

# **MINIMALE DATA-SETS IN DE GEZONDHEIDSZORG EN ZORG & WELZIJN**

Mik Suetens en Jan Steyaert<sup>1</sup>

## **1. Inleiding**

Kerstmis van het jaar 0 moesten Jozef en Maria naar hun geboortedorp terugkeren om ‘geteld’ te worden. Toen reeds blijkt er een begeestering bestaan te hebben voor het getalsmatig vatten van sociale werkelijkheden zoals bevolkingsontwikkelingen. Die begeestering wordt ontwikkeld o.a. via de mortaliteitsstatistieken van Graunt in de 17de eeuw en de activiteiten van de socioloog Quetelet (1796). De staat is in de laatste twee eeuwen uitgegroeid tot een belangrijke gegevensverzamelaar op verschillende maatschappelijke domeinen. Binnen de domeinen van de non-profit laat zich dit ook gelden, vb. in de aandacht voor het gebruik van cliëntregistratie (Steyaert, 1992).

Tijdens de laatste jaren ontstonden er verschillende initiatieven omtrent minimale data-sets zoals de minimale klinische gegevens, de minimale verpleegkundige gegevens, de minimale psychiatrische gegevens en recentelijk de minimale welzijnsgegevens en de minimale sociale gegevens. De term minimaal duidt hier enerzijds op een streven de impact van de gegevensverzameling op de feitelijke activiteiten van de organisatie minimaal te houden en anderzijds om slechts een minimaal aantal gegevens te verzamelen, namelijk alleen dat wat nodig is voor omschreven doeleinden. Het inflatoir gegevens verzamelen omdat de techniek daar nu eenmaal sterk in is, wordt op deze wijze tegengegaan.

Deze tekst omschrijft de ontwikkelingen en de belangrijkste kenmerken van elk van deze minimale data-sets.

## **2. Minimale Klinische Gegevens (MKG)**

### **2.1 Historiek**

#### *De UHDDS in de USA*

De idee van de Minimale Klinische gegevens vindt zijn oorsprong in de USA. De UHDDS of ‘Uniform Hospital Discharge Data Set’ is ontstaan naar aanleiding van de verregaande complexiteit van de besluitvorming in de gezondheidszorg. Die complexiteit leidt tot een groeiende vraag naar informatie.

In de eerste helft van de jaren ‘70 ontwerpt het ‘U.S. National Committee on Vital and Health Statistics’ een eenvormige data-set om enige orde op zaken te stellen in de veelheid van gegevensbestanden die in en rond de ziekenhuizen ontstaan zijn. Het resultaat is de UHDDS,

---

<sup>1</sup> Mik Suetens is MPG-coördinator aan de Universitaire Instelling Antwerpen, en mede-auteur van het MWG-rapport.

Jan Steyaert is coördinator van onderzoek en ontwikkeling op het terrein van Zorg & Welzijn bij Causa, afdeling van de Fontys Hogescholen, Eindhoven

aanvankelijk enkel geregistreerd bij het ontslag van Medicare- en Medicaid-patiënten (Meulemans & van Hove, 1986, p. 4: Medicare en Medicaid zijn de twee voornaamste openbare stelsels van ziekteverzekering in de USA), later uitgebreid tot alle ontslagen in de acute ziekenhuissector. De UHDDS maakt meervoudig gebruik mogelijk, kan op permanente wijze ingezameld worden met de inzet van redelijke middelen, waarborgt de privacy van de patiënt en laat tegelijkertijd openbare controle toe.

Bij het ontslag uit het ziekenhuis van iedere patiënt worden gegevens verzameld over de identiteit van de patiënt, het ziekenhuis, de betrokken geneesheren, de diagnose, de behandeling, de ligduur, de uitkomst van de hospitalisatie, de verwachte financieringsbron. De UHDDS wordt ingezameld binnen alle ziekenhuizen, maar de werkwijze kan verschillen. In principe wordt voor elke hospitalisatie een record met initiële informatie geopend. Dit wordt naderhand aangevuld door een speciaal hiervoor opgeleide 'medical record administrator'. Deze abstraheert gegevens rechtstreeks uit het medisch dossier. In grote ziekenhuizen worden soms 'medical record coordinators' aangesteld die vanop de verschillende verpleegafdelingen erop toezien dat de medische dossiers volledig zijn.

De verwerking van de gegevens gebeurt vaak intern door de ziekenhuizen zelf, maar wordt meer en meer contractueel uitbesteed aan service-bureaus. De gegevensverwerking geschiedt steeds voor elk ziekenhuis afzonderlijk.

Wat de onderlinge relaties tussen de ziekenhuizen betreft, zijn de staten zelf verantwoordelijk voor de verzameling en verwerking van het statistisch materiaal. Meestal wordt de uitbouw van een gezondheidsinformatiesysteem opgedragen aan openbare gezondheidsdiensten. Een andere mogelijkheid is de uitbesteding aan een specifiek consortium, een private non-profit organisatie met een bestuur dat representatief is voor de verschillende gebruikers en verstrekkers van informatie, waaronder ook de overheid en de niet-klinische gezondheidszorg.

*De MKG in België* België kent met een tiental jaren vertraging een analoge evolutie als de USA. Na de Tweede Wereldoorlog kennen de gezondheidsvoorzieningen in België jarenlang een expansieve groei. Dat heeft vanaf de jaren '70 talrijke problemen doen ontstaan: een snelle stijging van de kosten enerzijds en een toenemende schaarste van de middelen anderzijds. Een herstructurering van het zorgsysteem dringt zich op, vooral in de ziekenhuizen, waar een proces van rationalisering en van reorganisatie plaatsgrijpt.

Een grotere verantwoordelijkheid van het ziekenhuismanagement is daarvan een gevolg. Tot dan toe was de belangrijkste opdracht van het management het scheppen van voorwaarden, zonder directe impact op het primaire productieproces. Dit houdt een beperking in van het management tot het financieringsbeleid en de grote lijnen van het personeelsbeleid.

Dankzij de oprichting van de medische raad als vertegenwoordigend orgaan, worden de ziekenhuisgeneesheren rechtstreeks betrokken bij de besluitvorming in het ziekenhuis. Dat leidt tot het ontstaan van een volwaardig management, dat echter niet doelgericht kan optreden zonder een degelijk managementsinformatiesysteem. Bedoeling is om wat er zich werkelijk in de ziekenhuissector afspeelt, ook zichtbaar en dus bespreekbaar te maken. Daarom wil men overstappen van kostengegevens naar productiviteitsgegevens, en zijn patiënt-georiënteerde informatiesystemen het meest aangewezen.

