

# A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system – Supplement 2

*KCE reports 128S2*

## **The Belgian Health Care Knowledge Centre**

Introduction: The Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) is an organization of public interest, created on the 24<sup>th</sup> of December 2002 under the supervision of the Minister of Public Health and Social Affairs. KCE is in charge of conducting studies that support the political decision making on health care and health insurance.

### **Administrative Council**

Actual Members: Pierre Gillet (President), Dirk Cuypers (Vice-president), Jo De Cock (Vice-president), Frank Van Massenhove (Vice-president), Yolande Avondtroodt, Jean-Pierre Baeyens, Ri de Ridder, Olivier De Stexhe, Johan Pauwels, Daniel Devos, Jean-Noël Godin, Floris Goyens, Jef Maes, Pascal Mertens, Marc Moens, Marco Schetgen, Patrick Verertbruggen, Michel Foulon, Myriam Hubinon, Michael Callens, Bernard Lange, Jean-Claude Praet.

Substitute Members: Rita Cuypers, Christiaan De Coster, Benoît Collin, Lambert Stamatakis, Karel Vermeyen, Katrien Kesteloot, Bart Ooghe, Frederic Lernoux, Anne Vanderstappen, Paul Palsterman, Geert Messiaen, Anne Remacle, Roland Lemeye, Annick Poncé, Pierre Smiets, Jan Bertels, Catherine Lucet, Ludo Meyers, Olivier Thonon, François Perl.

Government commissioner: Yves Roger

### **Management**

Chief Executive Officer: Raf Mertens

Assistant Chief Executive Officer: Jean-Pierre Closon

### **Information**

Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg - Centre fédéral d'expertise des soins de santé – Belgian Health Care Knowledge Centre.

Centre Administratif Botanique, Doorbuilding (10th floor)

Boulevard du Jardin Botanique 55

B-1000 Brussels

Belgium

Tel: +32 [0]2 287 33 88

Fax: +32 [0]2 287 33 85

Email : [info@kce.fgov.be](mailto:info@kce.fgov.be)

Web : <http://www.kce.fgov.be>

## Supplement 2 – Description of Belgian health databases

### Table of contents

<b>DEEL 1: FOD VOLKSGEZONDHEID – SPF SANTÉ PUBLIQUE .....</b>	<b>4</b>
RCM-MKG (MINIMAL CLINICAL DATA).....	4
RIM - MVG .....	9
RPM - MPG .....	12
MUG-SMUR.....	15
FINHOSTA .....	17
STATISTIQUES HOSPITALIERES –ZIEKENHUISSTATISTIEKEN (HOSPITAL STATISTICS).....	19
CENTRAAL INSTELLINGENBESTAND (CIC).....	21
CENTRAAL BEROEPENBESTAND GEZONDHEIDSZORG.....	23
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.....	25
NIMS-NUBEL.....	27
<b>DEEL 2 : RIZIV – INAMI .....</b>	<b>29</b>
DOCUMENTEN C .....	29
DOCUMENTEN N (1975-2005) .....	32
NIEUWE DOCUMENTEN N (2006-... ).....	34
DOCUMENTEN P .....	36
DOCUMENTEN H .....	38
DOCUMENTEN PH .....	40
DOCUMENTEN FH .....	42
DOCUMENTEN FM.....	44
STATISTIEKEN ROB-RVT-CDV .....	45
DOCUMENTEN AZV-SHA .....	47
STATMD.....	49
DOCUMENTEN PAT.....	50
ECHANTILLON PERMANENT .....	51
<b>DEEL 3 : FARMANET- PHARMANET .....</b>	<b>52</b>
PHARMANET – DOC OTD.....	52
PHARMANET – DOC OTDPU .....	54
<b>DEEL 4 : TECHNISCHE CEL - CELLULE TECHNIQUE .....</b>	<b>57</b>
MKG - MFG .....	57
<b>DEEL 5 : IMA-AIM .....</b>	<b>59</b>
IMA DATABANKEN .....	59
ECHANTILLON PERMANENT .....	63
<b>DEEL 6 : REGISTERS EN FONDS-REGISTRES ET FONDATIONS .....</b>	<b>64</b>
DATAWAREHOUSE ARBEIDSMARKT EN SOCIALE BESCHERMING.....	64

