



EXTERNE PROCEDURE VAN DE GERICHTE STATISTISCHE AUDIT

GEGEVENS VG-MZG

Inhoudstafel

1	<i>Inleiding</i>	3
2	<i>Context</i>	3
3	<i>Bevoegdheden</i>	4
4	<i>Methodologie elektronische audit</i>	5
4.1	Soorten analyses	5
4.2	Basisgroepen	6
4.2.1	Criteria van de basisgroepen voor 24u	6
4.2.2	Criteria voor de korte zorgperiodes.....	8
4.3	Visualisatie door middel van boxplots	11
4.4	Analyse van het voorkomen van een VG-MZG item	12
4.5	Analyse van de score van de frequentie items	13
4.6	Analyse van de evolutie van het voorkomen van een VG-MZG item	15
4.6.1	Analyse van de evolutie van het voorkomen van VG-MZG items per basisgroep	15
4.6.2	Analyse van de evolutie van het voorkomen van VG-MZG items op ziekenhuisniveau	15
4.7	Specifieke controles	16
5	<i>Selectieprocedure van de ziekenhuizen</i>	17
6	<i>Procedure van de gerichte externe audit</i>	20
6.1	Aankondiging van de gerichte externe audit	20
6.2	Analyse van de antwoorden	20
6.3	Verduidelijking van de beslissing	20
6.4	Audit ter plaatse	21
6.4.1	Aankondiging van de externe audit.....	21
6.4.2	Verloop van de externe audit.....	21
6.4.3	Criteria voor de validering van de VG-MZG items	22
6.5	Finaal audit rapport	23
	<i>Bijlagen</i>	24
	<i>Bijlage 1: Basisgroepen binnen het NRG financieringsmodel</i>	24
	<i>Bijlage 2: Specifieke controles</i>	26

1 Inleiding

Dit synthesedocument, opgesteld door de cel «TCG & A: audit verpleegkundige activiteiten» van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, beschrijft, op een gestructureerde manier, de verschillende analyses die werden uitgevoerd om de te auditeren instellingen te selecteren en de manier waarop de externe audit wordt uitgevoerd door de verpleegkundige auditeurs.

Het is de bedoeling een nauwkeurig beeld te geven van de omvang en de grondigheid van een gerichte statistische externe audit.

Deze audits volgen op de meer informatieve audits die in een eerste fase werden uitgevoerd. In deze tweede fase is de doelstelling om gericht audits uit te voeren o.b.v. de beschikbare VG-MZG gegevens. De vooropgestelde doelstelling is hierbij inzicht te verwerven in de klinische relevantie en verantwoording van de geregistreerde VG-MZG gegevens.

2 Context

De Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (VG-MZG) vormen een indicator voor de verpleegkundige zorg. Deze gegevens worden niet alleen gebruikt voor de financiering van de ziekenhuizen, maar ook in het kader van onderzoek en intern beheer van de instellingen.

Daarnaast worden de VG-MZG gegevens sinds 2014 gebruikt in de financiering van het budget financiële middelen (BFM). In het Plan van Aanpak voor de Hervorming van de Ziekenhuisfinanciering dd. 28 april 2015, meer bepaald het onderdeel 5.10.2 Verpleegkundige zorgzwaarte in het BFM wordt expliciet verwezen naar de nood aan een accurate audit.

Het gebruik van gevalideerde gegevens in overeenstemming met de realiteit op de werkvloer is essentieel zodoende dat de verschillende toepassingen, waaronder het ontwikkelde financieringsmodel, voldoende de reële, verantwoorde verschillen reflecteren. De in het verleden waargenomen bias tijdens de validatie audits op de MVG gegevens uit 2006 en tijdens exploratieve audits VG-MZG (2008-2010) en validatie audits fase I (2013-2015 op gegevens van 2011/2) onderstrepen het belang aan een accurate audit.

Tussen 2013 en 2015 werden door de verpleegkundige auditeurs van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu meer informatieve externe audits uitgevoerd van de Verpleegkundige Gegevens van de minimale Ziekenhuis Gegevens (VG-MZG), overeenkomstig de codeerhandleiding van de verpleegkundige gegevens van de MZG. In de huidige fase vinden meer gerichte audits plaats op basis van de reeds beschikbare gegevens vanaf 2012 volgens de hieronder beschreven procedure.

Eveneens moet verwezen worden naar de codeerhandleiding gebruikt voor de geauditeerde gegevens, met name de versie 1.6 vanaf de gegevens van 2011/2.

3 Bevoegdheden

De cel «TCG & A: audit van de verpleegkundige activiteiten» grondt haar bevoegdheid met name op de volgende officiële teksten:

- Koninklijk besluit van 18 juni 1990 (M.B. 26/7/90) houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een arts aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, gewijzigd door de Koninklijke besluiten van 04/09/1990, 25/11/1991, 27/12/1994, 06/06/1997, 02/07/1999, 07/10/2002, 13/07/2006 en 21/04/2007.
- Ministeriële omzendbrief van 8 november 2006 betreffende de koninklijke besluiten van 12 januari 2006 tot vaststelling van de nadere regels om geregistreerd te worden als zorgkundige en tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen
- Koninklijk besluit van 28 december 2006 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het verpleegkundig dossier, bedoeld in artikel vier van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.
- Koninklijk besluit van 27 april 2007 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde ziekenhuisgegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.
- Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, bijgewerkt tot oktober 2009, artikels 86, 107, 115 en 116. Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen – 10 Mei 2015, bijgewerkt door KB nr. 78 van 10 november 1967: Uitoefening van de verpleegkunde.
- Omzendbrief van 21 januari 2016 waarin het begin van de statistische audits van de VG-MZG-registratie worden aangekondigd.
- Omzendbrief van 2 mei 2017 waarin een nieuwe ronde van statistische audits wordt aangekondigd

4 Methodologie elektronische audit

De aankondiging van een nieuwe ronde van elektronische audits gebeurt, via een omzendbrief naar de algemene directie, verpleegkundig directeur en (VG-)MZG verantwoordelijke van de ziekenhuizen.

De elektronische audit wordt uitgevoerd op basis van statistische analyses, waarbij er vooral naar primaire outliers gekeken wordt (zie 4.3 Visualisatie door middel van een boxplot).

Het opsporen van de outliers gebeurt door de registraties te kaderen binnen een homogene context. Hierbij werd gekozen voor de verschillende basisgroepen gehanteerd binnen het NRG financieringsmodel (zie bijlage 1). We vertrekken dus van het principe dat elke verpleegeenheid, bepaald door de prefix van zijn verpleegeenheid en de hoofdbedindex, patiënten behandelt die verpleegkundige zorg nodig hebben die specifiek is voor die verpleegeenheid. En dat bij transfers van een patiënt tijdens een verblijf de verpleegkundige zorg specifiek is voor het type van transfer.

4.1 Soorten analyses

Er worden drie types analyses uitgevoerd, namelijk:

- 1) voor het voorkomen van een item in een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen (zie 4.4 Analyse voor het voorkomen van een VG-MZG item)
- 2) voor de geregistreeerde scores van een frequentie item in een ziekenhuis ten opzichte van andere ziekenhuizen (zie 4.5 Analyse van de frequentieverdeling van frequentie items)
- 3) en de evolutie van het voorkomen van een item wordt opgevolgd op 2 manieren (zie 4.6 analyse van de evolutie van het voorkomen van een VG-MZG item (per basisgroep/op ziekenhuisniveau)

De analyse van het voorkomen van een item wordt uitgevoerd voor zowel de numerieke als de categorische variabelen. De analyse van de geregistreeerde scores van een frequentie item wordt uitgevoerd voor alle numerieke variabelen. Hier gelden dezelfde criteria om van een outlier te spreken. We spreken van een outlier wanneer het voorkomen of de geregistreeerde scores voor een item statistisch afwijkt in een bepaald ziekenhuis t.o.v. de andere ziekenhuizen voor een gekozen context. De gekozen contexten zijn de basisgroepen uit het NRG financieringsmodel (zie bijlage 1).