Maar deze nieuwe systemen richten zich eerder op het beleid dan op de verdere professionalisering van de klinische zorg. Het onderscheid tussen klinische zorg en beleid is cruciaal in deze context. In de klinische zorg wil de hulpverlener bijna alle aspecten in detail kennen over die ene patiënt om een optimale diagnose en behandeling mogelijk te maken. Het beleid redeneert net

andersom: de beleidsverantwoordelijke wil voor zijn eenheid, afdeling of ziekenhuis enkel die informatie die hij nodig heeft om zijn beleid te bepalen. Vandaar ook de keuze van de term 'minimale' gegevens.

Om veel gegevens over één patiënt samen te brengen, volstaan potlood en papier. Het patiënten dossier is daarvan het voorbeeld bij uitstek. Om enkele gegevens van vele patiënten te verzamelen is de computer echter onontbeerlijk. Voor de inzameling van de minimale beleidsgegevens wordt daarom aangepaste software ontwikkeld.

Voornamelijk uit kostenoverwegingen en uit nood aan gezondheidsinformatie op beleidsniveau, raakt ook de Belgische overheid overtuigd dat het invoeren van welbepaalde informatiesystemen noodzakelijk is. Op 13 oktober 1983 wordt door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een eerste positief advies uitgebracht betreffende de registratie van minimale klinische gegevens. Het voorstel tot MKG-registratie wordt ingediend op basis van een ontwerp van het kabinet van de minister van sociale zaken en institutionele hervormingen. Het advies bevestigt het nut van zulk systeem, maar vindt dat er een experimentele periode moet voorzien worden en dat vooral het nut moet betracht worden voor de praktijkvoering en de behandeling, en voor het ziekenhuisbeleid. In de loop van 1984 wordt dit advies verder uitgewerkt en nogmaals bevestigd.

Vanaf 1 januari 1985 wordt het systeem van MKG verplicht voor alle universitaire ziekenhuizen. Daarnaast worden in de loop van 1985 de algemene ziekenhuizen uitgenodigd om deel te nemen aan een experiment van MKG-verzameling waarvoor extra-personeel ter beschikking wordt gesteld. Op 1 januari 1988 zou deze gegevensverzameling dan veralgemeend worden voor alle Algemene Ziekenhuizen: deze datum wordt naderhand verschoven naar 1 januari 1990. Uiteindelijk wordt via het Koninklijk Besluit van 21 juni 1990 de MKG-registratie veralgemeend tot alle Belgische Algemene Ziekenhuizen. In de praktijk wordt ze ingevoerd vanaf 1 oktober 1990.

In België wordt het invoeren van de MKG-verzameling in enige mate opgedrongen door het nationaal beleid, in het perspectief van kostenberekening. Dit is niet alleen op het vlak van het overheidsbeleid een verenging van mogelijke doelstellingen, er wordt ook onrecht gedaan aan het nut dat deze gegevenssystematiek kan hebben voor andere partners in de ziekenhuiszorg en de wijdere gezondheidszorg. De geneesheren hebben nooit het gebruik van de MKG-gegevens volledig aanvaard, en hebben o.a. gebruik gemaakt van het privacy-argument om het informatiesysteem te boycotten.

## **2.2 Gegevensverzameling en -verwerking**

De gegevens opgenomen in het Belgische MKG-systeem zijn grotendeels dezelfde als die van de UHDDS: enkele in de Belgische context niet-relevante rubrieken zijn niet voorzien, namelijk 'ras' en 'betalingsorganisme', terwijl 'wijze van ontslag' meer uitgewerkt is. De rubriek 'bijzondere technieken van diagnose en behandeling' wordt toegevoegd (voor de Belgische MKG, zie verder Van Hove & Meulemans, 1987, p. 115).

De diagnose en procedures worden volgens dezelfde internationale code geregistreerd, namelijk ICD-9, waardoor beide stelsels zeer vergelijkbaar zijn en interessante comparatieve analyses mogelijk worden. Deze ICD-9 of 'International Classification of Diseases, 9th version', is een onder de auspiciën van de Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde lijst van ziekten. Men verkrijgt een 1.000-tal schakeringen als men op 3 cijfers codeert, een 10.000 schakeringen als men opteert voor de 5-cijfercodering. Aan de ICD-9 gaat een lange geschiedenis vooraf: ze is begonnen als een classificatie van doodsoorzaken in 1893 (versie 1). Met versie 6 uit 1948 wordt ze een volwaardig

stelsel van classificatie van zowel morbiditeit als mortaliteit. In 1991 wordt versie 10 goedgekeurd door de Wereldgezondheidsorganisatie, maar tot nader order wordt in België versie 9 nog gebruikt, zij het dan in een speciale versie, namelijk ICD-9-CM (CM = Clinical Modification).

ICD-9 gaat in principe om een classificatie van ziektebeelden; in het perspectief van kostenbeheersing wordt in 1983 een methode ontwikkeld om op basis van deze code, aangevuld met enkele andere gegevens uit de MKG-set, te komen tot een meer synthetische typologie van patiënten: het DRG (Diagnostic Related Groups)-systeem, dat patiënten typologeert, en niet de ziektebeelden op zich. Via de DRG-classificatie wordt elke mogelijke ziekenhuispatiënt op basis van enkele criteria ingedeeld bij één van de 468 mogelijke types van ziekenhuispatiënten.

Ook de Belgische MKG's laten een omzetting naar DRG toe. Of en hoe er in de Belgische context een pooling van de MKG's uit verschillende ziekenhuizen tot stand zal komen, is nog niet geweten; er is nog maar weinig verwerking gebeurd van de verzamelde gegevens. Voorlopig worden van de MKG enkel de hoofddiagnoses via ICD-9-CM op 3 cijfers nationaal verwerkt. (cf. Nationale Statistieken 1988) Deze hoofddiagnose wordt a posteriori bepaald bij het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is het de diagnose die het verblijf in het ziekenhuis rechtvaardigt en die het best de ziekenhuisconsumptie verklaart. De beoordeling gebeurt het best door de verantwoordelijke zorgverlener.

### **2.3 Toepassingsmogelijkheden van de MKG**

Een registratieproject als dat van de MKG kan enkel uitgroeien tot een doelmatig en geloofwaardig gezondheidsinformatiesysteem, als er niet alleen statistische resultaten zichtbaar worden, maar als deze resultaten ook dynamisch benut worden door uiteenlopende gebruikersgroepen.

Uiteraard situeert zich in het ziekenhuis zelf het meest rechtstreekse gebruik van de ontslaggegevens. Op basis van de bekomen informatie kunnen de medische staf en de ziekenhuisadministratie een dialoog voeren over kwaliteitsbewaking en kostenbeheersing. Een hulpmiddel hiertoe zijn de case-mixgegevens, frequentieverdelingen van verschillende types van ziekenhuispatiënten. Met behulp van variabelen als geslacht, leeftijd, ICD-9-CM ziekteclassificatie, medisch specialisme, ziekenhuisdienst,... , worden patiënten in categorieën ondergebracht, die zinvolle verschillen tot uiting brengen in behoeften aan ziekenhuishulpbronnen. Men kan bijvoorbeeld het totale aantal ontslagen patiënten berekenen en de gemiddelde ligduur voor de verschillende diagnostische groepen. Deze verwerkte gegevens vormen een nuttig instrument om vat te krijgen op de toewijzing van de hulpbronnen binnen het ziekenhuis.

