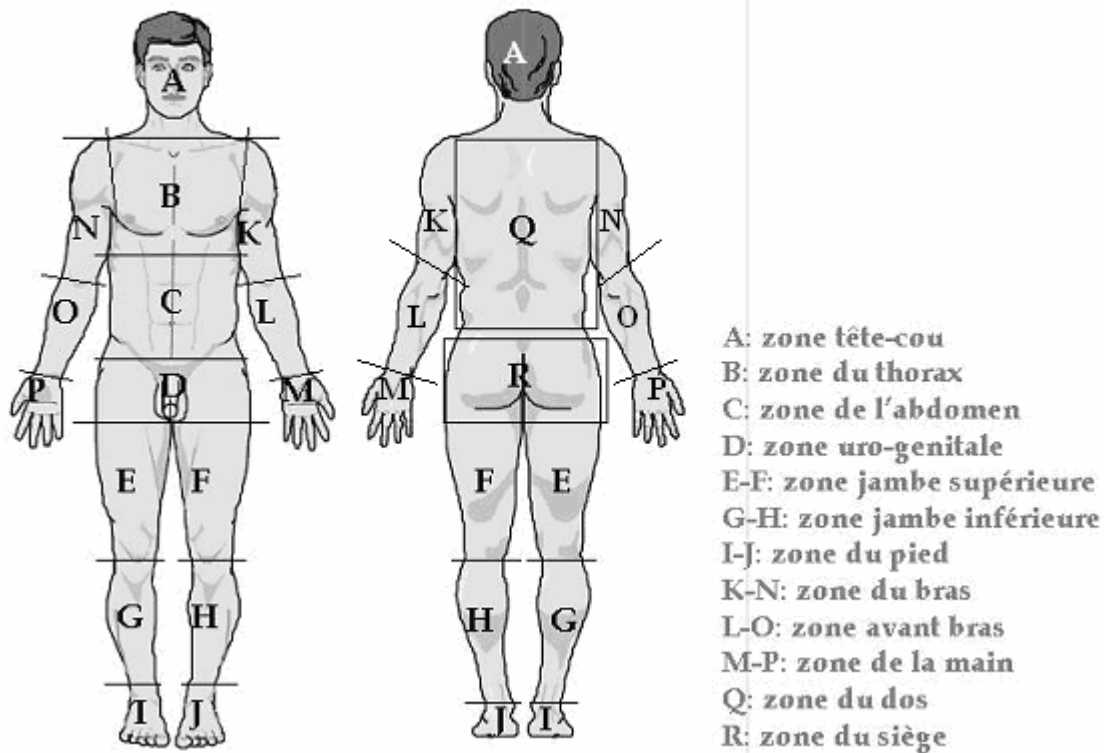
(Ré)positionner le patient correctement.

Nettoyer la tube trachéal (canule intérieure et extérieure), si nécessaire remplacer la canule.

Fixer la canule trachéale d'une manière correcte.

CLASSE L : Soins de la peau et des plaies

18 zones du corps



Modalités de score dans le manuel de codage DI RHM (RIM2) :

1. Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel (sans changement de pansement) :

Nombre de zone où une surveillance d'une plaie suturée ou ouverte et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel est réalisée le jour de l'enregistrement.

2. Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain :

Nombre de zone où des soins à une plaie suturée et/ou orifices de drain sont réalisés le jour de l'enregistrement. Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zones est multiplié par le nombre de soins.

3. Soins simples de plaies ouvertes :
Nombre de zone où des soins simples de plaies ouvertes sont réalisés le jour de l'enregistrement. Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zones est multiplié par le nombre de soins.

4. Soins complexes de plaies de plaies ouvertes :
Nombre de zone où des soins complexes de plaies ouvertes sont réalisés le jour de l'enregistrement. Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zones est multiplié par le nombre de soins.

5. Soins aux lésions dermatologiques :
Nombre de zone où des soins à des lésions dermatologiques sont réalisées le jour de l'enregistrement. Si les soins sont réalisés plusieurs fois par jour, le nombre de zones est multiplié par le nombre de soins.

Item L1 : Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement avec ou sans présence de matériel**

L100 : Surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement, avec ou sans présence de matériel (sans changement de pansement)

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informers le patient sur « la surveillance d'une plaie et/ou d'un pansement avec ou sans présence de matériel ».

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel collecteur.

Hygiène des mains.

Inspecter le pansement de la plaie avec ou sans présence de matériel ou de drainage collecteur (de décharge, aspirant sous vide...) sans changement de pansement.

Mesurer le volume drainé dans les collecteurs.

Vider et/ou remplacer le drainage (redon, réservoir du liquide du système vacuum...).

Ranger le matériel collecteur.

Item L2 : Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain**

L200 : Soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain

Les soins aux plaies suturées et/ou aux orifices de drain consistent à :

- les soins aux plaies suturées (agrafes, fils, clips, stéri-strips, colle) avec la présence ou non d'un redon, ou d'une lamelle dans la suture ou dans les alentours;
- les soins à un orifice de drain thoracique;
- les soins à un orifice de sonde suspubienne ou de sonde de gastrostomie;
- les soins aux orifices de fixateurs externes;
- les soins aux points de ponction (par ex. ponction de foie).

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « les soins aux plaies ».

(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Nettoyer et/ou désinfecter la plaie fermée chirurgicalement ou le nettoyage ou la désinfection d'un orifice de drain.

Contrôler et surveiller la plaie.

Ranger le matériel.

Item L3 : Soins simples de plaies ouvertes**

L300 : Soins simples de plaies ouvertes

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « les soins simples aux plaies ouvertes ».

(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Enfiler/ôter les gants.

Ôter le pansement.

Nettoyer et/ou désinfecter la plaie simple ouverte.

Observer la plaie pendant le soin (taille, profondeur...).

Appliquer un pansement protecteur comme : pansement actif (type hydrogel, hydro colloïde, alginate), tulle gras, pommade....

Ranger le matériel.