Bijkomend wordt de evolutie van het voorkomen van items opgevolgd. Dit gebeurt door het verschil in voorkomen van een item tussen het huidige en voorgaande jaar te bestuderen per basisgroep. Ook op deze gegevens worden outliers bepaald. Bijkomend wordt ook een analyse uitgevoerd op de evolutie van het voorkomen van een item op ziekenhuisniveau. Dit gebeurt door het voorkomen van een item tussen het huidige referentie jaar en verschillende voorgaande jaren weer te geven op ziekenhuisniveau (dus niet meer per basisgroep).

De items met meerdere coderingsmogelijkheden zijn opgelijst in de tabel hieronder. Deze codeermogelijkheden worden geanalyseerd op niveau van het item.

Item	Coderingsmogelijkheden
B2**	B210, B220, B230, B240, B250
B4**	B410, B420, B430, B440
C1**	C110, C120
D1**	D110, D120, D130
F1**	F110, F120
R1**	R110, R120, R130

4.2 Basisgroepen

Om de basisgroepen te bepalen, selecteert men de zorgperiodes die het meest overeenkomen met het gezochte profiel in de VG-MZG van het beschouwde jaar (klassieke verblijven, zorgperiodes met minstens 1 geregistreerd zorgitem). Zo creëert men basisgroepen van zorgperiodes.

Voor de zorgperiodes van 24u worden de basisgroepen van zorgperiodes gecreëerd op basis van de verschillende types verpleegeenheden. Een type verpleegeenheid wordt gekenmerkt door het prefix van de verpleegeenheid (DIV, INT, BRU, SPE, enz.) en de hoofdbedindex (CI, DI, BR, S1, enz.). Aangezien sommige bedindexen niet volstaan om verschillende profielen te onderscheiden (bv. index M binnen de verpleegeenheid DIV voor de moeders en pasgeborenen), moeten selectiecriteria worden toegevoegd aan de geselecteerde zorgperiodes om die profielen te creëren.

Voor de korte zorgperiodes worden de basisgroepen van zorgperiodes in de eerste plaats gecreëerd op basis van specifieke momenten tijdens de verblijven. Andere groepen worden vervolgens gecreëerd op basis van de verschillende types verpleegeenheden, los van deze specifieke momenten.

4.2.1 Criteria van de basisgroepen voor 24u

Prefix verpleegeenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
INT	CI, HI	- chirurgische DRG OF [DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf] ¹ - EN Leeftijd bij opname ≥ 14 jaar	1 - Chirurgische intensieve zorgen
	DI, HI	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname ≥ 14 jaar	2 - Niet-chirurgische intensieve zorgen
	EI	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en	3 - Pediatrische intensieve

¹ De items worden verzameld voor de niet-beëindigde verblijven (A2_HOSPTYPE_FAC=N). In dat geval is de DRG niet noodzakelijk beschikbaar.

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
		18 jaar	zorgen
	NI	Leeftijd bij opname ≤ 28 dagen	4 - Neonatale intensieve zorgen
BRU	BR	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item L400 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar	5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
DIV	AR, OB, M, MI	- Dag van de bevalling (Moeders) - EN Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN Leeftijd bij opname ≥ 10 jaar	6 - Obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (Moeders)
	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode ² - EN Leeftijd bij opname ≥ 10 jaar	7 - Kraamzorg (Moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode ³ - EN Leeftijd bij opname ≥ 10 jaar	8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (Moeders)
	M	Leeftijd bij opname ≤ 7 dagen	9 - Zorg op de materniteit (Pasgeborenen)
	N	- Leeftijd bij opname ≤ 28 dagen - EN de zorgperiode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepopulatie ⁴	10 - Neonatale zorg
	E	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	11 - Pediatrische zorg
	C, CD	- chirurgische DRG OF [DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf] - EN Leeftijd bij opname ≥ 14 jaar	12 - Heelkundige zorg
	D, CD	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname ≥ 14 jaar	13 - Geneeskundige zorg (niet-chirurgisch)
	G	Leeftijd bij opname ≥ 60 jaar	14 - Geriatrische zorg

² Deze items worden zeer weinig geregistreerd in DIV/M en – behalve de dag van de bevalling – kunnen niet tegelijkertijd met de items van de postnatale follow-up geregistreerd worden.

³ Omgekeerd: W400 wordt zeer weinig geregistreerd in DIV/MI en – behalve de dag van de bevalling – kan niet tegelijkertijd met de items van de prenatale follow-up geregistreerd worden.

⁴ Profielen 9 en 10 zijn zeer verwant. Door het criterium aangaande het item kunnen ze bij de toekenning van de NRG onderscheiden worden.

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
	L	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item V600 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	15 - Zorg aan besmettelijke patiënten
SPE	S1	Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	16 - Zorg bij cardio-pulmonaire aandoeningen
	S2	Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
	S3	Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	18 - Zorg bij neurologische aandoeningen
	S4	Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	19 - Palliatieve zorgen
	S5	Leeftijd bij opname \geq 1 jaar	20 - Zorg bij chronische polypathologieën
	S6	Leeftijd bij opname \geq 60 jaar	21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen

4.2.2 Criteria voor de korte zorgperiodes

De methode stelt dat op de dagen met transfer de zorg die de patiënten krijgen voornamelijk afhangt van het moment in kwestie (ziekenhuisopname, preoperatieve zorgperiode, enz.). De groepen van zorgperiodes worden dus in de eerste plaats gecreëerd op basis van specifieke momenten tijdens de verblijven.

Criteria m.b.t. de basisgroepen voor korte zorgperiodes: specifieke basisgroepen voor momenten tijdens het verblijf

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Andere criteria	Basisgroep
DIV		Operatiedag, preoperatieve zorgperiode	22 - Preoperatieve zorgen
DIV		Operatiedag, postoperatieve zorgperiode	23 - Postoperatieve zorgen
OPR		Operatiedag	24 - Zorg op recovery
DIV	AR, OB	- Dag van de bevalling (Moeders) - EN Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN Leeftijd bij opname \geq 10 jaar	25 - Obstetrische en verloskundige zorg op de dag van de bevalling (Moeders)
		- Verblijf van de bevalling - W100 of W200 gescoord tijdens de zorgperiode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode	26 - Prenatale verloskundige zorg (Moeders)

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

		- EN Leeftijd bij opname \geq 10 jaar	
		- Verblijf van de bevalling - W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN W400 gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname \geq 10 jaar	27 - Postnatale verloskundige zorg (Moeders)
DIV		Eerste zorgperiode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	28 - Zorgen bij de geboorte (Pasgeborenen)
DIV		Eerste zorgperiode van een verblijf anders dan geboorte of bevalling	29 - Zorg bij opname (verblijven anders dan geboorte of bevalling)
DIV		Laatste zorgperiode van het verblijf bij een overleden patiënt	30 - Zorg bij overlijden
DIV		Laatste zorgperiode van het verblijf bij de geboorte (Pasgeborene)	31 - Zorg aan de pasgeborene bij ontslag uit het ziekenhuis
DIV		Laatste zorgperiode van een verblijf anders dan overlijden of geboorte	32 - Zorg bij ontslag uit het ziekenhuis (verblijven anders dan geboorte of overlijden)

Vervolgens worden groepen gecreëerd op basis van de verschillende types verpleegeenheden, los van bovenvermelde specifieke momenten, en overeenkomstig dezelfde criteria als deze voor de NRG's van 24u.