De case-mixgegevens worden ook meer en meer aangewend in de klinische sfeer: bv. i.v.m. comorbiditeit en complicaties bij allerlei aandoeningen (in het kader van infectiecontrole in de ziekenhuizen). Ze kunnen een aanzienlijke bijdrage leveren tot medisch-wetenschappelijk onderzoek, bv. om patiënten met een bepaald ziektebeeld of patiënten behorend tot een bepaalde populatie te lokaliseren als onderzoeksobjecten (bv. kankerregistratie).

Daarnaast kan men ook 'zip code reports' of rapporten op basis van postnummers samenstellen, die het verzorgingsgebied of de 'markt' van een bepaald ziekenhuis afbakenen. Zo kunnen de beleidsmensen van het ziekenhuis de actieradius berekenen en eventuele veranderingsstrategieën plannen en uitvoeren. .

Naarmate de interne toepassingen in het ziekenhuis vlotter zullen verlopen, zal de externe doelmatigheid van het ziekenhuis in vraag gesteld worden: hoe functioneert het ziekenhuis in zijn externe omgeving, d.w.z. in relatie tot andere ziekenhuizen en tot populaties van potentiële patiënten?

Om deze vraag te beantwoorden heeft men meer nodig dan alleen de ontslaggegevens van het eigen ziekenhuis: de MKG van alle ziekenhuizen moeten hiervoor worden samengebracht in een 'datapool'. Op die manier kunnen ziekenhuizen onderling vergeleken worden of in een regionaal kader gesitueerd worden. In de VS spreekt men bijvoorbeeld van een 'market share report', een rapport dat het verzorgingsgebied van een ziekenhuis afdijkt op basis van het aantal patiënten uit een bepaald gebied in dat ziekenhuis ten opzichte van het totale aantal gehospitaliseerde patiënten uit dat gebied. Het stelt met andere woorden het 'marktaandeel' van een ziekenhuis in een bepaald gebied voor. Ook kunnen ruimtelijke verschillen in de medische praktijkvoering in kaart gebracht worden op basis van gegevens uit de datapool. (Meulemans & Van Hove, 1986, p. 18)

Voor het management van een ziekenhuis kan deze informatie o.m. aanleiding geven tot het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen, tussen het ziekenhuis en medische praktijken, of tot de uitbouw van meer complexe affiliatiestructuren. In de USA hebben de ziekenhuizen hun externe doelmatigheid meer verhoogd door hun competitieve dan door hun coöperatieve instelling. Maar toch kan ook hier uit de ziekenhuis-specifieke en ziekenhuis overschrijdende analyses van ontslaggegevens zeer nuttige informatie geput worden wanneer beleidsmaatregelen tot meer integratie en bundeling van beschikbare capaciteiten overwogen worden.

Op het vlak van de individuele patiëntbehandeling kan men in het gebruik van de resultaten van vergelijkend marktonderzoek zeer ver gaan met patiëntenvoorlichting. In de VS zijn voor sommige streken gidsen voorhanden die voor bepaalde ingrepen aangeven waar men het best en goedkoopst gesteld is.

Ook voor de Belgische overheid kunnen de MKG nuttige informatie bieden. De huidige gebrekkige basisinformatie in België op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg belet de ontwikkeling van gezondheidsindicatoren. De overheid heeft een basisinformatiesysteem nodig dat de veelheid van beleidsvragen weerspiegelt en dat een context biedt waarin nieuwe beleidsvragen kunnen geplaatst worden. Een efficiënte doorstroming van de MKG kan een belangrijke inbreng leveren voor een veel ruimer basisinformatiesysteem waaruit gezondheidsindicatoren ontwikkeld kunnen worden. (Hermans, 1989)

Tenslotte kan ook voor het wetenschappelijk onderzoek een MKG-datapool van alle ziekenhuizen veel betekenen. Ze kan een bijdrage leveren tot bijvoorbeeld het epidemiologisch onderzoek.

### **3. Minimale Verpleegkundige Gegevens (MVG)**

#### Historiek

Bijna gelijktijdig met de MKG-registratie ontwikkelt zich een systeem van MVG-verzameling of Minimale Verpleegkundige Gegevens-verzameling. Vanaf het begin van de jaren '80 groeit bij de verpleegkundigen de idee dat naast andere patiënteninformatie ook informatie over verpleegkundige zorgen een rol speelt in het ziekenhuisbeleid. In 1983, als in de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen een voorstel van MKG wordt neergelegd, zonder referentie naar de bijdrage van de verpleegkundige in het ziekenhuisgebeuren, komt de AUVB (Algemene Unie van Verpleegkundigen van België) in actie.

Een pilootstudie wordt opgezet van september 1985 tot december 1986 (door de universiteiten van Leuven en Namen) om een minimum gegevensset af te bakenen die moet toelaten om een eerste

zicht te krijgen op de verscheidenheid van verpleegkundige activiteiten in Belgische verpleegeenheden. De verpleegeenheid is dan ook de registratie-eenheid. Men wil met de MVG niet in eerste instantie een volledig inzicht verkrijgen in het systematisch verloop van het verpleegproces van elke individuele patiënt, maar enkel een eerste minimale herkenbaarheid van de globale verpleegactiviteiten op de verpleegeenheid als geheel. Bovendien gebeurt de registratie steekproefgewijs, wat het beleidskarakter van de MVG nog benadrukt.

De drie hoofddoelstellingen van de MVG-registratie zijn: het reserveren van een eigen plaats voor de verpleegkundigen in het gezondheidsbeleid; het ontwikkelen van gesystematiseerde verpleegkundige beleidsinformatie op nationaal en organisatie-niveau; het aanzetten tot de ontwikkeling van een eigen verpleegkundig departement (cf. sociale programmawet van 29.12.90), met een duidelijke aanloop naar kwaliteitstoetsing en -bewaking (M.B. van 28.11.90). MVG-verzameling kan een belangrijk instrument zijn op beleidsvlak zowel als op het vlak van de kwaliteitsbeheersing in de verpleegkunde.

### **3.1 Gegevensverzameling**

In het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987, artikel 86, krijgt de MVG-registratie haar huidige vorm. België is hiermee het eerste land dat verpleegkundige gegevens (globaal) begint te bekijken. Dat is in grote mate te danken aan de globale financiering van de ziekenhuizen, die voor ongeveer 50/50 bepaald wordt door enerzijds de honoraria voor de medische activiteiten en anderzijds de prijs per verpleegdag voor o.a. de verpleegkundige activiteiten.