Item L4 : Soins complexes de plaies ouvertes**

L400 : Soins complexes de plaies ouvertes

Un soin complexe de plaie ouverte consiste en un nettoyage et/ou une désinfection de la plaie avec application d'un pansement protecteur ET au moins un des soins suivants:

- irrigation d'une plaie profonde à l'aide d'une sonde;
- douche/bain (hydrothérapie);méchage;placement d'un système d'aspiration sous vide; placement de lumière polarisée;
- repositionnement d'un skin tear (greffe de peau);
- débridement, curetage ou placement de larves ou de sangsues.

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.
Informé le patient sur « les soins complexes de plaies ouvertes ».

(Re)positionner le patient correctement.

Ôter le pansement.

Manipulation des mèches.

Hygiène des mains.

Enfiler/retirer les gants.

Réaliser un soin complexe de plaie ouverte.

Appliquer un pansement protecteur.

Ranger le matériel.

Item L5 : Soins aux lésions dermatologiques**

L500 : Soins aux lésions dermatologiques

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur les lésions dermatologiques et leurs soins .

(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Enfiler/retirer les gants.

Contrôle et suivi des lésions dermatologiques.

Ôter/appliquer les pansements/bandages.

Appliquer de la pommade spécifique pour traiter une ou plusieurs affections dermatologiques sans altération de la barrière cutanée (par exemple : urticaire, psoriasis, gale,).

Ranger la matériel.

CLASSE N : Perfusion tissulaire

Item N1 : Administration de sang et de composants sanguins.**

N100 : Administration de sang et de composants sanguins.

Rassembler le matériel et/ou produits à administrer et les apporter.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur «l'administration de sang et de composants sanguins» et sur les signes de réactions péri/post transfusionnelles.

Test de compatibilité.

Prendre des mesures de protection personnelle.

Hygiène des mains.

Contrôle de la perméabilité du cathéter.

Rinçage du cathéter après transfusion.

Administration de produits sanguins et surveillance des éventuelles réactions péri/post transfusionnelles.

Ranger le matériel.

Sont considérés comme des produits sanguins et composants sanguins:

- Sang complet,
- Concentré érythrocytaire,
- Concentré plaquettaire,
- Concentré leucocytaire,
- Plasma frais congelé,
- Cellules souches hématopoïétiques,
- Facteurs de coagulation,
- Immunoglobulines.

Item N2 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès SC, IV, artérielle, intra-osseuse, intraspinale, intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, péridurale.**

N200 : Surveillance et/ou soins aux voies d'accès SC, IV, artérielle, intra-osseuse, intraspinale, intra-thécale, intra-péritonéale, intra-pleurale, intra-ombilicale, péridural.

(Par voie d'accès, nous entendons, une porte d'entrée corporelle par un cathéter implanté ou non)

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informier le patient et/ou la personne significative sur « la surveillance et/ou soins aux voies d'accès artificielles ».

Hygiène des mains.

Prendre de mesures de protection personnelle.

Remplacement du cathéter.

Gérer et entretenir une ou plusieurs voies d'accès artificielles: changement de trousses, de pansements...

Surveiller l'apparition de signes de phlébite.

Ranger le matériel.

Item N3 : Prélèvements sanguins veineux.**

N300 : Prélèvements sanguins veineux.

Rassembler et se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur « les prélèvements sanguins veineux ».

Hygiène des mains.

Prendre des mesures de protection personnelle.

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel dans la chambre.

Préparation et identification des tubes.

Vérification des tubes et concordance avec les bons de demande d'analyse.

Examiner la zone afin de déterminer le point de ponction.

Prélèvement d'un échantillon de sang veineux.

Collecter le sang dans les tubes.

Surveiller le saignement du point de ponction.

Mettre un pansement sur le point de ponction.

Ranger le matériel d'une manière sûre.

Item N4 : Prélèvements sanguins artériels**

N400 : Prélèvements sanguins artériels

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informer le patient sur « les prélèvements sanguins artériels ».

Hygiène des mains.

Prendre des mesures de protection personnelle.

(Re)positionner le patient correctement.

Préparer le matériel dans la chambre.

Préparation et identification des tubes.

Vérification des tubes et concordance avec les bons de demande d'analyse.

Prélèvement d'un échantillon de sang artériel.

Collecter le sang dans les tubes.

Ranger le matériel d'une manière sûre.

Item N5 : Prélèvements sanguins capillaires.**

N500 : Prélèvements sanguins capillaires.

Rassembler et se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « les prélèvements sanguins capillaires ».

Hygiène des mains.

Vérification des tubes et de la concordance avec les bons de demande d'analyse.

Prélever un échantillon de sang capillaire.

Assurer la bonne conservation et le transport adéquat des prélèvements.

(Re)positionner le patient correctement.

Ranger le matériel.

Item N6 : Assistance cardio-circulatoire électrique**

N600 : Assistance cardio-circulatoire électrique

Rassembler et apporter le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « l'assistance cardio-circulatoire électrique ».

Surveillance de l'alitement du patient si pace maker temporaire.

Surveillance du fonctionnement du pace maker externe: observer si "pacing" ou "sensing".

Lecture du réglage et surveillance de la pile du pace maker.

Désinfecter les électrodes externes.

Refaire le pansement.

Ranger le matériel.

DOMAINE 3 : Comportement

CLASSE O : Thérapie comportementale

Item O2 : Soins aux troubles comportementaux**

O200 : Soins aux troubles comportementaux

Chez des patients avec des troubles comportementaux et de développement (par ex. : syndrome hyperkinétique, phobies, automutilation, anorexie et boulimie) est créé un environnement sécuritaire et thérapeutique pour que les comportements négatifs des patients soient diminués.

En pratique, un problème infirmier doit être constaté et expliqué ; un programme individuel doit être mis au point, suivi et évalué dans le but d'une communication directe avec le patient.

CLASSE P : Thérapie cognitive

Item P1 : Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif**

P100 : Soins liés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un déficit cognitif

Communication directe entre le patient et le prestataire des soins.

Observation directe, intervention.

Exécution de thérapies suivantes :

Restructuration cognitive: remise en cause des propos intérieurs que se dit un patient présentant des troubles de la pensée afin de le ramener à une perception plus réaliste de lui-même et de son environnement.

Stimulation cognitive : utilisation de différents stimuli pour favoriser chez un patient une prise de conscience et une meilleure compréhension de son environnement.

Entraînement de la mémoire : pratique d'exercices propres à développer la mémoire du patient.