Criteria m.b.t. de basisgroepen voor korte zorgperiodes: specifieke basisgroepen voor types verpleegeenheden

Uitzondering: de basisgroep obstetrische zorg/kraamzorg op de dag van de bevalling (NRG 6) wordt niet toegepast op de korte zorgperiodes. Deze wordt vervangen door NRG 25.

De kenletters M en MI werden toegevoegd aan NRG 6 om meer geselecteerde zorgperiodes te hebben. Deze groep is immers beperkt aangezien de meeste zorgperiodes op de dag van de bevalling korte zorgperiodes zijn.

Prefix verpleegeenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
INT	CI, HI	- chirurgische DRG OF [DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf] - EN Leeftijd bij opname \geq 14 jaar	1 - Chirurgische intensieve zorgen
	DI, HI	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname \geq 14 jaar	2 - Niet chirurgische intensieve zorgen
	EI	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en	3 - Pediatrische intensieve

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
		18 jaar	zorgen
	NI	Leeftijd bij opname ≤28 dagen	4 - Neonatale intensieve zorgen
BRU	BR	Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item L400 geregistreerd. EN Leeftijd bij opname ≥1 jaar	5 - Zorgen aan gecompliceerde wonden
DIV	M	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W100 en W200 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname ≥10 jaar	7 - Kraamzorg (moeders)
	MI	- Minstens 1 gescoord item onder W100, W200, W300 en W400 tijdens de periode - EN W400 niet gescoord tijdens de zorgperiode - EN Leeftijd bij opname ≥ 10 jaar	8 - Zorg bij hoogrisicozwangerschappen (moeders)
	M	Leeftijd bij opname ≤ 7 dagen	9 - Zorg op de materniteit (pasgeborenen)
	N	- Leeftijd bij opname ≤ 28 dagen - EN de zorgperiode telt minstens 1 item onder V200, V300 en V400 met een score die hoger is dan het gemiddelde van de referentiepopulatie	10 - Neonatale zorg
	E	Leeftijd bij opname tussen 29 dagen en 18 jaar	11 - Pediatrische zorg
	C, CD	- chirurgische DRG OF [DRG onbekend en verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf] - EN Leeftijd bij opname ≥ 14 jaar	12 - Heelkundige zorg
	D, CD	- niet-chirurgische DRG of onbekend, en geen verblijf in het operatiekwartier tijdens het verblijf - EN Leeftijd bij opname ≥14 jaar	13 - Geneeskundige zorg (niet chirurgisch)
	G	Leeftijd bij opname ≥ 60 jaar	14 - Geriatrische zorg
	L	- Gedurende de periode wordt minstens 1 keer het item V600 geregistreerd. - EN Leeftijd bij opname ≥1 jaar	15 - Zorg aan besmettelijke patiënten
	SPE	S1	Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar
S2		Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar	17 - Zorg bij locomotorische aandoeningen
S3		Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar	18 - Zorg bij neurologische

Prefix verpleeg-eenheid	Hoofdbedindex	Bijkomende criteria	Basisgroep
			aandoeningen
	S4	Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar	19 - Palliatieve zorgen
	S5	Leeftijd bij opname ≥ 1 jaar	20 - Zorg bij chronische polypathologieën
	S6	Leeftijd bij opname ≥ 60 jaar	21 - Zorg bij psychogeriatrische aandoeningen

Na creatie van de basisgroepen wordt er in het kader van de E-audit geen bijkomende cleaning uitgevoerd. Binnen de methodologie van de E-audit is het immers de bedoeling om extremen te visualiseren. Een cleaning van de meest extreme zorgperiodes is dan ook niet wenselijk. Dit in tegenstelling tot de NRG financieringsmethodologie, waar de doelstelling is om homogene profielen te creëren.

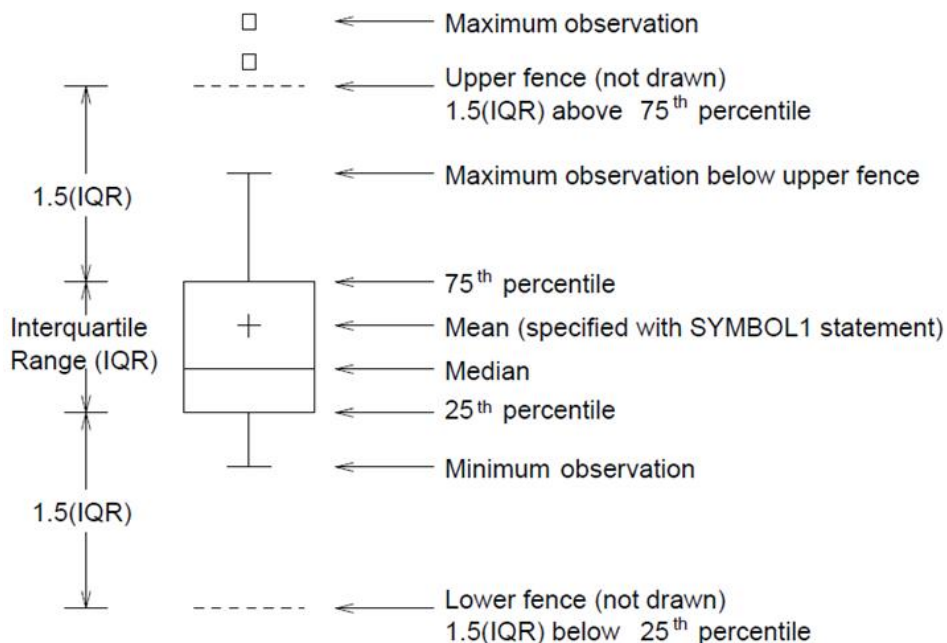
Zorgperiodes die niet kunnen worden toegewezen volgens bovenstaande criteria landen in basisgroep NULL. Op deze basisgroep worden geen verdere analyses uitgevoerd.

4.3 Visualisatie door middel van boxplots

Binnen de methodologie tot elektronische audit maken we gebruik van visualisaties door middel van boxplots.

Al deze boxplots worden geconstrueerd op volgende wijze:

- Bepaal de centrummaat (mediaan), de percentielen (P25, P75) en het minimum en maximum van de getallen reeks.
- Bereken de interkwartielafstand (IQR= P75 – P25)
- Teken een rechthoek met willekeurige hoogte die begrensd wordt door de percentielen P25 en P75.
- Deel de rechthoek in tweeën door een lijn bij de mediaan.
- Alle data die meer dan 1,5 maal de interkwartielafstand van de einden van de rechthoek verwijderd liggen worden als outliers beschouwd en als punten weergegeven.
- Geef de kleinste en grootste data die als niet outlier worden beschouwd weer d.m.v. een streepje dat verbonden wordt met de rechthoek.