Vanaf 1 januari 1988 wordt voor een steekproef van 23 verpleegkundige zorgen geregistreerd in hoeverre alle verpleegeenheden van alle algemene Belgische ziekenhuizen deze zorgen verstrekken. Deze set van 23 MVG-items is afgeleid uit een lijst van 111 activiteiten, die volgens de AUVB een volledige weergave vormen van het verpleegkundig handelen anno 1985. Hieruit zijn de meest relevante of tekenende items gelicht, op basis van volgende weloverwogen criteria: betrouwbaarheid/validiteit, verpleegkundige relevantie, kwaliteit van de omschrijving, controleerbaarheid en observeerbaarheid, uitzonderlijkheid van de items, groeperingswaarde van de items, verdeling volgens de resultaten van factoranalyse. Vier maal per jaar worden gedurende vijftien dagen in alle algemene ziekenhuizen van België de 23 geselecteerde items geregistreerd. De resultaten van 1988 worden uitgebreid weergegeven in een rapport van het Leuvense Centrum voor Ziekenhuiswetenschap (1991).

### **3.2 Verwerking en gebruik**

Enkele factoren staan op dat moment een gemotiveerde MVG-registratie nog in de weg. In de sector heerst onzekerheid omtrent het correct invullen en het gebruik van deze gegevens. Men vreest dat niet het volledige gamma aan activiteiten in beeld gebracht wordt. Een tweede remmende factor is het feit dat de registratie een massa aan administratief werk met zich meebrengt en dit zonder dat de verpleegkundigen en de beheerder de uiteindelijke bedoeling van dit hele registratieproces kunnen vatten.

Deze belemmeringen tracht men zo goed mogelijk weg te werken. In de eerste plaats is er een feedback-programma ontwikkeld door de K.U. Leuven, in opdracht van en verspreid door het Ministerie, dat onder meer de hoofdverpleegkundigen en MVG-verantwoordelijken in staat stelt om

foutieve registraties op te sporen vooraleer de gegevens doorgestuurd worden naar het Ministerie. Bovendien bestaat er nu een syllabus voor de opleiding van MVG-registratoren, wat de registratie ten goede komt en de juistheid van de gegevens bevordert. Opdat de verpleegkundigen niet meer aan de zin en de bruikbaarheid van de voortgebrachte informatie zouden twijfelen, is het nodig dat ook zij gebruikers van die informatie zouden worden. Hiervoor bestaat een feedback-programma dat hen in staat stelt om na te gaan welke zorgen uitgevoerd zijn, bij welke patiënten, door wie,...., waardoor de gelijkenissen en verschillen tussen de eenheden het specifieke karakter in beeld brengen.

De verzamelde en verwerkte gegevens leiden tot wat de onderzoekers de vingerafdruk noemen van de verpleegeenheid met betrekking tot zijn verpleegkundige zorgen. In die vingerafdruk worden de geregistreerde gegevens vergeleken met een referentiepunt: de geregistreerde gegevens van de som-verpleegeenheid België van 1988. Deze som-verpleegeenheid is de theoretische verpleegeenheid die wordt bekomen door alle verpleegeenheden in België samen te voegen over de drie registratieperiodes die voor deze eerste nationale statistieken weerhouden werden, namelijk juni, september en december 1988.

### **3.3 Vergelijking tussen MKG en MVG-registratie**

Bij de MKG- en de MVG-registratie liggen de klemtonen verschillend. Door verschillende factoren is de invloed van het geneesherencorps in het ziekenhuisbeleid veel sterker dan deze van andere beroepsgroepen. Wettelijk genieten zij het statuut van ziekenhuisgeneesheer en zetelen ze in de medische raad. Financieel is hun positie ook verzekerd: hun honoraria worden hen via centrale inning toegewezen. De MKG zijn dus niet in de eerste plaats bedoeld als beleidsinstrument om een plaats aan de onderhandelingstafel van het toekomstig gezondheidsbeleid te bekomen, maar als instrument om het klinisch onderzoek en het epidemiologisch onderzoek nieuwe mogelijkheden te bieden. De informatica-drempel ligt voor het geneesherencorps blijkbaar lager dan voor de andere professionele groepen: de informaticastructuur van de MKG voorziet in zes verschillende recordtekeningen, terwijl de MVG een heel eenvoudige recordstructuur hebben.

Tenslotte is de MKG-registratie veel uitgebreider opgevat dan de MVG-registratie, zowel inhoudelijk (de MKG voorziet theoretisch 780 verschillende diagnoses per ziekenhuisverblijf) als experimenteel (alle ziekenhuisopnamen worden geïndexariseerd, bij de MVG slechts een beperkt aantal verpleegkundige activiteiten). (Delesie, 1991, p. 36-39)

## **4. Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)**

Door de toepassing van de MKG en de MVG in de algemene ziekenhuizen wordt duidelijk dat deze registratiesystemen onvoldoende beantwoorden aan de behoeften van de psychiatrische sector. Zo voelt men in de psychiatrie de nood om:

- de psychiatrische diagnoses uit te breiden;
- naast psychologische ook medische en sociale gegevens op te nemen in de patiëntbeschrijving;
- een overzicht op te stellen van de gestelde handelingen in elke behandelingsepisode;
- de diagnose en de problemen bij de opname regelmatig te herevalueren;

- de trajecten die psychiatrische patiënten binnen een psychiatrische verblijf afleggen, te kunnen reconstrueren. (X, 1996 a).

Een eigen instrument voor de psychiatrie dringt zich op: de Minimale Psychiatrische Gegevens.

#### **4.1 Historiek**

Van 1990 tot 1992 voert het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen een onderzoek uit naar de afbakening, ontwikkeling en het uittesten van een registratiesysteem voor beleidsgegevens voor psychiatrische diensten en instellingen. De opdracht tot deze en proefregistratie gaat uit van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. In het eindrapport wordt een voorstel geformuleerd tot registratie van Minimale Psychiatrische Gegevens, met het accent op het in beeld brengen van het proces van psychiatrische verzorging.

Na consultatie van de psychiatrische sector oordeelt de Minister dat de medische en sociale gegevens onvoldoende aan bod komen in de versie van het registratie-instrument dat ter tafel ligt na de proefregistratie. Op aangeven van het Departement Politieke en Sociale Wetenschappen van de UIA en het Instituut voor Psychiatrie en Medische Psychologie van de ULB, wordt het instrument respectievelijk uitgebreid met sociale en medische gegevens (X, 1996 c).

Aangezien de ambulante psychiatrische sector en de preventieve psychiatrische hulpverlening niet onder de bevoegdheid van de federale overheid vallen, kan de federale overheid geen registratie aan deze sectoren opleggen. Vandaar dat het MPG-project zich beperkt tot de residentiële psychiatrische zorg, m.a.w. de psychiatrische ziekenhuizen (PZ), de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven beschut wonen.

Op 29 juni 1996 verschijnt het K.B. dat de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens verplicht stelt in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen vanaf 1 april 1996. Om de ziekenhuizen echter extra voorbereidingstijd te gunnen, zal het Ministerie van Volksgezondheid de gegevens maar opvragen vanaf 1 juli 1996.