Orientation dans la réalité : emploi de divers moyens pour permettre à un patient de s'orienter dans le temps, dans l'espace et par rapport aux personnes (par ex. mettre une horloge et un calendrier en évidence, plaques nominatives, conversations pour orienter les patients, ...).

Thérapie par la réminiscence : utilisation du rappel des événements, des pensées et des émotions passées afin de faciliter l'adaptation aux circonstances actuelles.

Evaluation de la thérapie

CLASSE Q : Amélioration de la communication

Item Q1 : Amélioration de la communication**

Q100 : Amélioration de la communication

Rassembler le matériel : ardoise, papier et bic, clavier, dessin ou tableau de communication, braille....., hors de la chambre du patient.

Se déplacer avec le matériel.

Informé le patient et/ou la personne significative sur l'utilisation de matériel pour améliorer la communication.

Utilisation d'une ardoise, papier et bic, clavier, dessin ou tableau de communication, braille ou autre matériel, pour améliorer la communication près des patients avec des

difficultés de communication comme conséquence d'une déficience visuelle, auditive et/ou d'expression verbale de toute origine.

Stimuler, encourager le patient à la communication.

CLASSE R : Aide aux stratégies d'adaptation

Item R1 : Soutien émotionnel**

R110 : Soutien émotionnel de base

Permettre par des interventions infirmières au patient, à sa famille ou à une personne significative d'exprimer ses/leurs sentiments, favoriser des moments de silence et apporter un soutien dans les moments difficiles.

Les interventions infirmières suivantes sont des exemples d'interventions qui justifient le soutien émotionnel de base :

1. insufflation d'espoir - stimulation à adopter une attitude constructive dans une situation donnée.
2. soutien psychologique - manifestations de réconfort, d'encouragement et d'acceptation qu'on apporte à une personne qui traverse une période de stress.
3. présence - être auprès d'une personne qui en a besoin.
4. amélioration de la capacité d'adaptation - soutien à apporter à un patient afin qu'il s'adapte au stress, à des changements ou à des événements menaçants qui l'empêchent d'exercer ses différents rôles et de faire face aux exigences de la vie.

R120 : Soutien émotionnel particulier

Soutien émotionnel du patient , de sa famille ou à une personne significative⁴ par différentes interventions infirmières afin d'éviter une situation de crise, notamment :

Quelques exemples :

réaction d'anticipation - aide apportée à un patient en prévision d'une crise situationnelle ou d'une crise de croissance.

aide à la prise de décision difficile - information et soutien à fournir à un patient ou à une personne significative qui doit prendre une ou des décisions relatives aux soins nécessaires à sa santé.

communication de la vérité - divulgation de la vérité en totalité ou en partie et en temps opportun afin de favoriser l'autonomie et le bien-être du patient.

R130 : Prise en charge d'une situation de crise émotionnelle

Soutien du patient, de sa famille ou d'une personne significative lors d'une situation de crise émotionnelle.

Une situation de crise émotionnelle est débordement émotionnel face à un événement exceptionnel ou une situation imprévue.

Une ou plusieurs infirmières sont présentes exclusivement chez ce patient, sa famille ou une personne significative pour l'accompagner de manière intensive.

CLASSE S : Education du patient

Item S1 : Sensibilisation et éducation spécifique**

S100 : Sensibilisation et éducation spécifique

Cet item concerne le patient, la famille ou toute autre personne significative.

Créer un climat propice au dialogue.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Donner de soins éducatifs dans le but d'informer ou de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences (processus de la maladie, gestion de la

médication prescrite, prise en charge de la chimiothérapie ou de la dialyse péritonéale,...).

Il peut s'agir de l'information occasionnelle (donner des explications supplémentaires sur des sujets apportés par le patient ou l'infirmière)

OU

L'éducation est planifiée, le programme peut faire partie d'un plan de soins standard pour une certaine population ou peut être un plan de soins individuel par patient.

(Exemple: plan de soins d'éducation à l'autonomie du patient ayant subi une trachéostomie.)

Évaluer si le patient a bien compris les informations/les instructions.

Item S2 : Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique**

S200 : Education concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient

Éducation concernant une intervention chirurgicale ou une intervention diagnostique à l'attention du patient ou de personnes significatives.

Celle-ci peut-être occasionnelle (non planifiée) ou structurée (le programme peut faire partie d'un plan de soins standard pour une certaine population ou peut être un plan de soins individuel par patient).

DOMAINE 4 : Sécurité

CLASSE V : Gestion du risque

Item V1** : Prévention de plaies de décubitus : utilisation de matériel de prévention dynamique

V100 : Prévention des plaies de décubitus : utilisation de matériel de prévention dynamique

Rassembler le matériel pour la prévention d'escarres hors de la chambre du patient.

Se déplacer avec le matériel.

Ranger et nettoyer éventuellement le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient, la famille et une personne significative concernant les mesures de prévention.

Installer le matériel dynamique de prévention : (par exemple : matelas alternating, matelas dynamique, lit fluidisé,) dans la chambre du patient, sur le lit du patient.

Réglage du matériel et vérification des paramètres régulière.

Transférer le patient pour l'installation du matelas et le re-installer dans son lit.

Item V2 : Prévention des plaies de décubitus : changements de position.**

V200 : Prévention de plaies de décubitus : changements de position.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient et/ou la personne significative sur les changements de position.

Contrôle de l'efficacité de la prévention.

La prévention est faite en mobilisant régulièrement le patient (en fonction d'un schéma de mobilisation).

Changements de positions avec/sans utilisation de matériel de prévention

Item V3 : Surveillance des paramètres vitaux (coeur, poumons, température corporelle) : monitoring continu**

V300 : Surveillance des paramètres vitaux (coeur, poumons, température corporelle) à l'aide d'un monitoring continu

Rassembler le matériel de monitoring hors de la chambre du patient.

Vérification du bon fonctionnement du matériel.

Apporter le matériel.

Informé le patient et/ou la personne significative sur la surveillance des paramètres vitaux à l'aide du monitoring continu.

Hygiène des mains.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Vérification du bon fonctionnement de l'appareil et des signaux reçus.

Placement des capteurs et réglage des paramètres des appareils.