RIJKSREGISTER.....	68
REGISTRE DES MALADIES PROFESSIONNELLES – CENTRE DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION (CTI).....	72
REGISTRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	74
REGISTRE DU CENTRE ANTIPOISONS.....	75
FONDATION REGISTRE DU CANCER - STICHTING KANKERREGISTER (BELGIAN CANCER REGISTRY).....	77
<b>DEEL 7 : WIV - ISP .....</b>	<b>83</b>
SURVEILLANCE VAN MULTI-RESISTENTE KIEMEN IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN .....	83
HEALTH INTERVIEW SURVEY .....	87
NATIONALE SURVEILLANCE VAN CLOSTRIDIUM DIFFICILE-INFECTIES.....	91
TABAKSGEBRUIK.....	96
IKED-STUDIE.....	97
HUISARTSENPEILPRAKTIJKEN.....	99
ICU_ NATIONALE SURVEILLANCE VAN NOSOCOMIALE INFECTIES OP INTENSIEVE ZORGEN III	
MRSA_ NATIONALE SURVEILLANCE VAN METHICILINE-RESISTENTE STAPHYLOCOCCUS AUREUS.....	120
PRIKACCIDENTEN_ NATIONALE SURVEILLANCE VAN ACCIDENTEEL BLOEDCONTACT ....	125
PWI_ NATIONALE SURVEILLANCE VAN POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES.....	129
REGISTER VAN AIDS-PATIENTEN.....	133
REGISTRE DES SÉROPOSITIFS CONFIRMÉS PAR LABOS DE RÉFÉRENCE.....	136
RESOPRIM.....	139
SEP_ NATIONALE SURVEILLANCE VAN NOSOCOMIALE SEPTICEMIEËN.....	142
TAHIBI46	
<b>DEEL 8 : NIS - INS.....</b>	<b>148</b>
REGISTRE DE DÉCÈS.....	148
REGISTRE DE NAISSANCES.....	156
PSBH 159	
SOCIO-ECONOMISCHE ENQUETE - ENQUÊTE SOCIO-ECONOMIQUE .....	162
HUISHOUDBUDGETONDERZOEK – ENQUÊTE BUDGET DES MÉNAGES.....	168
<b>DEEL 9 : GEMEENSCHAPPEN &amp; GEWESTEN – COMMUNAUTÉS ET RÉGIONS ...</b>	<b>172</b>
DONNEES D'AGREMENT REGIONALES DES INSTITUTIONS DE SOINS.....	172
PATIENTENREGISTRATIE VAN DE CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.....	180
REGISTRE DE LA TUBERCULOSE (FARES): REGION WALLONNE - REGION DE BRUXELLES-CAPITALE - BELGIQUE.....	182
BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA TUBERCULOSE (MULTI)RESISTANTE EN BELGIQUE.....	186
REGISTER VAN DE TUBERCULOSE (VRGT): VLAAMS GEWEST - BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST - BELGIE .....	187
DATABANK VAN DE (MULTI)RESISTENTE TUBERCULOSE IN BELGIE.....	188

OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE : BANQUE DE DONNEES MEDICO-SOCIALES (BDMS).....	189
REGISTRE DE NEPHROLOGIE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE (R.N.C.F.B.)	191
GEGEVENS BANK VAN HET STUDIECENTRUM VOOR PERINATALE EPIDEMIOLOGIE .....	192
KIND&GEZIN-KINDEREN DATABANK - SYSTEEM IKAROS .....	196
EAST FLANDERS PROSPECTIVE TWIN SURVEY (EFPTS.) .....	201
MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE: MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE 203	
LEERLINGENBEVRAGING VAD.....	205
HBSC-STUDY: HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (VLAAMSE GEMEENSCHAP).....	207
EUROCAT ANTWERPEN.....	212
GEGEVENS BANK 'MOEDER & KIND' .....	215
TABLEAU DE BORD DE LA SANTE DES JEUNES DU HAINAUT .....	216
REGISTRE DE L'AGENCE WALLONNE POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES 219	
GEGEVENS BANK WGKVL (WIT-GELE KRUIS VLAANDEREN).....	220
D.I.M. VLAAMS FONDS .....	222
TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI), POUR LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE ....	224
<b>DEEL 10 : ACADEMISCHE RESEARCHGROEPEN – RECHERCHES ACADÉMIQUES</b> .....	<b>226</b>
BELGIAN DIABETES REGISTRY.....	226
REGISTER VAN ACUTE CORONAIRE AANVALLEN M.B.T. GENT EN BRUGGE .....	229
ANALYSE DE LA CONDITION PHYSIQUE DES JEUNES DE 10 A 18 ANS EN COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE .....	231
BELSTRESS - "STRESS ET SANTÉ" .....	233
CARENCE IODÉE (ICCIDD) .....	236
BORDET-DEPISTAGE DU CANCER.....	237
NATIONAAL REFERENTIELABORATORIUM STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE .....	238
INTERUNIVERSITAIR ONDERZOEKSCENTRUM VOOR SPORTBELEID .....	239
BELGIAN SOFT TISSUE NEOPLASM REGISTRY (BSTNR).....	241
CORN OF NBVN-REGISTRATIE (NEDERLANDSTALIGE BELGISCHE VERENIGING VOOR NEFROLOGIE).....	243
REGISTRE DES EVENEMENTS CORONARIENS AIGUS CONCERNANT CHARLEROI.....	246
B.I.R.N.H.: BELGIAN INTERUNIVERSITY RESEARCH ON NUTRITION AND HEALTH.....	250
EUROCAT HAINAUT - NAMUR .....	252
ANOMALIES CONGENITALES METABOLIQUES ET HYPOTHYROIDIE .....	255
<b>DEEL 11: VZW-ASBL .....</b>	<b>257</b>
DATABANK MISI: ARBEIDSGENEESKUNDIG REGISTRATIESYSTEEM .....	257
DIRACT: DIRECTION DE LA RECHERCHE SUR L'AMELIORATIONS DES CONDITIONS DE TRAVAIL.....	260

# DEEL I: FOD VOLKSGEZONDHEID – SPF SANTÉ PUBLIQUE

## RCM-MKG (MINIMAL CLINICAL DATA)

Up to date

2009

### Contact

Managing Organization : Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu / Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins

Direction de la Politique des Soins de Santé

Service Datamanagement ID36B

Place Victor Horta, 40, boîte 10, Etage I – 1060 Bruxelles

Responsible person : Jean Legrand

Telephone: 02 524 8650

E-mail: jean.legrand@health.fgov.be

### Aims

The Minimal Clinical Data (MCD) is a national administrative and clinical database recorded at the hospital level and collected every 6 months by the Federal Public Service of Health and Environment. The MCD registration is mandatory for each outpatient or inpatient stay in every non-psychiatric hospital in Belgium since 1991. This administrative clinical database contains administrative information on the patient (year of birth, sex, domicile zip code) or on his/her stay (length of stay, year and month of admission and discharge, bed type occupation). The clinical information recorded include the diagnoses as well as the diagnostic and therapeutic procedures coded in ICD-9-CM (International Classification of Disease, 9th revision). Based on the codes recorded per stay, Ministry runs the APR-DRG version 15th grouper program to assign an APR-DRG (All-Patient Refined Diagnosis Related Group) to every stay in the database.