De startdatum voor PVT en beschut wonen is voorzien op 1 juli 1997.

#### **4.2 Gegevensverzameling en -verwerking**

Wat de *organisatie* betreft, onderscheidt de MPG-registratie zich door haar flexibele frequentie: sommige gegevens worden permanent geregistreerd, andere slechts gedurende enkele korte perioden per jaar. Voor een evaluatie van de klinische praktijk wordt geopteerd voor een registratie van gegevens voor alle patiënten het hele jaar door. Dit moet clinici toelaten om verbanden te onderzoeken, om de kwaliteit van hun zorgverlening te evalueren, om het traject van psychiatrische patiënten te volgen. Om toch te beschikken over meer gedetailleerde informatie over bepaalde aspecten van de diversiteit van de patiënten en de variabiliteit van de zorg, omvat de MPG-registratie bovendien een steekproefgewijze registratie (X, 1996 c).

De organisatorische omkadering van de registratie is opgevat als een pyramidale structuur die drie type functies omvat: het ontwikkelingsteam, de MPG-coördinatoren en de MPG-verantwoordelijken van de instellingen.



Het 'ontwikkelingsteam' bestaat uit wetenschappelijk medewerkers van de Universitaire Instelling Antwerpen, de Katholieke Universiteit Leuven en de Université Libre de Bruxelles. In samenwerking met het Ministerie van Volksgezondheid werd binnen deze instellingen het huidig registratie-instrument ontwikkeld en getest. Als dusdanig zijn deze instellingen verantwoordelijk voor de initiële opleiding en de training van de coördinatoren in het registratie-instrument.

Het 'coördinatoren-team' bestaat uit medewerkers van elke universiteit met een faculteit geneeskunde. Elke psychiatrische instelling sluit zich voor ondersteuning van hun MPG-registratie aan bij één van deze universiteiten. Enerzijds staat het coördinatoren-team gezamenlijk in voor de opleiding van de MPG-verantwoordelijken. Anderzijds zijn de coördinatoren individueel verantwoordelijk voor de ondersteuning van de MPG-registratie in de instellingen die bij hun universiteit zijn aangesloten.

Tenslotte dient elke instelling zelf een 'MPG-verantwoordelijke' aan te duiden. Het Ministerie van Volksgezondheid voorziet hiervoor een financiële tegemoetkoming. Deze persoon is binnen de instelling verantwoordelijk voor de organisatie van de gegevensverzameling en de noodzakelijke opleiding voor de personeelsleden die deze informatie effectief moeten registreren en gebruiken (X, 1996 b).

Wat de *inhoud* betreft, is het MPG-instrument gebaseerd op zowel bestaande als nieuwe registraties.

Het belangrijkste uitgangspunt bij de ontwikkeling van de Minimale Psychiatrische Gegevens is dat het registratiesysteem het beleid op verschillende beslissingsniveaus moet ondersteunen. Hoewel het initiatief uitgaat van de federale overheid, moet dit instrument ook voor andere beslissingsniveaus (ziekenhuisbeleid, afdelingsbeleid, ...) een nuttig beleidsinstrument vormen.

Ook hier gaat het weer om 'minimale' gegevens. Het is de bedoeling het beleid te voorzien van voldoende gegevens om beslissingen te kunnen nemen, en niet om het psychiatrisch zorggebeuren in al zijn mogelijke facetten te beschrijven.

Als meeteenheid wordt geopteerd voor een patiënt op een leefeenheid<sup>2</sup> tijdens een psychiatrisch verblijf. De klemtoon ligt op het beschrijven van patiëntkarakteristieken, het functioneren van de patiënt en op het typeren van de zorgprocessen tijdens de periode dat de patiënt in de psychiatrische instelling verblijft.

Het geheel omvat 12 informatieblokken<sup>3</sup>: 10 voor de continue MPG en 2 voor de steekproefgegevens. Gedurende het verblijf van een patiënt wordt op meerdere momenten geregistreerd. Bij het begin van het verblijf gaat het om opnamegegevens, sociale karakteristieken en een voorlopige DSM-IV diagnose. Telkens wanneer een patiënt verandert van leefeenheid of kenletter van behandeldienst, wordt een overzicht gevraagd van de verstrekte zorgen, behandelingen, toezicht en DSM-IV diagnose voor de afgelopen periode en de problemen en doelstellingen voor de komende behandelingsperiode. Wanneer een patiënt administratief ontslagen wordt, maar zijn behandeling nog niet is afgelopen (intermediair ontslag), geeft men het aantal verwachte dagen van afwezigheid, de bestemming en de reden op. Bij een medisch ontslag (de geneesheer beslist dat de

---

<sup>2</sup> De leefeenheid is een groep van patiënten die samenleven, eten, ontspannen én die verblijven in een herkenbaar architecturaal afgescheiden (deel van een) gebouw terwijl zij begeleid en/of behandeld worden door eenzelfde team van hulpverleners, het behandelings/begeleidingsteam.

De leefeenheid vormt de basis van waaruit de beslissingen aangaande de behandeling van de patiënt door het behandelings/begeleidingsteam genomen worden en de zorgen toegediend worden. Het vormt de leefeenheid van de patiënt. Niet zelden worden binnen een leefeenheid nog verscheidene behandelingsgroepen onderscheiden. (Ministerie van Sociale Zaken, 1996, p.2)

<sup>3</sup> Een informatieblok is een cluster van variabelen die betrekking hebben op eenzelfde thematiek.

behandeling is afgelopen) wordt in hoofdzaak gepeild naar de overblijvende problemen, de voorgestelde nazorg en de wijze van ontslag. Daarnaast wordt aan de instellingen een informatieblok ter beschikking gesteld waarin ze vrij variabelen kunnen definiëren.

Het continu registratiesysteem wordt bovendien aangevuld met een aantal steekproefgegevens. Doelstelling van de steekproef is de diversiteit van de patiënten, de variabiliteit van de zorg en de professionele samenstelling van het behandelingsteam in kaart te brengen, zoals die in één week op de leefeenheden beoordeeld en toegepast wordt.

Voor de *verzending* is elk jaar ingedeeld in twee statistische periodes (semesters). De eerste loopt vanaf 1 januari tot en met 30 juni. De tweede loopt vanaf 1 juli tot en met 31 december. Na elke statistische periode versturen de psychiatrische instellingen de gegevens via magnetische drager naar het Ministerie van Volksgezondheid.

Het Ministerie stelt een speciaal voor de MPG ontwikkeld computerprogramma ter beschikking dat de invoer van deze gegevens mogelijk maakt en toelaat om de voorgeschreven diskettes aan te maken die naar het Ministerie moeten worden verzonden. De instellingen worden echter niet verplicht om voor alle stappen in het registratieproces gebruik te maken van de ter beschikking gestelde software. Wel wordt sterk aangeraden om voor de uiteindelijke aanmaak van de diskettes het programma te gebruiken. In het programma zijn immers controles voorzien op de consistentie van de ingevoerde gegevens. Hierdoor vergroot de kans op aanvaarding van de diskettes aanzienlijk.