Contrôle de la position des électrodes.

Collecte et suivi des paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et d'éviter des complications et ce, à l'aide d'un monitoring continu d'un ou de plusieurs de ces 13 paramètres (liste limitative) :

- fréquence respiratoire;
- fréquence cardiaque et/ou tracé ECG = 1 paramètre;
- température corporelle périphérique;
- température corporelle centrale;
- mesure de CO₂;
- saturation en oxygène;
- pression de l'oreillette gauche;
- monitoring fœtal.

Item V4 : Surveillance des paramètres vitaux (coeur, poumons, température corporelle) : monitoring discontinu**

V400 : Surveillance des paramètres vitaux (coeur, poumons, température corporelle) à l'aide d'un monitoring discontinu

Rassembler le matériel hors de la chambre du patient.

Vérification du bon fonctionnement du matériel.

Apporter le matériel
Informé le patient et/ou la personne significative sur la surveillance des paramètres avec un monitoring discontinu.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

(Re)positionner le patient correctement.

Hygiène des mains.

Collecter et analyser les paramètres cardio-vasculaires, pulmonaires et de température corporelle afin de déceler et d'éviter des complications et ce, de manière discontinue.

Liste limitative :

fréquence respiratoire;

fréquence cardiaque, tracé ECG (toutes dérivations);

température corporelle périphérique;

mesure de CO₂;

pression artérielle (systolique et diastolique);

saturation en oxygène;

température corporelle centrale;

pression artérielle pulmonaire;

pression veineuse centrale;

débit cardiaque;

saturation veineuse en oxygène;

pression de l'oreillette gauche;

monitoring fœtal.

Item V5 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique**

V500 : Prélèvements tissulaires ou de matériel organique

Rassembler les récipients pour le prélèvement tissulaire ou le matériel organique.

Se déplacer avec le matériel ou le prélèvement.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Hygiène des mains.

Informer le patient sur « les prélèvements ».

Préparer le matériel.

(Re)positionner le patient correctement pour faire le prélèvement.

Prendre les mesures nécessaires pour faire le prélèvement de manière hygiénique et /ou stérile.

Récolter le prélèvement tissulaire ou le matériel d'excrétion dans un récipient adapté.

Ranger le matériel.

Re-installation du patient.

Assurer la conservation et le transport adéquat des prélèvements vers le laboratoire.

Item V6 : Mesures d'isolement : précautions additionnelles**

V600 : Mesures d'isolement : précautions additionnelles

Prendre les mesures nécessaires afin d'éviter la propagation des germes.

Rassembler le matériel nécessaire, l'installer et procéder à l'identification du type de précautions additionnelles sur la porte de la chambre.

Se déplacer avec le matériel.

Mettre et ôter le matériel de protection : tablier, masque, gants.... avant d'entrer et à la sortie de la chambre.

Entretien du matériel Informer le patient, sa famille et/ou la personne significative sur les mesures d'isolement additionnelles et les raisons pour les prendre.

Déménager éventuellement le patient vers une chambre individuelle ou chambre à isolement.

Mettre le matériel de protection nécessaire (par exemple masque, gants, tablier, désinfectant,.....en rentrant dans la chambre) et enlever le matériel (en sortant de la chambre).

Prendre des mesures spécifiques pour l'élimination des déchets/du matériel provenant de la chambre du patient et qui est potentiellement dangereux pour la propagation de germes.

Informer le patient, sa famille et/ou la personne significative sur les mesures d'isolement additionnelles et les raisons pour les prendre.

Déménager éventuellement le patient vers une chambre individuelle ou chambre à isolement.

Mettre le matériel de protection nécessaire (par exemple masque, gants, tablier, désinfectant,.....en rentrant dans la chambre) et enlever le matériel (en sortant de la chambre).

Prendre des mesures spécifiques pour l'élimination des déchets/du matériel provenant de la chambre du patient et qui est potentiellement dangereux pour la propagation de germes.

Modalités de score :

1 = présence minimum d'au moins deux de ces « barrières » :

-port du tablier

-port du masque

-port de gants

-mesures particulières pour l'élimination des déchets / du matériel.

2 = isolement architectural avec 3/4 des précautions reprises ci-dessus.

-port du tablier

-port du masque

-port de gants

-mesures particulières pour l'élimination des déchets / du matériel.

Item V7 : Soins liés à la désorientation : mesures de protection.**

V700 : Soins liés à la désorientation : mesures de protection.

Rassembler le matériel nécessaire (hors de la chambre) pour fixer le patient ou pour réduire sa mobilité.

Vérification du matériel de contention.

Se déplacer avec le matériel.

Informé le patient et/ou la personne significative de la nécessité de la contention.

Prendre de mesures pour calmer le patient.

Mettre, contrôler et ôter les mesures de contention utilisées afin de réduire la mobilité du patient.

Prévention des lésions pouvant être provoquées par le matériel de contention.

Contrôler les points de fixation.

Surveillance et évaluation du patient pendant la contention.

Ôter la contention.

Réduction de la mobilité du patient désorienté à sa chambre, à une partie ou l'entièreté de l'unité.

Évaluation de la méthode utilisée.

DOMAINE 5 : Famille

CLASSE X : Soins relatifs au cycle de la vie

Item X1** : Rooming-in

La famille ou la personne significative qui reste auprès du patient pendant la majeure partie de la journée et la nuit entière dans la chambre d'hôpital, dans le bût de l'accompagner.

X100 : Rooming-in

Communication (dans la chambre du patient) entre le prestataire de soins, la famille ou la personne significative qui reste auprès du patient pendant la majeure partie de la journée et la nuit entière dans la chambre d'hôpital, dans le bût de l'accompagner.

Installer le matériel dans la chambre pour l'hébergement (lit, fauteuil, draps...) et assurer le service d'hôtellerie (repas).

DOMAINE 6 : Systèmes de santé

CLASSE Y : Médiation au sein des systèmes de santé

Item Y1 : Médiation interculturelle**

Y100 : Médiation interculturelle

Négociation / échanges concernant les différences existantes dans la conception de la santé et/ou des soins avec le patient ou une personne significative⁴. Cet item peut se scorer quand une réunion a été organisée entre l'équipe soignante, le médiateur interculturel de l'hôpital (A.R. 25/04/2002, art 80, 2^o) et le patient, avec ou sans la présence de la famille et/ou d'un chef spirituel.