Figuur 1: Schematische weergave van de gehanteerde boxplots

4.4 Analyse van het voorkomen van een VG-MZG item

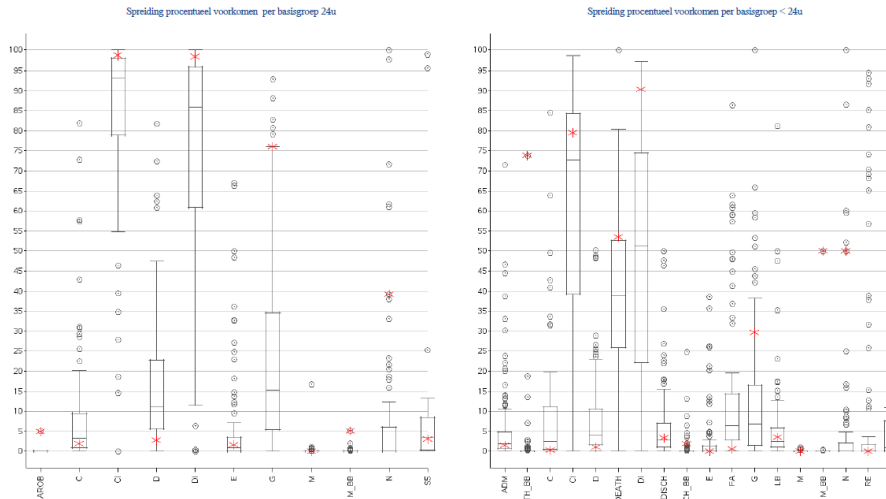
Concreet wordt hier voor een bepaalde basisgroep gekeken naar het procentueel voorkomen van de VG-MZG items. Hierbij wordt er dus abstractie gemaakt van de score. Volgende berekening wordt per ziekenhuis en per basisgroep toegepast.

$$\% \text{voorkomen item } x = \frac{n \text{ zorgperiodes met score } > 0 \text{ voor item } x}{n \text{ zorgperiodes}}$$

Wanneer het voorkomen van een item duidelijk groter is in een bepaald ziekenhuis versus andere ziekenhuizen voor de gekozen context, hebben we te maken met een ongewone situatie, die verdere toelichting vergt.

Het voorkomen van een item binnen een ziekenhuis wordt als duidelijk groter (outlier) beschouwd indien dit voorkomen buiten de outliergrenzen valt van de verdeling. De outliergrenzen zijn hierbij gelijkgesteld aan Q1 of Q3 +/- 1,5 IQR. Deze outliers worden binnen een boxplot weergegeven als de punten hoger of lager dan de whiskers (figuur 2). Om een vlot overzicht te krijgen op het voorkomen van een item binnen elke context wordt er gekozen voor een weergave waarbij elke basisgroep die voorkomt in een bepaald ziekenhuis wordt gevisualiseerd. De rode ster representeert de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van de nationale data voor een bepaald registratiejaar.

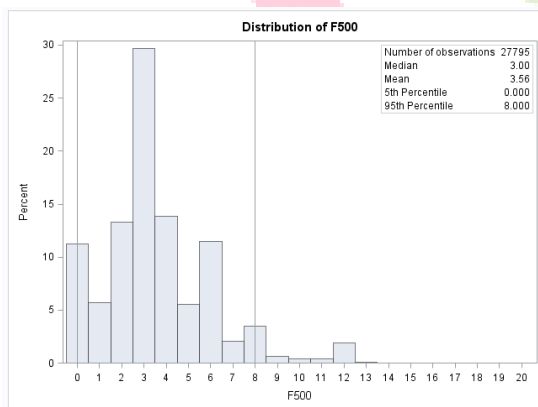
F500 - BIJZONDERE MONDZORG



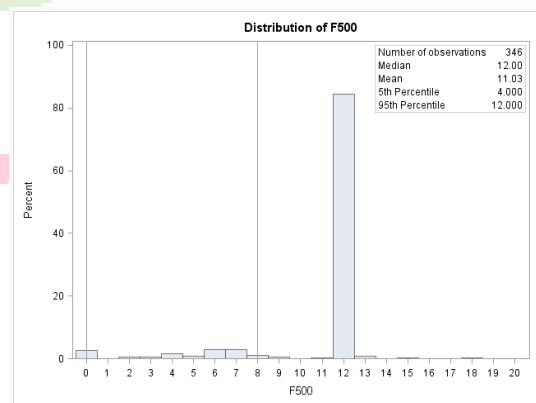
Figuur 2: Boxplot - Verdelingen van het voorkomen van item F500 voor alle ziekenhuizen en over alle basisgroepen

4.5 Analyse van de score van de frequentie items

Voor de frequentie items binnen de VG-MZG registratie wordt een bijkomende analyse uitgevoerd op de frequentie van de scores. Concreet wordt hier voor een bepaalde context een nationaal verpleegkundig profiel opgesteld per VG-MZG item, met andere woorden een referentieverdeling van de verpleegkundige activiteit. Binnen deze nationale referentieverdeling worden outliers bepaald en vervolgens wordt nagekeken of het voorkomen van deze outliers binnen de Belgische ziekenhuizen een systematisch patroon bevat. Met systematiek wordt bedoeld dat er een concentratie is van de nationaal geselecteerde outliers in een bepaald ziekenhuis of cluster van ziekenhuizen. Dit principe wordt concreet toegelicht aan de hand van onderstaand voorbeeld.



Figuur 3: Nationale verdeling item F500 (bijzondere mondzorg) basisgroep CI 24uurs zorgperiodes.



Figuur 4: Verdeling voor het item F500 (bijzondere mondzorg) basisgroep CI 24uurs zorgperiodes voor ziekenhuis x met weergave van de nationale referentielijnen voor percentiel 5 en percentiel 95.

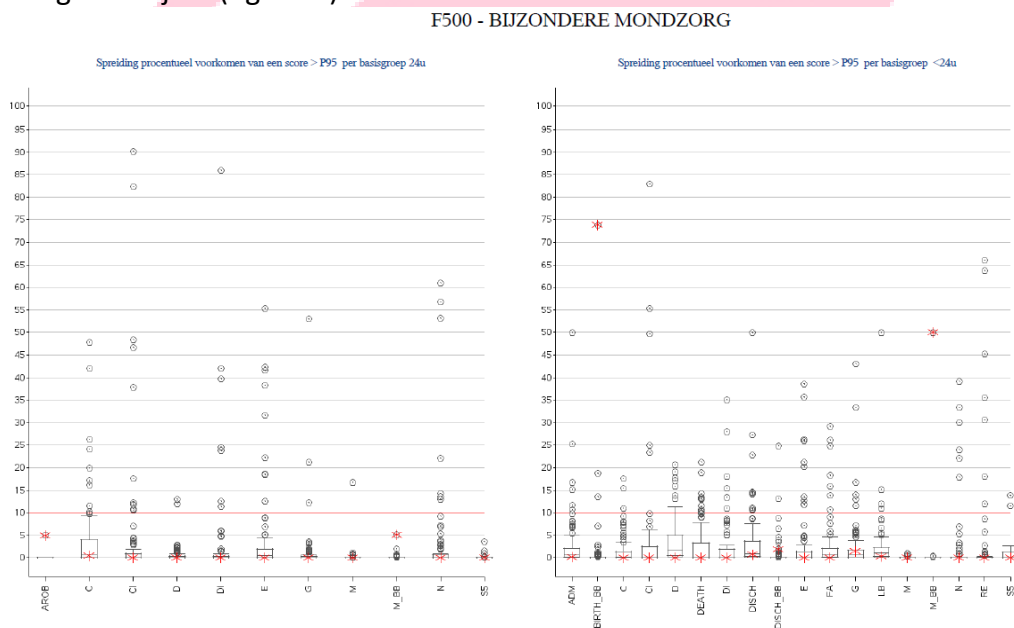
Als eerste bepaalt men de nationale verdeling van een numeriek item (figuur 3). Voor deze nationale verdeling worden dadelijk twee centrummaten (gemiddelde en mediaan) en de

percentielen⁵ P5 en P95 berekend. Outliers worden binnen deze verdeling bepaald als de zorgperiodes met een score hoger dan het percentiel 95 of lager dan het percentiel 5. We spreken respectievelijk van high- en lowoutliers.

In een tweede fase stelt men de verdeling voor hetzelfde item op voor een bepaald ziekenhuis. Op deze verdeling worden de nationaal bepaalde outliergrenzen toegepast (figuur 4). De combinatie van beide grafieken geeft een goede visuele weergave van de gelijkens of het verschil tussen de frequentieverdelingen.