De *verwerking* en het ter beschikking stellen van de gegevens kregen op dit ogenblik nog geen definitieve vorm. Het zou de bedoeling zijn dat het Ministerie geaggregeerde nationale gegevens bezorgt aan de instellingen zodat zij daarmee op lokaal niveau analyses kunnen uitvoeren en de eigen gegevens kunnen vergelijken met die van andere instellingen. Op die manier worden de instellingen tevens gestimuleerd om een plaatselijke 'onderzoekscultuur' uit te bouwen. Bij deze opdracht zouden zij ondersteuning krijgen van de universitaire coördinatoren.

Voorlopig kunnen we enkel de resultaten van de proefregistratie bekijken. Gebaseerd op 17.575 observaties, zijn die meer dan bevredigend, zo blijkt uit het rapport. De hoeveelheid gegevens die bekomen wordt en de mogelijkheden tot verwerking en toepassing ervan, zijn reeds zeer groot. Het onderzoeksrapport geeft slechts enkele voorbeelden en suggesties in verband met het gebruik van die gegevens. Het is aan de verantwoordelijken en andere betrokkenen om uit te maken hoe en in welke mate ze de bekomen gegevens zullen benutten als middel tot feedback, informatie, communicatie en dialoog over de beleidskeuzes in de psychiatrische gezondheidszorg.

## 5. Evaluatie

Met recente ontwikkelingen i.v.m. MKG, MVG en MPG heeft België een grote stap gezet in de richting van patiënt-georiënteerde gegevens. Deze patiëntgegevens moeten een meer gefundeerd gesprek over Belgische ziekenhuissector toelaten, waarbij niet louter over kosten, maar vooral over werkelijke bijdrage van Belgische ziekenhuizen gediscussieerd wordt: patiënten die worden opgenomen, zorgen verleend aan patiënten, bereikte resultaten.

Opvallend is dat zowel bij MKG als MPG de privacy als belangrijk argument wordt gebruikt om de informatiestromen te dwarsbomen. Om het conflict tussen informatieverzameling en privacy te vermijden, kan gewerkt worden met 'onthoofde' gegevens, namelijk registratiegegevens waaruit de

betrokkene op geen enkele wijze kan geïdentificeerd worden. De vraag moet dan gesteld worden in welke mate de gegevens 'onthoofd' moeten worden om aan deze voorwaarde te voldoen. Is het weglaten van naam en adres voldoende? Laat een combinatie van geboortedatum, geslacht en postcode identificatie toe? Wat met geboortemaand, geslacht en postcode? De enige informatie die we momenteel hebben is de vernietiging van het KB van 21 juni 1990 over de minimale klinische gegevens door de Raad van State (arrest 45.218 van 10 december 1993) met als argumentatie dat een combinatie van leeftijd (als combinatie van geboortjaar en geboortemaand, niet geboortedag), geslacht en woonplaats voldoende is om (enkele) personen te kunnen identificeren en dus een schending is van de wettelijke bepalingen omtrent privacy. De Raad van State gaat in haar arrest uit van een theoretische mogelijkheid tot identificatie van personen, en stelt onomwonden: "sans qu'il soit besoin d'une démonstration s'appuyant sur des cas concrets". Overigens is dit een arrest van voor de inwerkingtreding van de wet op de persoonlijke levenssfeer. Met deze vernietiging van MKG in het achterhoofd is bij de ontwikkeling van de minimale psychiatrische gegevens terdege rekening gehouden. Daarin is het aantal identificatiegegevens beperkt tot slechts geslacht, geboortjaar en arrondissement. De combinatie van deze drie gegevens kan zelfs theoretisch niet herleid worden tot individuele personen.

De discussie omtrent de minimale gegevens in de gezondheidszorg heeft vele facetten waarbij alle hulpverleners - geneesheren, verpleegkundigen, apothekers,... - hun inbreng zullen moeten leveren, naast elkaar maar eveneens samen met elkaar. Deze discussie zal niet makkelijk zijn, want vergt nieuw taalgebruik, opent nieuwe werelden, nieuwe inzichten, zal traditionele machtsverhoudingen in sector wijzigen en zal verandering brengen in de reglementering. De discussie dringt een stap verder door tot de kern van het ziekenhuisgebeuren en de patiëntenzorg.

## **6. Minimale Welzijnszorggegevens (MWG)**

Ook in de Vlaamse welzijnszorg wordt werk gemaakt van een gecoördineerde gegevensverzameling. De Vlaamse overheid wil via het 'Geïntegreerd Welzijn Informatiesysteem' (GEWIS) een geïntegreerd zicht krijgen op de welzijnssector en de belangrijke evoluties in de verschillende deelsectoren.

Het project rond de 'Minimale Welzijnszorggegevens', uitgevoerd door het departement Politieke en Sociale Wetenschappen van de UIA, kadert binnen deze intentie van de Vlaamse administratie.

### **6.1 Historiek**

Het MWG-project werd opgestart op initiatief van de Cel Welzijnsplanning en Monitoring van de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn. Het dient niet alleen een antwoord te bieden op informatiebehoefte van de overheid maar ook op die van de sector.

Zo drongen de zowat 750 afgevaardigden van gebruikers- en zelfhulporganisaties, werkgevers, werknemers, vrijwilligersorganisaties, federaties, opleidingsinstituten en onderzoekscentra op het eerste Vlaamse Welzijnscongres van november 1990 erop aan dat de Vlaamse Gemeenschap "dringend werk" zou maken "van een permanent en gecoördineerd beleid inzake gegevensverzameling op kwantitatief en kwalitatief vlak" (Baert, 1991). Bovendien werd expliciet gevraagd om een centrale gegevensbank en een verplicht, eenvormig registratiesysteem.

Door de schaalvergroting en professionalisering in de welzijnssector wordt de behoefte aan managementsinformatie blijkbaar alsmaar groter in de voorzieningen.

Daarnaast wil de Vlaamse overheid in het kader van haar heroriëntering responsabiliserend werken en zich vooral terugplooiën op haar kerntaken van strategische planning, sturing en stimulering van kwaliteit. Zo wenst ze via het Strategisch Plan Zorgzaam Vlaanderen belangrijke inspanningen te leveren op het vlak van de uitbouw van minimale datasetten. Dergelijke datasetten moeten toelaten om cruciale ontwikkelingen in de betrokken sectoren te begeleiden.