Négociations et entretien entre l'équipe soignante, le médiateur interculturel de l'hôpital et le patient, avec ou sans la présence de la famille et/ou de la personne significative et/ou d'un chef spirituel, concernant les différences existantes dans la conception de la santé.

Item Y2 : Anamnèse infirmière**

Y200 : Anamnèse infirmière

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité, le confort et le respect de la vie privée du patient.

Bilan des besoins en soins infirmiers du patient à un moment donné par observation du patient et dialogue structuré ou non avec lui, sa famille et/ou une personne significative. Ce bilan a pour conclusion la mise en évidence des problèmes en soins infirmiers du patient et permet l'élaboration du plan de soins.

Exemple de questions :

- Qui est le patient ?
- Quelles sont ses préoccupations ?
- Comment réagit-il à différentes situations ?
- Quelles sont ses habitudes de vie ?
- Quelles sont ses attentes par rapport à l'hospitalisation ?
- Quels sont ses besoins ?
- Quel est son état de dépendance ?
- Quels sont ses antécédents médicaux et chirurgicaux ?

CLASSE Z : Gestion du processus de soins et de l'information.

ItemZ1 : Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psycho-sociale.**

Z100 : Evaluation (assessment) fonctionnelle, mentale, psycho-sociale.

Évaluation systématique d'un état fonctionnel (par exemple: échelle Instrumental Activities of Daily Living de Lawton), mental (Mini Mental State Examination) ou psychosocial (Geriatric Depression Scale) d'un patient à l'aide d'un instrument de mesure.

Item Z2 : Assistance médicale aux actes médicaux non déléguables.**

Z200 : assistance médicale aux actes médicaux non déléguables.

Rassembler le matériel nécessaire.

Se déplacer avec le matériel.

Prendre les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intimité et le confort du patient.

Informé le patient sur « l'assistance médicale à l'acte médical non-déléguable ».

Préparer le matériel.

Positionner et installer le patient.

Assister le médecin pour la réalisation de l'examen ou du traitement.

Soutien (émotionnel - physique) au patient pendant l'examen ou le traitement.

Identification des prélèvements et envoi/ transport au laboratoire.

Ranger le matériel.

Item Z3 : Contacts multidisciplinaires**

Z300: Contacts multidisciplinaires

Discuter, planifier et évaluer les soins aux patients avec les praticiens professionnels d'autres disciplines. En plus de la discipline infirmière ou accoucheuse, deux autres disciplines doivent être représentées. Le moment de concertation n'est pas spontané mais doit être planifié.

Item Z4 : Contacts avec les autres institutions.**

Z400 : Contacts avec les autres institutions.

Prendre les mesures nécessaires pour garantir le respect à la vie privée du patient.

Informez le patient, la famille et/ou la personne significative.

Obtenir des informations relatives au patient et aux soins qui lui sont administrés auprès des prestataires de soins d'autres établissements (médecin traitant, maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...) ou la personne significative pour être informé de la situation du patient avant son hospitalisation.

ET / OU

Fournir des informations relatives au patient et aux soins qui lui sont administrés aux prestataires de soins d'autres établissements (médecin traitant, maison de repos, maison de repos et de soins, soins à domicile,...) ou la personne significative, dans le but de prendre des dispositions visant à organiser la prise en charge des soins du patient par d'autres prestataires de soins dans d'autres établissements ou structures de soins (ex : soins à domicile) à l'exclusion de la prise en charge sociale (repas à domicile,...).

Bijlage 4: Goedkeuring ethisch comité



ETHISCH COMITE / ETHICS COMMITTEE

Universitair Ziekenhuis / University Hospital

De Pintelaan 185

9000 Gent

ethisch.comite@ugent.be

tel. +32 9 240 33 36 - +32 9 240 26 88 - +32 9 240 56 13 - +32 9 240 59 25
fax +32 9 240 49 62



Project EC UZG 2006/186

(door onderzoeker en sponsor te vermelden bij alle verdere correspondentie/to be mentioned in all further correspondence by investigator and sponsor)

Ontwikkeling van een personeelsmodule op basis van de MVG2-dataset.
Ontwikkeling van een instrument om het verpleegkundig en verzorgend personeel intern binnen het verpleegkundig departement op een objectieve wijze te (her-)verdelen op basis van de geactualiseerde minimale verpleegkundige gegevens.

- * Adviesaanvraagformulier dd. 23/05/2006
- * Aanvullend adviesaanvraagformulier dd. 22/05/2006 (Volledig ontvangen dd. 24.05.2006)
- * Begeleidende brief dd. 24/05/2006
- * Antwoord onderzoeker dd. 15/06/2006 op opmerkingen EC dd. 13/06/2006
- * Patiënten informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie cfr. brief onderzoeker dd. 15/06/2006)
- * Informatieformulier voor de verpleegkundigen (aangepaste versie cfr. brief onderzoeker dd. 15/06/2006)

Advies werd gevraagd door:

De heer L. SCHOUPPE, Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 22/06/2006
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met het Trial Bureau (09/240 89 99).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 22/06/2006
Before initiating the study, please contact the Trial Bureau (09/240 89 99).**

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 13/07/2006

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 13/07/2006

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtout dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. R. RUBENS

Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent - Trial Bureau
UZ Gent - Beheer en algemene directie
Directoraat Generaal Geneesmiddelen - Unit IX, Klinische Studies; Bisschoffsheimlaan 33 1000 Brussel

ETHISCH COMITE
Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185
Gent

2003-2007

Voorzitter: Prof. dr. R. RUBENS (UZG – endocrinoloog, ♂)
Secretaris: Prof. dr. D. MATTHYS (UZG – kindercardioloog, ♂)

Leden:

Prof. dr. mr. T. BALTHAZAR (jurist, ♂)
Dr. G. DE CUYPERE (UZG – psychiater, ♀)
Prof. dr. J.J. DE LAEY (UZG – oogheekundige, ♂)
Prof. dr. A. DE PAEPE (UZG – medische genetica, ♀)
Dhr. D. GOEMINNE (UZG – verpleegkundige, ♂)
Prof. dr. F. MORTIER (moraalfilosoof, ♂)
Prof. dr. M. TEMMERMAN (UZG – gynaecoloog, ♀)
Prof. dr. L. VAN BORTEL (UZG – klinisch farmacoloog, ♂)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)
Dr. J. VAN ELSSEN (huisarts, ♂)
Mevr. L. VAN LAERE (UZG – verpleegkundige, ♀)
Prof. dr. F. VERMASSEN (UZG – vasculair chirurg, ♂)
Prof. dr. G. VERSCHRAEGEN (UZG – bacterioloog, ♀)

Aanvullende experten ook betrokken bij de beoordeling van de protocols:

- Prof. em. dr. M. BOGAERT (farmacoloog, ♂)
- Mevr. E. KESTENS (UZG – apotheker, ♀)
- Mevr. M. QUAGHEBEUR (UZG – verpleegkundige, ♀)

Aanvullende experten bij pediatrie studies:

- Prof. dr. J. VANDE WALLE (pediater, ♂) en Prof; dr. G. LAUREYS (pediater, ♀)
(indien Prof. dr. D. Matthys betrokken is)
- Prof. dr. C. DHOOGHE (pediater, ♂) (ter vervanging van één van bovenvermelde
pediaters indien betrokken)

Bijlage 5: Tijdstudie: Informatie aan de patiënten en familie



Workload indicator for Nursing Tijdstudie: Info aan de patiënten en familie (VI)



Geachte mevrouw,

Geachte heer,

De verpleegeenheid waar u op dit ogenblik gehospitaliseerd wordt, werkt mee aan een project in opdracht van de Federale Overheid dat tot doel heeft een verpleegkundig werklastinstrument te ontwikkelen op basis van verpleegactiviteiten.

De onderzoekers wensen te meten wat verpleegkundigen in de loop van hun werkdag allemaal doen. Het zal er op neer komen dat u mogelijks bepaalde personen bemerkt die als observatoren aan deze studie deelnemen en informatie dienen te verzamelen. Daartoe zullen ze af en toe ook in uw kamer moeten komen om na te gaan wat uw verpleegkundige uitvoert. Ook dat deel van de observaties is immers belangrijk voor het onderzoek.

Deze wetenschappelijke onderzoekers zijn eveneens verpleegkundigen. Zij zullen echter op geen enkele wijze betrokken worden bij uw verzorging.

Het gehele onderzoek zal op een bescheiden manier gebeuren, zonder dat u als patiënt - of uw verpleegkundige - daarvan last ondervindt.

Uw verpleegkundige zal u om mondelinge toestemming vragen. Indien u weigert deel te nemen zullen wij die beslissing respecteren. Een weigering zal in geen enkele mate uw verdere verzorging beïnvloeden.

In de hoop dat het onderzoek u zo minimaal mogelijk zal storen, danken wij u voor uw begrip en medewerking.

Met de meeste hoogachting,

Het departementshoofd Ver-
pleging

en het projectteam

Bijlage 6: Informatie aan de verpleegkundigen van de afdeling



Workload Instrument for Nursing



Titel en doel van de studie

Doel van de studie is de ontwikkeling van een personeelsmodule op basis van de VG-MZG-dataset; meer bepaald, de ontwikkeling van een instrument om het verpleegkundig en verzorgend personeel intern binnen het verpleegkundig departement op een objectieve wijze te (her-)verdelen op basis van de geactualiseerde Minimale Verpleegkundige Gegevens.

Beschrijving van de studie

Dit onderzoeksproject heeft een totale duur van 12 maanden (1 juni 2006 – 31 mei 2007).

Het wordt gevoerd door de onderzoeksequipe van het UZ Gent onder coördinatie van Luc Schoupe. Partners bij de uitvoering van het project zijn: Prof. Dr. Tom Defloor (Universiteit Gent), Prof. Dr. Ir. Dirk Van Goubergen (Universiteit Gent), Dr. Micheline Gobert (UC Louvain), Prof. Dr. D. Reis Miranda (Rijksuniversiteit Groningen).

De stappen die het projectteam voorzien heeft om het vooropgestelde doel te bereiken zijn te consulteren via de website: www.ebnursing.ugent.be/win .

Procedures

Op uw afdelingen zullen Multi Moment Opnamen (M.M.O.) en/of directe tijdsmetingen uitgevoerd worden. Het uitvoeren van M.M.O. op verschillende verpleegafdelingen is noodzakelijk voor het bepalen van het percentage verpleegkundige activiteiten dat door VG-MZG 'gedekt' wordt ten opzichte van de totale verpleegkundige tijdsbesteding en voor een 'ruwe' bepaling van de tijd die aan de uitvoering van elk zorgitem besteed wordt. Daartoe zullen externe observatoren op willekeurige tijdstippen langs komen op de afdeling en registreren welke activiteit elke individuele verpleegkundige op dat moment aan het uitvoeren is.

Het uitvoeren van directe tijdsmetingen op verschillende verpleegafdelingen is noodzakelijk voor het bepalen van de 'exacte' tijd voor het uitvoeren van de items die voorkomen in de VG-MZG. Daartoe zullen externe observatoren één of meerdere verpleegkundigen op de voet volgen en telkens registreren hoe lang het uitvoeren van een verpleegkundige activiteit (item uit VG-MZG) duurt.

Deze metingen worden steeds gecombineerd met de subjectieve mening van de verpleegkundigen over de werklust tijdens hun shift.

Wat wordt verwacht van de deelnemer?

Van u als verpleegkundige wordt enkel verwacht dat u uw verpleegkundige activiteiten op dezelfde manier uitvoert als u anders zou doen. Dit betekent op dezelfde wijze en aan hetzelfde tempo.

Deelname en beëindiging

De deelname aan deze studie vindt plaats op vrijwillige basis.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met het koninklijk besluit van 8 december 1992 en het koninklijk besluit van 22 augustus 2002, zal u persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en zal u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven.

Contactpersoon

Als U aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt U in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met Luc Schoupe (09/240.21.57) of Dries Myny (09/240.64.12).

Wij wensen u alvast te bedanken voor uw bereidwillige medewerking.