Hierna wordt het aandeel berekend van enerzijds het aantal highoutliers (scores >P95) en anderzijds het aantal lowoutliers (scores < P5) voor alle ziekenhuizen. Wanneer dit aandeel voor de gekozen context duidelijk groter is in een bepaald ziekenhuis versus andere ziekenhuizen, hebben we te maken met een ongewone situatie, die verdere toelichting vergt.

Om een vlot overzicht te krijgen op het voorkomen van een afwijkende frequentie van een item binnen elke context wordt er gekozen voor een weergave waarbij elke basisgroep die voorkomt in een bepaald ziekenhuis wordt gevisualiseerd. De rode ster representeert ook hier de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van de nationale data voor een bepaald registratiejaar (figuur 5).



Figuur 5: Boxplot - Verdelingen van het aandeel high-outliers(>P95) van item F500 voor alle ziekenhuizen en over alle basisgroepen.

⁵ Een percentiel van een dataset is één van de in principe 99 punten die de geordende dataset in 100 delen van gelijke grootte verdelen. Het k-de percentiel is dan een getal dat de k% kleinere data van de (100-k)% grotere scheidt. Het 95ste percentiel is bijvoorbeeld een getal zodanig dat 95% van de data kleiner is of eraan gelijk en 5% groter of eraan gelijk.

4.6 Analyse van de evolutie van het voorkomen van een VG-MZG item

4.6.1 Analyse van de evolutie van het voorkomen van VG-MZG items per basisgroep

Concreet wordt hier binnen een bepaalde basisgroep gekeken naar de evolutie van het voorkomen van een item. Dit gebeurt door het verschil in voorkomen van een item per basisgroep tussen het huidige en voorgaande jaar te bestuderen.

De analyse gebeurt aan de hand van de onderstaande formule:

$$\% \text{ evolutie item } x = (\% \text{ voorkomen item } x \text{ jaar } x) - (\% \text{ voorkomen item } x \text{ (jaar } x-1))$$

De evolutie van een item binnen een ziekenhuis wordt als duidelijk groter (outlier) beschouwd indien dit voorkomen buiten de outliergrenzen valt van de verdeling. De outliergrenzen zijn ook hier gelijkgesteld aan Q1 of Q3 +/- 1,5 IQR. Deze outliers worden binnen een boxplot weergegeven als de punten hoger of lager dan de whiskers.

Om een vlot overzicht te krijgen op het voorkomen van een item binnen elke context wordt er gekozen voor een weergave waarbij elke basisgroep die voorkomt in een bepaald ziekenhuis wordt gevisualiseerd. De rode ster representeert ook hier de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van de nationale data voor een bepaald registratiejaar (figuur 6).



Figuur 6: Boxplot - Verdelingen van de procentuele evolutie van het voorkomen van item F500 voor alle ziekenhuizen en over alle basisgroepen.

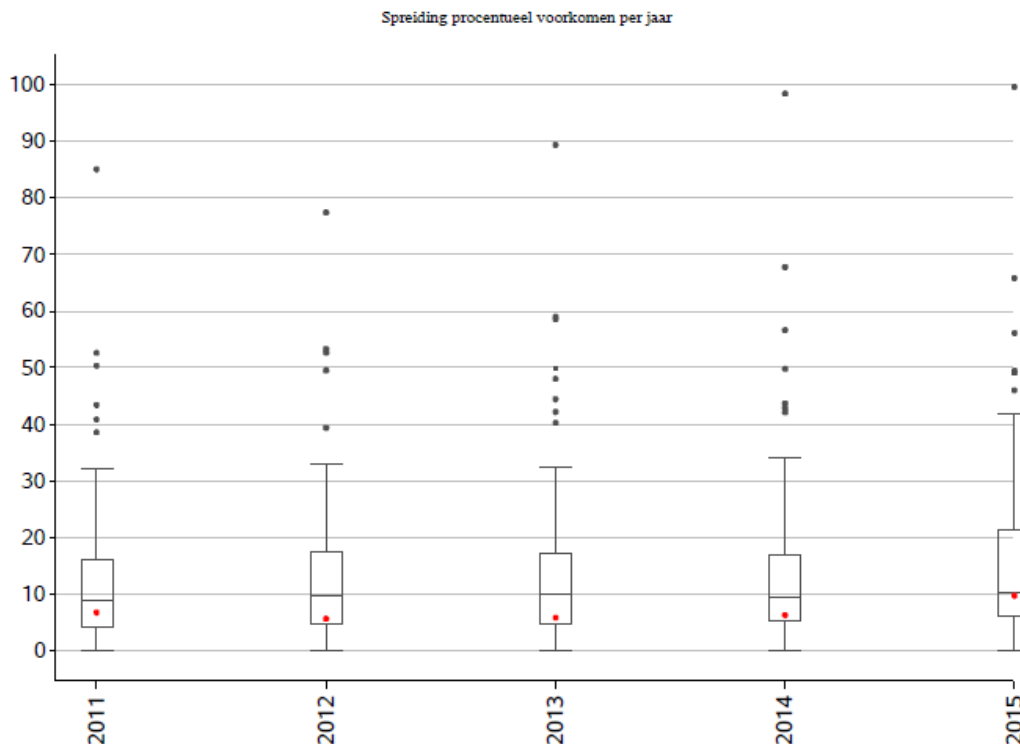
4.6.2 Analyse van de evolutie van het voorkomen van VG-MZG items op ziekenhuisniveau

In deze analyse wordt op alle geregistreerde VG-MZG items binnen de instelling in kwestie en hun specifieke controles (C001 tot C025: zie 4.6) een analyse uitgevoerd met betrekking tot de evolutie in het voorkomen van de items tijdens de laatste registratiejaren.

De analyse gebeurt aan de hand van de onderstaande formule:

$$\% \text{ voorkomen item } x = \frac{n \text{ zorgperiodes met score } > 0 \text{ voor item } x}{n \text{ zorgperiodes}}$$

Om een vlot overzicht te krijgen op het voorkomen van een item op ziekenhuisniveau per registratiejaar, wordt er gekozen voor een weergave waarbij per item het voorkomen van dit item op ziekenhuisniveau voor de laatste registratiejaren worden gevisualiseerd. De rode ster representeert ook hier de positionering van het ziekenhuis ten opzichte van de nationale data voor een bepaald registratiejaar (figuur 7).



Figuur 7: Boxplot - Verdelingen van de evolutie in het voorkomen van item F500- bijzondere mondzorg tussen 2011 t.e.m. 2015 voor een bepaald ziekenhuis ten opzichte van de nationale data.

4.7 Specifieke controles

Naast de globale controles op het voorkomen en de frequentie van de VG-MZG items worden er specifieke controles gedefinieerd. Het gaat hier om gerichte controles die bepaald worden o.b.v. de klinische vaststellingen die gebeuren binnen voorgaande oefeningen. Binnen deze controles gaan we inzoomen op het voorkomen van specifieke codeermogelijkheden, scores of specifieke combinaties van items. Hier wordt dus eenzelfde techniek gehanteerd dan bij de analyse van het voorkomen van een item, maar dan voor 1 specifieke codeermogelijkheid, score of een specifieke combinatie van items. In bijlage 2 vindt u een overzicht van de gangbare specifieke controles.

5 Selectieprocedure van de ziekenhuizen

Alle ziekenhuizen worden elektronisch geauditeerd volgens de manier beschreven in hoofdstuk 4. Om op basis van bovenstaande methodologie te komen tot een selectie van ziekenhuizen en items die diepgaander dienen geauditeerd te worden, zullen de verschillende outliers worden ingedeeld als primaire of secundaire outliers. Deze indeling gebeurt op basis van 2 criteria die rekening houden met het percentage dat als outlier wordt herkend en het volume aan zorgperiodes binnen de controlegroep.