Het Geïntegreerd Welzijn Informatiesysteem dat de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn tot stand wil brengen, richt zich op vijf soorten gegevens:

- kenmerken van voorzieningen
- personeelsgegevens
- financiële gegevens
- kenmerken van cliënten
- kenmerken van dienstverlening

Informatie rond voorzieningen, personeel en financiën kan de overheid bekomen via de erkennings- en subsidiëringdossiers. Deze gegevens betekenen geen nieuwe informatiestroom vanuit de voorzieningen. Gegevens omtrent cliënteel en dienstverlening moeten daarentegen in de voorzieningen zelf geregistreerd worden, en vormen dus wel een nieuwe informatiestroom. Het zijn de Minimale Welzijnszorggegevens die moeten instaan voor laatstgenoemde gegevensoverdracht.

## **6.2 Gegevensverzameling**

De MWG gaan uit van een aantal basisprincipes:

- *Minimale Welzijnszorggegevens*: het instrument, dat in de eerste plaats een beleidsinstrument is, werkt met een beperkt aantal gegevens.
- *Geen controle*: het is de bedoeling om betrouwbare *beleidsinformatie* uit te bouwen, en niet om controle uit te oefenen over de individuele voorzieningen.
- *Privacy van de cliënten*: enkel geanonimiseerde gegevens kunnen doorgezonden worden.
- *Differentiatie is mogelijk*: het systeem moet voldoende flexibel zijn zodat bestaande terminologieën en classificaties maximaal kunnen behouden blijven.
- Via een *stimuleringsbeleid* ervoor zorgen dat een meerwaarde gecreëerd wordt voor de voorzieningen:
  - Terugkoppeling van de verwerkte gegevens op korte termijn om directies en teams de nodige managementsinformatie te bezorgen.
  - Mogelijkheid tot productie van gestandaardiseerde rapporten die interessant zijn voor de opvolging van evoluties en - indien wenselijk - het maken van vergelijkingen met andere voorzieningen.
  - Internetaansluitingen die op termijn tijdsbesparende, elektronische gegevensoverdracht tot stand brengen, evenals de mogelijkheid om met andere voorzieningen verbindingen te leggen.

(Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1996)

Zoals reeds gezegd, zullen de voorzieningen enkel rond de gegevensgroepen cliënteel en dienstverlening registreren.

Momenteel bestaat er een “Voorstel van het opvragen van jaarlijkse gegevens via tabellen” (Van Hove & Suetens, 1996). Hoewel de wijze van overdracht van de data tussen voorzieningen en overheid nog niet is vastgesteld, gaat het rapport er voorlopig van uit dat de voorzieningen jaarlijks een aantal tabellen zullen overmaken. Dit moet de volledige anonimiteit van de gegevens garanderen. Zelfs indien van dit idee wordt afgestapt, blijven de voorgestelde teleenheden, variabelen, definities en het classificatiesysteem relevant.

Er wordt gewerkt rond vijf teleenheden: aanmeldingen, cliënten, cliëntsystemen, projecten en problemen.

De variabelen die van toepassing zijn op de teleenheid ‘aanmelding’ zijn *gevolg van de aanmelding, aanmeldingsprobleem, motivatie voor eventuele niet-intake en mogelijke tussenpersoon*.

De meeste variabelen die worden gevraagd, zijn kenmerken van ‘cliënten’: *geslacht, leeftijd, nationaliteit, scholingsgraad, duur hulpverlening, feitelijke leefsituatie, socio-economische situatie, probleemsfeer, doorstroming, en wachttijd*.

Voor de beschrijving van ‘cliëntsystemen’ wordt teruggegrepen naar de kenmerken van ‘cliënten’, aangezien het merendeel van deze variabelen evenzeer van toepassing is op volledige cliëntsystemen. Enkel de variabelen *leeftijd, nationaliteit, scholingsgraad* en *socio-economische situatie* moeten afzonderlijk worden toegewezen aan elk van de leden van het cliëntstelsel.

Vermits ‘projecten’ beschouwd kunnen worden als gericht op een collectiviteit van cliënten, zijn ook hier de eigenschappen van cliënten relevant. Die eigenschappen worden dan aangewend om de doelgroep van een project te beschrijven. Niettegenstaande zijn er enkele variabelen uitsluitend van toepassing op projecten: *verblijfsstatuut* en *woonstatuut* van de doelgroep en *territoriale schaal* van het project.

Op het niveau van ‘problemen’ worden gegevens verzameld over *behandelde problemen* en *vorm van hulpverlening*.

De codering van de variabelen is in eerste instantie gebaseerd op codeschema’s die reeds worden toegepast in de bestaande registraties in de Vlaamse welzijnszorg. Zodoende sluiten de MWG maximaal aan bij de praktijk. Tenslotte zijn de huidige registratiepraktijken vaak gegroeid uit waardevolle ervaring.

Welzijnszorg is echter een term die een lading van zeer diverse sectoren en voorzieningen dekt. Het zou een hopeloze opdracht zijn om voor elke variabele de grootst gemene deler te bepalen van al die gevoeligheden en interesses. Een rusthuis zal bijvoorbeeld de variabele *leeftijd* gedetailleerd willen opdelen boven 60 jaar, terwijl een Jongeren Informatie- en Adviescentrum niet in het minst geïnteresseerd is in deze categorieën. Die zal eerder kleine categorieën onder 25 jaar verkiezen, en de overige categorieën ruw indelen. Om deze tegengestelde eisen te verzoenen, werd een compromis uitgewerkt: een hiërarchisch coderingssysteem.

Dit betekent dat men voor elke variabele vertrekt van een aantal grote categorieën. Vervolgens wordt elk van deze categorieën opgesplitst in kleinere categorieën. Een dergelijke opdeling kan telkens herhaald worden, en naarmate men dit proces doordrijft, wordt de informatie steeds specifiek in de onderliggende niveaus. Het voordeel van deze werkwijze is dat de diensten kunnen blijven registreren op het niveau dat ze gewend zijn en voor hen zinvol is. Ze zullen immers telkens kunnen aansluiten bij het niveau van detail dat relevant is voor hun sector. Anderzijds mag verondersteld worden dat de overheid toch een minimum aan specificiteit en uniformiteit zal opleggen

per sector, zodat gegevens vergelijkbaar blijven op sectorniveau en niet enkel op het niveau van de grootst gemene deler van alle sectoren.

Figuur 1 geeft een voorbeeld van zo'n hiërarchische codering en hoe die werkt. Vier verschillende werksoorten, een Centrum voor Maatschappelijk Werk, een Centrum voor Slachtofferhulp, een dienst voor Bijzondere Jeugdzorg en een dienst voor Gezins- en Bejaardenzorg, kunnen naar eigen behoefte een subset van categorieën kiezen, terwijl tegelijkertijd de algemene consistentie van het schema bewaard blijft. Voor elk van de variabelen is zo'n hiërarchisch codeschema ontwikkeld, soms reikend over meerdere pagina's, maar dat elke voorziening de mogelijkheid biedt om het te reduceren tot een hanteerbare subset.