Luc Schoupe

Projectleider WiN

Projectteam WiN

Bijlage 7: Brief aan de ziekenhuizen voor testregistratie

Aan de ziekenhuisdirecties / MVG-coördinatoren van de ziekenhuizen die wensen deel te nemen aan de testregistratie

Betreft: uw participatie aan het WiN-project (bestaffing op basis van VG-MZG)

Geachte,

We wensen u alvast te danken voor de kans die we krijgen om een aantal facetten van het WiN-onderzoeksproject in uw ziekenhuis te meten.

(Interne bestaffing van verpleegkundigen op basis van de geactualiseerde MVG - *project in opdracht van de federale overheidsdiensten Wetenschapsbeleid en Volksgezondheid*).

Om misverstanden maximaal te voorkomen, geven wij hier een aantal praktische afspraken mee rond het aanmaken en versturen van de geregistreerde gegevens:

1. We hadden de data graag ontvangen volgens het gewenste formaat van de overheid - zie technische handleiding MZG (versie november 2006).

Onze interesse beperkt zich tot:

- a. Het domein verpleegkundige gegevens (technische handleiding p. N1-N2)
- b. Het domein personeelsgegevens (technische handleiding p. P 1-P7)

Het is dan ook voldoende enkel deze domeinen naar ons door te sturen onder de vorm van een txt.file met als respectievelijke namen: naamziekenhuis_vpk en naamziekenhuis_pers.

Als bijkomende opmerking willen we vragen om voor het domein personeelsgegevens bij veld 8 'Aantal werknemers per categorie voor de periode', indien mogelijk te kiezen voor het doorgeven van de functies (i.p.v. de kwalificatiegraden).

2. Daarnaast willen we u vragen om ons per verpleegafdeling zowel de globale personeelsnorm (of formatieplaatsen) als de norm opgesplitst per functie door te geven. Om volledige uniformiteit te bekomen vragen wij u om ons deze data te bezorgen op basis van het in bijlage toegevoegd Excel[®]-bestand.

Onder personeelsnorm verstaan wij het aantal budgettaire fulltime equivalenten (verpleegkundigen, logistieke assistenten, ...) die 'op jaarbasis' zijn toegewezen aan een verpleegafdeling.

3. Gelieve ons de registratie van een volledige week te bezorgen zodat we ook het weekendeffect in kaart kunnen brengen.

4. Omdat we de tijdslimiet voor het afwerken van het WiN-project (31 mei) absoluut niet willen overschrijden, zouden wij uitdrukkelijk willen vragen om ons de data tegen **ten laatste 17 april** te bezorgen.

5. We willen er zeker van zijn dat we bij het ontvangen van uw data niet voor verrassingen (zeg maar bijkomend hercodeerwerk) komen te staan. Daarom willen we zo vrij zijn u te vragen ons vóór 1 maart de twee gevraagde bestanden voor één 'test'-record (dat mag een 'fictieve-patiënt' zijn) door te sturen. Zo kunnen we vooraf vaststellen of er nog mogelijke onduidelikheden of misverstanden zijn.

6. In functie van het onderzoek zou het heel interessant kunnen zijn om dagelijks van elke hoofdverpleegkundige een subjectieve inschatting te krijgen over de werklust op de afdeling. Omdat dit niet eerder met u werd gecommuniceerd, willen we u vragen of u met deze bijkomende vraag akkoord kan gaan.

Wij van onze kant verbinden er ons 'contractueel' toe dat de verkregen data enkel zal gebruikt worden bij de verdere uitwerking van het WiN-project dat wordt beëindigd op 31 mei 2007. De privacy van de patiënten is reeds gegarandeerd vanuit de structuur en de inhoud van de aangeleverde bestanden.

Nadat we de data van u hebben ontvangen zullen wij achtereenvolgens:

1. de data analyseren en aan de voorlopige ponderatielijst koppelen.
2. een poging doen om de personeelsnorm per ziekenhuis te herverdelen over de geregistreerde verpleegafdelingen.
3. dit voorstel voorleggen aan de deelnemende ziekenhuizen met de vraag feedback te geven naar (h)erkenbaarheid.
4. afhankelijk van de vorige fase de ponderatielijst eventueel bijsturen.

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.

Met bijzondere groeten en steeds bereid tot nader overleg,

Voor het WiN-team,

Dries Myny

Bijlage: Excel[®]-bestand voor het aanduiden van de formatieplaatsen per afdeling (=norm_naamziekenhuis)

Handleiding voor het werken met de WiN-simulator

1. Voorbeschouwingen

1.1. Welke medewerkers worden in de simulator opgenomen?

- In de simulator werden alle niet-paramedische functies opgenomen. Dit betekent volgens de ‘technische handleiding MZG’ van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu (p.P3), concreet :
 - Hoofdverpleegkundige en hoofdverloskundige (F24104, 24104, 24164)
 - Adjunct-hoofdverpleegkundige en adjunct-hoofdverloskundige (F24105, 24105, 24165)
 - Verpleegkundige en vroedvrouw (F24200, 24200, 24166)
 - Verzorgende (F25206, 25206)
 - Logistiek assistent (F25300, 25300)

1.2. Hoe gebeurt de verdeling?

In de herverdeling van het personeel zijn er twee elementen opgenomen:

1. Personeelsgegevens
2. Wegensfactoren op basis van VG-MZG

Stapsgewijs worden volgende bewerkingen uitgevoerd door de opeenvolgende queries:

1. Personeelsgegevens

- De bedindexen worden beperkt tot kenletters C, D en G
- De functies worden beperkt tot niet-paramedici (cfr supra).
- Het totaal aantal FTE per afdeling wordt bepaald.
- Daar VG-MZG 47,3% van de totale verpleegkundige tijd verklaart, wordt dit aandeel FTE per afdeling verdeeld.
Vb. een afdeling met 21 FTE → daarbij worden 11 FTE niet verdeeld (= FIX), maar worden 10 FTE als 'te verdelen' aangeboden.
- De som van het aantal te verdelen FTE voor het ziekenhuis wordt bepaald.