Criteria om outliers te herkennen als primair:

- Bij de toetsen voor het voorkomen en de frequentie
 - o Het procentueel voorkomen of het procentueel aantal zorgperiodes met een score boven de P95 moet meer dan 10 procent bedragen.
 - o Het volume aan zorgperiodes binnen de basisgroep van het ziekenhuis moet hoger liggen dan percentiel 5 van het volume aan zorgperiodes binnen alle basisgroepen.

Daarna wordt per ziekenhuis het percentage van alle uitgevoerde controles (Totaal aantal controles = (aantal items (78) + aantal specifieke controles (25)) x aantal basisgroepen van het ziekenhuis (variabel, max=53)) dat als primaire outlier wordt herkend, berekend. Het is op basis van deze analyse dat we instellingen zullen categoriseren in functie van hun prioriteit tot audit.

Op basis van de resultaten van de berekening op de gegevens van VG-MZG 2013 wordt volgende verdeling bekomen:

0-1% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=30
>1-2% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=39
>2-3% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=28
>3-5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=26
>5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=3
Totaal n = 126

Voor de gegevens van VG-MZG 2014 wordt volgende verdeling bekomen:

0-1% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=29
>1-2% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=40
>2-3% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=25
>3-5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=25
>5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=5
Totaal: n=124

Voor de gegevens van VG-MZG 2015 wordt volgende verdeling bekomen:

0-1% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=30
>1-2% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=30
>2-3% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=29
>3-5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=22
>5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=4
Totaal: n=115

Op basis van de primaire outliers worden, zoals in de eerste cyclus van elektronische audits, de ziekenhuizen geselecteerd waarvoor minimum 2% van de basisgroepen als outlier worden geregistreerd. We bereiken op deze manier een lijst van 55 te auditeren ziekenhuizen tijdens de MZG 2014 en de MZG 2015. Sinds de audit in 2016 op basis van de gegevens van 2013, hadden de geauditeerde instellingen niet de mogelijkheid om hun gegevens voor 2014 en 2015 aan te passen. Om deze reden werden de lijsten van 55 volgens de procedure te auditeren instellingen aangepast om de prioriteit te geven aan de instellingen die nog niet geauditeerd werden in 2016 (op basis van de gegevens van 2013).

Op deze manier wordt voor VG-MZG 2014 (in vergelijking met MZG 2013 en 2014) volgende verdeling bekomen:

0-1% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=1

>2-3% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=2

Totaal: n=3

Opmerking: 1 ziekenhuis werd toch behouden in de verdeling ondanks dat de outlier kleiner dan 2% betreft. Zij werden voor de gegevens van VG-MZG 2013 gevlagd als outlier, maar werden nog niet elektronisch geauditeerd aangezien de gegevens van MZG 2013 niet op tijd werden ingediend.

Voor de gegevens van MZG 2015 (in vergelijking met 2013, 2014 en 2015) wordt volgende verdeling bekomen:

>2-3% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=7

>3-5% van de basisgroepen van een ziekenhuis werden geïdentificeerd als outlier: n=1

Totaal: n=8

Opmerking: de instellingen die in de audit VG-MZG 2015 worden geïncludeerd zijn de instellingen die niet als outlier (<2%) werden geïdentificeerd voor 2014 en 2013. Ook de ziekenhuizen geïdentificeerd als outlier voor VG-MZG 2015 en 2014, die geen outlier waren in 2013 (<2%) worden geïncludeerd.

De items die werden geïdentificeerd als primaire outlier, werden gecontroleerd op basis van hun voorkomen, hun frequentiescore, de specifieke controles en/of de evoluties in de registratie over de twee VG-MZG registratiejaren. Deze gegevens zullen klinisch worden geïnterpreteerd door de auditeurs. Op basis van de gestelde vragen kunnen de ziekenhuizen hun registratie schriftelijk verantwoorden. Na de analyse van deze verantwoording door de verpleegkundige auditeurs kan eventueel bijkomend een audit ter plaatse volgen.

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

Overzichtstabel: Verdeling van de ziekenhuizen op basis van de resultaten van de berekening op de gegevens van VG-MZG			
% van de basisgroepen van een ziekenhuis die als outlier worden geïdentificeerd	2013 (n)	2014 (n)	2015 (n)
0%-1%	30	29	30
>1%-2%	39	40	30
>2%-3%	28	25	29
>3%-5%	26	25	22
>5%	3	5	4
TOTAAL	126	124	115
Bijkomende audit in 2016	65		
Bijkomende audit in 2017		1	9 ¹
Ontbrekend	1		
<p>Opmerking ¹ 1 ziekenhuis werd toch behouden in de verdeling ondanks dat de outlier kleiner dan 2% betreft. Zij werden voor de gegevens van VG-MZG 2013 gevlagd als outlier, maar werden nog niet elektronisch geauditeerd aangezien de gegevens van MZG 2013 niet op tijd werden ingediend.</p>			

6 Procedure van de gerichte externe audit

6.1 Aankondiging van de gerichte externe audit

De aankondiging van de gerichte externe audits gebeurt via een schrijven gericht aan de algemene directie, de verpleegkundig directeur en de (VG-)MZG verantwoordelijke van de betrokken ziekenhuizen.

De betrokken instellingen ontvangen een schrijven met de aankondiging dat hun registratie de aandacht van de verpleegkundige auditeurs getrokken heeft, aangezien zij over een belangrijk aandeel primaire outliers beschikken. Dit schrijven omvat ook een aantal specifieke vragen wat betreft de primaire outliers.

Er wordt gevraagd aan de instelling om schriftelijk antwoord te bieden op deze vragen binnen de 10 werkdagen. De instellingen krijgen op deze manier de kans om hun geregistreerde gegevens te verantwoorden aan de hand van klinische relevantie. Dit kan door middel van informatie aangaande de registratie of de interpretatie van de VG-MZG items en het verschaffen van de betreffende verpleegplannen, procedures of interne protocollen.

6.2 Analyse van de antwoorden

De schriftelijke antwoorden van de ziekenhuizen worden op hun beurt geanalyseerd door de verpleegkundige auditeurs.

Op basis van deze analyse kunnen er per antwoord drie types beslissingen genomen worden.

- 1) Het antwoord is voldoende duidelijk en geeft een antwoord op de gestelde vragen zonder aanleiding te geven voor foutieve registratie en/of anomalieën. Er dient geen bijkomende verificatie van de gegevens plaats te vinden.
- 2) Het antwoord is niet voldoende duidelijk, geeft geen antwoord op de gestelde vraag of de opgevraagde verpleegplannen, procedures of interne protocollen ontbreken. Een bijkomend contact met de instelling is vereist.
- 3) Het antwoord is (on)duidelijk en geeft een antwoord op de vraag/op een deel van de vraag. Er is sprake van foutieve registratie en/of anomalieën. De verpleegkundige auditeurs formuleren eventueel opmerkingen en/of duidingen over aanpassingen in een conclusie. Het is aanvullend mogelijk dat een audit ter plaatse zal volgen op basis van een geselecteerde lijst dossiers gebaseerd op de items die aanzien worden als outliers.

Daarna worden per ziekenhuis de beslissingen van alle antwoorden bij elkaar gelegd en wordt er intern door de verpleegkundige auditeurs beslist voor welke instellingen een aanvullende audit ter plaatse zinvol is.

6.3 Verduidelijking van de beslissing

Voor de instellingen waarvan de verpleegkundige auditeurs intern beslissen dat een bijkomende audit ter plaatse niet nodig is, zal er na het voltooien van de analyse van de antwoorden van de instellingen een rapport opgesteld worden met de bevindingen van de schriftelijke audit en een besluit geformuleerd worden.