(zie **Figuur 1: Hiërarchische codering LEEFTIJD toegepast door 4 voorzieningen**)

## 7. Minimale Sociale Gegevens (MSG)

2 à 3 jaar geleden is een stuurgroep door Ministerie van Volksgezondheid opgericht om te werken rond een minimale dataset van sociale gegevens. De stuurgroep bestaat uit medewerkers van UCL (Economie de la santé), in samenwerking met OCMW Antwerpen en CPAS Charleroi. In een eerste fase wordt onderzocht welke sociale indicatoren invloed hebben op de verblijfsduur en kosten van patiënten in een ziekenhuis. Prof. Closon van de UCL heeft in 15 ziekenhuizen, op basis van een uitgebreide vragenlijst, onderzoek gedaan naar relevante sociale indicatoren. Deze fase is nog niet afgesloten.

In een 2<sup>e</sup> fase zal, op basis van de ondervindingen in de 1<sup>e</sup> fase, een set van Minimale Sociale Gegevens afgebakend worden die moet worden toegevoegd aan de Minimale Klinische Gegevens.

## 8. Relevantie voor de Vlaamse non profit-sector

In de MKG, MVG en MPG komt een *uniforme en internationale classificatie* van ziekten aan bod. Het gaat hierbij op de eerste plaats om ICD en DSM. Deze classificaties maken een (internationale) vergelijking van de resultaten mogelijk. Ook in de welzijnssector is er nood aan een dergelijke classificatie. Het ontwerpen van zulke classificatie is geen eenvoudige opgave, alleen al door het feit dat (ook) in deze sector een zeer ruime waaier van problemen voorkomt. Bovendien moeten alle gebruikte termen ondubbelzinnig gedefinieerd worden.

In verband met de MPG werd gewag gemaakt van een *registratie met flexibele frequentie*. Dergelijke registratie impliceert dat de registratiefrequentie verschillend is per item en per (psychiatrische) afdeling. Een combinatie van continue met variabele frequentie is ook hanteerbaar in de welzijnssector. Voor bepaalde actuele problematieken kan bijvoorbeeld gedurende een beperkte periode geregistreerd worden. (zie ook huisartsenpeilpraktijken: registratie rond bepaalde ziekten). Aangezien de welzijnssector een uitgebreide waaier aan werksoorten (met elk hun eigen accenten) omvat, is het aangewezen de registratiefrequentie afhankelijk te stellen van de werksoort. Een registratie zoals bij de MVG, waarbij slechts vier keer per jaar gegevens worden verzameld, is niet aan te bevelen voor de welzijnssector.

Interessant is ook dat er zowel bij de MKG als bij de MVG en MPG sprake is van *klinische gegevens enerzijds en beleidsgegevens anderzijds*. Deze registratiesystemen laten toe het hulpverleningsproces te evalueren (kwaliteitsbewaking op het niveau van de verpleegafdeling of op

het niveau van het ziekenhuis), maar leveren ook door middel van een minimale registratie gegevens op die van cruciaal belang zijn voor het beleid.

In de beschrijving van het wel en wee van de MKG en de MVG wordt nogmaals het belang van een *actieve feedback* geïllustreerd. Een actieve feedback, op de eerste plaats via het verspreiden van de resultaten naar de registrerende personen toe, is een conditio sine qua non opdat iedereen gemotiveerd is (blijft) om te registreren en opdat het systeem in stand kan worden gehouden.

Een belangrijk gegeven is tenslotte de *kostprijs voor de overheid* bij de opzet van dergelijke registratiesystemen. Bij de MKG is de kostprijs voor de overheid ongeveer 0.25-0.50 % van de omzet van de ziekenhuizen. Het gaat dus om een relatief lage kost, met toch wel een hoge baat. Weliswaar worden de beschikbare systemen nog niet optimaal benut door de ziekenhuizen, maar de mogelijkheid hiertoe wordt toch gecreëerd.

## Bibliografie

BAERT, H., VAEL, L., (1991) *De welzijnszorg in de Vlaamse Gemeenschap: Toekomstoriëntaties*, Deurne: Kluwer.

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP, ADMINISTRATIE GEZIN EN MAATSCHAPPELIJK WELZIJN, (1996) *GEWIS. Een GEïntegreerd Welzijn InformatieSysteem*, Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn.

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, BESTUUR VAN GEZONDHEIDSZORG, CEL PSYCHIATRIE, (1996) *Handleiding voor de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

STEYAERT, J., (1992) *Registratie, beleidsinstrument of ritueel ?*, in: J. Mertens, *Management voor de non-profit*, Kluwer

VAN HOVE, E., SUETENS, M., (1996) *Registratie in de Vlaamse welzijnszorg: een voorstel van het opvragen van jaarlijkse gegevens via tabellen*, Antwerpen: UIA.

X, (1996 a) 'De continue minimale psychiatrische gegevens' in MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, BESTUUR VAN GEZONDHEIDSZORG, CEL PSYCHIATRIE (ed.), *Omkaderende teksten voor de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

X, (1996 b) 'Organisatorische omkadering' in MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, BESTUUR VAN GEZONDHEIDSZORG, CEL PSYCHIATRIE (ed.), *Omkaderende teksten voor de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.

X, (1996 c) 'Situering van de Minimale Psychiatrische Gegevens in een globaal tijds kader' in MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU, BESTUUR VAN GEZONDHEIDSZORG, CEL PSYCHIATRIE (ed.), *Omkaderende teksten voor de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens*, Brussel: Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu.



**Figuur 1: Hiërarchische codering LEEFTIJD toegepast door 4 voorzieningen**

VARIABELE = LEEFTIJD versie CHS			
⇒0<18j.	⇒0<15j.  ⇒15<18j.	⇒0<3j  ⇒3<6j. ⇒6<12j. ⇒12<15j.	⇒0j. ⇒0<1j. ⇒1<3j.
⇒18<60j.	⇒18<22j. ⇒22<25j. ⇒25<30j. ⇒30<40j. ⇒40<50j. ⇒50<60j.		
⇒60+j.	⇒60<70j.  ⇒70<80j.  ⇒80+j.	⇒60<65j. ⇒65<70j.  ⇒70<75j. ⇒75<80j.  ⇒80<85j. ⇒85+j.	
⇒onbekend			
⇒niet van toepassing			

VARIABELE = LEEFTIJD versie GBZ			
⇒0<18j.	⇒0<15j.  ⇒15<18j.	⇒0<3j  ⇒3<6j. ⇒6<12j. ⇒12<15j.	⇒0j. ⇒0<1j. ⇒1<3j.
⇒18<60j.	⇒18<22j. ⇒22<25j. ⇒25<30j. ⇒30<40j. ⇒40<50j. ⇒50<60j.		
⇒60+j.	⇒60<70j.  ⇒70<80j.  ⇒80+j.	⇒60<65j. ⇒65<70j.  ⇒70<75j. ⇒75<80j.  ⇒80<85j. ⇒85+j.	
⇒onbekend			
⇒niet van toepassing			