2. Wegensfactoren op basis van VG-MZG

- De bedindexen worden beperkt tot kenletters C, D en G.
- Aan elk record (= 1 VG-MZG-score van 1 patiënt op 1 dag) wordt een tijd toegekend.
- Respectievelijk per dag, per periode en per jaar wordt de totaalscore per patiënt bepaald.
- De totaalscore voor alle patiënten van een ziekenhuis wordt bepaald
- De totaalscore van alle patiënten van een afdeling wordt afgezet tegenover de totaalscore van het ziekenhuis om te komen tot een percentage.

3. Herverdeling

- Elke afdeling krijgt een procentuele verdeling van het totaal aantal 'te verdelen' FTE toegewezen.
- De som wordt gemaakt van het aantal paramedici en het FIX aantal FTE (beide zijn constant gebleven) met het nieuw aantal FTE dat in de verdeling werd opgenomen.

2. Werken met de simulator

2.1. Voorbereiden van de data

Stap 1:

- Registreer VG-MZG volgens de regels, vermeld in de codeerhandleiding versie 1.3 opgesteld door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.
- Maak vervolgens tabellen volgens de databasestructuur zoals omschreven in de technische handleiding van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu (versie november 2006).
- Voor de WiN-simulator dienen volgende 3 tabellen als .txt bestand aange- maakt te worden:

XXX-Z-VERS-N- ITEMSNIC-YYYY- PP.txt	XXX-Z-VERS-P-EMPLOPER- YYYY-PP.txt	XXX-Z-VERS-P- EMPLODAY-YYYY- PP.txt
CODE_AGR	CODE_AGR	CODE_AGR
YEAR_REGISTR	YEAR_REGISTR	YEAR_REGISTR
PERIOD_REGISTR	PERIOD_REGISTR	PERIOD_REGISTR
STAYNUM	CODE_CAMPUS	CODE_CAMPUS

ORDER_UNIT	CODE_UNIT	CODE_UNIT
YEAR_OBSERV	QUARTER_REGISTR	YEAR_OBSERV
MONTH_OBSERV	P1_Q_OR_F	MONTH_OBSERV
DAY_OBSERV	P1_CODE_QUAL_FUNCTION	DAY_OBSERV
N1_CODE_ITEMSNIC	P1_NUMBER_FTE_PAYED	P2_CODE_CAT
N1_SCORE_ITESNIC	P1_NUMBER_FTE_38_WEEK	P2_PART_TEAM
	P1_NUMBER_FTE_PERSONS	P2_HOURS_PREST
		P2_MINUTES_PREST

Stap 2: Bijkomende tabel maken

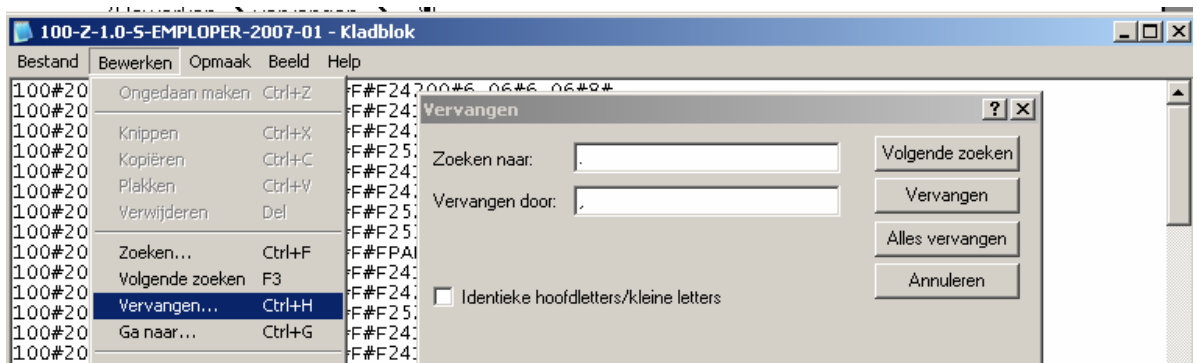
- Maak een koppelingstabel met volgende variabelen:
(De volgorde van de variabelen is daarbij belangrijk!):

XXX-Z-VERS-koppelingstabel-YYYY-PP.txt
STAYNUM
CODE_UNIT
ORDER_UNIT
CODE_BEDINDEX
CODE_AGR

YEAR_OBSERV
MONTH_OBSERV
DAY_OBSERV

Stap 3:


- Vervang in het tekstbestand 'XXX-Z-VERS-P-EMPLOPER-YYYY-PP.txt' alle punten (.) door komma's (,)



2.2. Invoer van data

- Open het Access-bestand "WiN-indicator.mdb" → automatisch opent het startscherm.
- Volg de stappen voor de invoer van de data (= het inlezen van de 4 bestanden) zoals beschreven op het startscherm.

Workload Indicator for Nursing



INVOER DATA

Stap 1:

Hoe tabel XXX-Z-VERS-P-EMPLODAY-YYYY-PP.txt inlezen?

Stap 2:

Hoe tabel XXX-Z-VERS-P-EMPLOPER-YYYY-PP.txt inlezen?

Stap 3:

Hoe tabel XXX-Z-VERS-N-ITEMSNI-YYYY-PP.txt inlezen?

Stap 4:

Hoe XXX-Z-VERS-KOPPELINGSTABEL-YYYY-PP.txt inlezen?

2.3. Analyse van data

- Klik op de knoppen voor het automatisch genereren van rapporten of draaigrafieken met een voorstelling van:
 - De herverdeling van het aantal FTE per afdeling
 - 4 indexen
(Totaalindex – Patiëntenindex – Werklastindex – Personeelsindex)

ANALYSE

Herverdeling aantal FTE per afdeling	Indexen	
Rapport per jaar	Totaalindex	Geeft een beeld van het verpleegkundig volume aan directe en indirecte patiëntenzorg.
Rapport bepaalde periode	Patiëntenindex	Indicator van het gemiddeld verpleegkundig werkvolume aan directe en indirecte patiëntenzorg dat één patiënt per dag met zich mee brengt.
Draaigrafiek per jaar	Werklastindex	Indicator van werklast per uur per verpleegkundige.
Draaigrafiek per periode	Personeelsindex	Theoretisch aantal uren inzetbaarheid aan verpleegkundigen per patiënt per dag