Dit rapport herneemt volgende punten:

- Een tabel die alle administratieve gegevens bevat
- De naam van de auditeur(s)
- De gegevens van de afgevaardigden van de instelling en hun functie
- Een korte introductie
- Het percentage van de basisgroepen die gedetecteerd werden als outlier
- De items waarvoor minstens 1 basisgroep als outlier werd gevlagd
- De vragen die gesteld werden aan de instellingen betreffende de outliers samen met de antwoorden van de instelling
- Een conclusie, aangevuld met enkele algemene opmerkingen

Bij de instellingen waarvan er door de verpleegkundige auditoren beslist wordt dat een aanvullende audit ter plaatse een meerwaarde is om ontbrekende antwoorden, foutieve antwoorden, onvolledige antwoorden te kunnen verduidelijken of ontbrekende verpleegplannen, procedures of interne protocollen te kunnen toelichten, krijgen een brief met de aankondiging dat er in hun instelling zal overgegaan worden tot een audit ter plaatse.

6.4 Audit ter plaatse

6.4.1 Aankondiging van de externe audit

De planning van een externe audit wordt uitgewerkt in samenwerking met het secretariaat van de auditdienst. Deze maakt afspraken met de instellingen volgens een kalender die wordt opgesteld door de verpleegkundige auditoren en het is eveneens verantwoordelijk voor het versturen van de brieven en de e-mails.

Een externe audit omvat de volgende stappen:

De betrokken instelling wordt ten minste 10 werkdagen op voorhand verwittigd per telefoon, en vervolgens per mail omtrent de datum van het bezoek.

De instellingen ontvangen 48u voor de audit een e-mail met daarin:

- De naam van de auditeur(s)
- Eventueel een lijst met de dossiernummers
- Een herinnering met de voorbereidingen die het ziekenhuis voor de audit moet treffen
- Een vraag om de ontvangst van de e-mail te bevestigen

6.4.2 Verloop van de externe audit

1 of 2 auditoren bezoeken de instelling. De audit duurt meestal één dag.

Bij aanvang van de audit vragen de verpleegkundige auditoren op basis van hun rapport meer verduidelijking over de schriftelijke antwoorden die de instelling heeft gegeven op de eerste fase van de externe audit.

Tijdens de audit gaan de verpleegkundige auditeurs eventueel over tot een hercodering van de VG-MZG items op basis van de inlichtingen uit het patiënten dossier, met de codeerhandleiding (van toepassing op de te controleren gegevens) als referentie. Indien een lijst met dossiers werd doorgestuurd ter voorbereiding van de audit wordt nagegaan of alle gevraagde dossiers aanwezig zijn. De codering gebeurt in een informaticatoepassing die de verpleegkundige auditeurs in staat stelt de gegevens die verstuurd werden door de instelling te visualiseren.

Om een goed verloop van de audit te garanderen, wordt de verantwoordelijke van de registratie van de verpleegkundige gegevens verzocht om aanwezig te zijn tijdens de volledige duur van de audit. Eventueel kan hij/zij vervangen worden door een gedelegeerd lid van het verpleegkundig kader.

Daarnaast is het wenselijk dat de directie van het verpleegkundig departement aanwezig is bij de ontvangst en bij de samenvatting van de eerste vaststellingen.

Ter verduidelijking :

- Het onderhoud met de verantwoordelijke heeft o.a. tot doel zich ervan te vergewissen dat alle geselecteerde dossiers aanwezig zijn, de structuur van het dossier voor te stellen en andere daarmee verband houdende documenten toe te lichten (standaard verpleegplan, procedures).
- Het auditteam stelt aan het einde van de namiddag zijn voorlopige conclusies voor op basis van de eerste vaststellingen.
- Aan het einde van de audit wordt er aan de verantwoordelijke *mondelijke* feedback gegeven over de eerste vaststellingen. Het is belangrijk te benadrukken dat het slechts om voorlopige conclusies gaat.
- De duur van één auditdag is gelimiteerd tot een maximum van 11 uur en omvat eveneens de tijd die de auditeur nodig heeft voor het transport van en naar de audit.

6.4.3 Criteria voor de validering van de VG-MZG items

Nadat de bovengenoemde procedure doorlopen is wordt de focus gelegd op de dossiers die de primaire outliers bevatten, waarvoor het ziekenhuis onvoldoende toelichting heeft kunnen geven in de schriftelijke audit.

De auditeur voert de controle uit op basis van het verpleegkundig dossier en van de bijgevoegde documenten. Enkel de verpleegkundige activiteiten, die beantwoorden aan de geldigheidscriteria van de codeerhandleiding die op dat moment van kracht is, krijgen een score op voorwaarde dat ze zijn opgenomen in het verpleegkundig dossier. Een verpleegkundige activiteit wordt gewoonlijk als uitgevoerd beschouwd na validatie ervan d.m.v. de paraaf of de handtekening in het dossier van de zorgverlener die de zorg heeft uitgevoerd.

Als een VG-MZG item (die geen frequentie item is) wordt geregistreerd zonder dat aan de vooropgestelde definitie van het item wordt voldaan of indien er controledocumenten ontbreken, wordt de waarde 'nul' aan dit item toegekend. Als een VG-MZG frequentie item wordt geregistreerd zonder dat aan de vooropgestelde definitie van het frequentie item wordt voldaan of indien er controledocumenten ontbreken, wordt aan dit item de score

toegekend die, volgens de auditeurs, overeenkomt met de eigenlijke frequentie van het frequentie item in het patiëntendossier.

Om een score te valideren moet de auditeur de essentiële elementen terugvinden in het verpleegkundig dossier, rekening houdende met de minimale algemene condities waaraan het dossier moet voldoen en de codeerhandleiding voor de Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Ziekenhuisgegevens (VG-MZG), met name versie 1.4 voor de gegevens uit 2008/1 en 2, versie 1.5 voor de gegevens uit 2009/1 en 2, 2010/1 en 2, en 2011/1 en versie 1.6 voor de gegevens vanaf 2011/2. Daartoe volgt men een lijst met minimale elementen die teruggevonden moeten worden:

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20111223_vg-mzg_itemskaart1_nl.pdf

6.5 Finaal audit rapport

Na de voltooiing van de audit wordt een auditrapport opgemaakt. In dit rapport worden de resultaten van de statistische audits weergegeven en de eindconclusie van de FOD opgenomen.

Dit rapport herneemt volgende punten:

- Een tabel die alle administratieve gegevens bevat
- De naam van de auditeur(s)
- De gegevens van de afgevaardigden van de instelling en hun functie
- Een korte introductie
- Het percentage van de basisgroepen die gedetecteerd werden als outlier
- De items waarvoor minstens 1 basisgroep als outlier werd gevlagd
- De vragen die gesteld werden aan de instellingen betreffende de outliers samen met de antwoorden van de instelling gegeven tijdens de audit ter plaatse

Het eindrapport, ondertekend door directeur-generaal van het Directoraat Generaal Gezondheidszorg en het diensthoofd Datamanagement, wordt verstuurd binnen de 30 dagen na het uitvoeren van de audit ter plaatse.

Bijlagen

Bijlage 1: Basisgroepen binnen het NRG financieringsmodel

Basisgroep	Basisgroep omschrijving
NULL	GEEN BASISGROEP TOEGEWENZEN
1 - CI	1 - CHIRURGISCHE INTENSIEVE ZORGEN
2 - DI	2 - NIET CHIRURGISCHE INTENSIEVE ZORGEN
3 - EI	3 - PEDIATRISCHE INTENSIEVE ZORGEN
4 - NI	4 - NEONATALE INTENSIEVE ZORGEN
5 - BR	5 - ZORGEN AAN GEkomplICEERDE WONDEN
6 - AROB	6 - OBSTETRISCHE ZORG/KRAAMZORG OP DE DAG VAN DE BEVALLING (MOEDERS)
7 - M	7 - KRAAMZORG (MOEDERS)
8 - MI	8 - ZORG BIJ HOOGRISICOWANGERSCHAPPEN (MOEDERS)
9 - M_BB	9 - ZORG OP DE MATERNITEIT (PASGEBORENEN)
10 - N	10 - NEONATALE ZORG
11 - E	11 - PEDIATRISCHE ZORG
12 - C	12 - HEELKUNDIGE ZORG
13 - D	13 - GENEESKUNDIGE ZORG (NIET CHIRURGISCH)
14 - G	14 - GERIATRISCHE ZORG
15 - L	15 - ZORG AAN BESMETTELIJKE PATIENTEN
16 - S1	16 - ZORG BIJ CARDIO-PULMONAIRE AANDOENINGEN
17 - S2	17 - ZORG BIJ LOCOMOTORISCHE AANDOENINGEN
18 - S3	18 - ZORG BIJ NEUROLOGISCHE AANDOENINGEN
19 - S4	19 - PALLIATIEVE ZORGEN
20 - S5	20 - ZORG BIJ CHRONISCHE POLYPATHOLOGIEËN
21 - S6	21 - ZORG BIJ PSYCHOGERIATRISCHE AANDOENINGEN
22 - LB	22 - PREOPERATIEVE ZORGEN
23 - FA	23 - POSTOPERATIEVE ZORGEN
24 - RE	24 - ZORG OP RECOVERY
25 - AROB_B	25 - OBSTETRISCHE EN VERLOSKUNDIGE ZORG OP DE DAG VAN DE BEVALLING (MOEDERS)
26 - AROB_PRE	26 - PRENATALE VERLOSKUNDIGE ZORG (MOEDERS)
27 - AROB_POST	27 - POSTNATALE VERLOSKUNDIGE ZORG (MOEDERS)

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

28 - BIRTH_BB	28 - ZORGEN BIJ DE GEBOORTE (PASGEBORENEN)
29 - ADM	29 - ZORG BIJ OPNAME (VERBLIJVEN ANDERS DAN GEBOORTE OF BEVALLING)
30 - DEATH	30 - ZORG BIJ OVERLIJDEN
31 - DISCH_BB	31 - ZORG AAN DE PASGEBOREN BIJ ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS
32 - DISCH	32 - ZORG BIJ ONTSLAG UIT HET ZIEKENHUIS (VERBLIJVEN ANDERS DAN GEBOORTE OF OVERLIJDEN)



Bijlage 2: Specifieke controles

Controle	Technische omschrijving	Korte omschrijving
C001	CONTROLE ITEM B210 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	OPVOLGING MICTIE URINAIR CONTINENTE PATIENT
C002	CONTROLE ITEMS B220 T.E.M. B250 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	ZORG BIJ DE URINAIRE UITSCHEIDING VERSCHILLENDE VAN OPVOLGING
C003	CONTROLE ITEM B410 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	OPVOLGING DEFECATIE CONTINENTE PATIENT FAECES
C004	CONTROLE ITEMS B420 T.E.M. B440 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1 OF 2	ZORG BIJ DE FAECALE UITSCHEIDING VERSCHILLENDE VAN OPVOLGING
C005	CONTROLE ITEM C110 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	INSTALLATIE BEDLEGERIGE PATIENT
C006	CONTROLE ITEM C120 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	AANWEZIGHEID TIJDENS HET INSTALLEREN VAN DE NIET BEDLEGERIGE PATIENT
C007	CONTROLE ITEM C120 MET EEN SCORE VERSCHILLENDE VAN 1	ZORGEN BIJ HET INSTALLEREN VAN DE NIET BEDLEGERIGE PATIENT VERSCHILLENDE VAN DE AANWEZIGHEID TIJDENS DE INSTALLATIE
C008	CONTROLE ITEM C200 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	BEGELEIDING BIJ HET VERPLAATSEN PATIENT AFDELING/KAMER
C009	CONTROLE ITEM C200 MET EEN SCORE VERSCHILLENDE VAN 1	HULP VERPLAATSEN PATIENT AFDELING/KAMER VERSCHILLENDE VAN BEGELEIDING
C010	CONTROLE ITEMS D110/D120 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	OPVOLGING OF LOGISTIEKE ONDERSTEUNING BIJ DE VOEDING
C011	CONTROLE ITEM D110/D120 MET EEN SCORE VERSCHILLENDE VAN 1	ZORGEN MBT DE VOEDING VERSCHILLENDE VAN OPVOLGING OF LOGISTIEKE ONDERSTEUNING
C012	CONTROLE ITEMS D110/D120 MET EEN SCORE GELIJK AAN 4	GUIDING MET PERMANENTE AANWEZIGHEID BIJ DE VOEDING
C013	CONTROLE ITEMS F110/F120 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	OPVOLGING OF LOGISTIEKE ONDERSTEUNING BIJ DE HYGIËNISCHE VERZORGING
C014	CONTROLE ITEMS F110/F120 MET EEN SCORE VERSCHILLENDE VAN 1	HYGIËNISCHE VERZORGING VERSCHILLENDE VAN OPVOLGING OF LOGISTIEKE ONDERSTEUNING
C015	CONTROLE ITEMS F110/F120 MET EEN SCORE GELIJK AAN 4	GUIDING MET PERMANENTE AANWEZIGHEID BIJ DE HYGIËNISCHE VERZORGING
C016	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS C110/D120	INSTALLATIE BEDLEGERIGE PATIENT GESCOORD IN COMBINATIE MET ZORGEN VOEDING EETZAAL
C017	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS C110/F300	INSTALLATIE BEDLEGERIGE PATIENT GESCOORD IN COMBINATIE MET HULP DAGKLEDIJ
C018	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS C110/W100	INSTALLATIE BEDLEGERIGE PATIENT GESCOORD IN COMBINATIE MET ZORGEN RELAXATIE

Methodologie van de gerichte statistische externe audit van de VG-MZG

		VOORBEREIDING BEVALLING
C019	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS E200/E400	SYMPTOOMMANAGEMENT: NAUSEA EN/OF BRAKEN GESCOORD IN COMBINATIE MET SYMPTOOMMANAGEMENT: SEDATIE
C020	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS E300/E400	SYMPTOOMMANAGEMENT: MOEHEID GESCOORD IN COMBINATIE MET SYMPTOOMMANAGEMENT: SEDATIE
C021	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS K200 MET SCORE 2 MET D110 OF D120 OF D200	VERBETEREN ADEMHALING: ENDOTRACHEALE TUBE OF LARYNXMASKER GESCOORD IN COMBINATIE MET ZORGEN MBT DE VOEDING VOLWASSENE OF KIND
C022	CONTROLE ITEM V300 MET EEN SCORE HOGER DAN 5	CONTINUE OPVOLGING VAN MEER DAN 5 VITALE PARAMETERS
C023	CONTROLE OP DE COMBINATIE VAN DE ITEMS L100 T.E.M. L400: ZORGEN AAN MINIMUM 2 WONDES OF MINIMUM 2 WONDZONE'S	ZORGEN AAN MINIMUM 2 WONDES OF MINIMUM 2 WONDZONE'S
C024	CONTROLE ITEM G100 MET EEN SCORE GELIJK AAN 1	OPVOLGING VAN URINEDEBIET / VOEDINGSTOESTAND / GEWICHT
C025	CONTROLE ITEM G100 MET EEN SCORE VERSCHILLENDE VAN 1	OPVOLGING VAN DE VOCHTBALANS