Les objectifs sont:

- organisation du financement des hôpitaux ;
- détermination des besoins en équipements hospitaliers ;
- définition de normes d'agrément qualitatives et quantitatives des hôpitaux et de leurs services ;
- détermination de la politique relative à l'exercice de l'art de guérir ;
- définition d'une politique épidémiologique.

Objectifs de l'enregistrement des contacts des services d'urgence agréés:

- avoir un aperçu de la répartition géographique des activités des fonctions soins urgents spécialisés (jusqu'au niveau des sites des hôpitaux) ;
- avoir un aperçu de tous les contacts avec les services

Plus d'information dans le rapport KCE vol.30 S

## Methodology

Data sources (organisations/databases): Hôpitaux

Les hôpitaux disposent d'un programme de contrôle local grâce auquel ils peuvent contrôler leurs données et les envoyer au SPF Santé Publique. Un second programme de contrôle est utilisé au SPF. Celui-ci contient des contrôles supplémentaires.

## Data recorded

Source : Directives pour l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (R.C.M.), Nouveau concept (Enregistrement des urgences et hospitalisation chirurgicale de jour incl.), OCTOBRE 2003

Tableau 15-1: description de record LE FICHER 'HOPITAL'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro d'agrément

Champ 5: date de création des fichiers ASCII

Tableau 15-2: description de record LE FICHER 'PATIENT A L'HOPITAL'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement (clé de patient)

Champ 3: numéro anonyme de patient à l'hôpital (clé de patient)

Champ 4: année de la naissance

Tableau 15-3: description de record LE FICHER 'SEJOUR HOSPITALIER'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: type de séjour hospitalier

Champ 6: année de l'admission

Champ 7: mois de l'admission

Champ 8: journée de la semaine d'admission

Champ 9 : code réadmission

Champ 10: réadmission en nombre de jours depuis la dernière sortie

Champ 11: mois de la sortie

Champ 12: journée de la semaine de sortie

Champ 13: durée totale de séjour hospitalier (jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement) exprimée en journées

Champ 14: sexe

Champ 15: indicateur d'âge

Champ 16: code postal Belgique

Champ 17: code INS Belgique

Champ 18: code de pays

Champ 19: indicateur de nationalité

Champ 20: lieu avant l'admission

Champ 21: type d'admission

Champ 22: adressé par

Champ 23: destination

Champ 24: type de sortie

Champ 25: année d'enregistrement (clé de patient)

Champ 26: numéro anonyme de patient à l'hôpital (clé de patient)

Champ 27: nombre total des journées à facturer totalement (jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement) pour le séjour hospitalier

Tableau 15-4: description de record LE FICHER 'SEJOUR EN SPECIALITE'

Champ 1: Numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de la spécialité

Champ 7: durée de séjour dans la spécialité calculée en journées (jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement)

Champ 8: durée de séjour dans la fonction 'soins intensifs' en journées

Champ 9: durée de séjour dans la fonction 'soins intensifs' en heures

Tableau 15-5: description de record LE FICHER 'SEJOUR EN INDEX DE LIT'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de l'index de lit

Champ 6: code index de lit

Champ 7: durée de séjour en index de lit calculée en journées (jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement)

Champ 8: nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement actuelle 33 - 37

Champ 9: nombre de journées à facturer totalement pour l'année d'enregistrement précédente

Champ 10 : nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement actuelle

Champ 11: nombre de journées à facturer partiellement pour l'année d'enregistrement précédente

Champ 12: nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement actuelle

Champ 13: nombre de journées à ne pas facturer pour l'année d'enregistrement précédente

Tableau 15-6: description de record LE FICHER 'SEJOUR EN UNITE DE SOINS'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement



Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de l'unité de soins

Champ 6: code d'unité de soins

Champ 7: durée de séjour en unité de soins calculée en journées (jusqu'à la fin du semestre d'enregistrement)

Tableau 15-7: description de record LE FICHER 'DIAGNOSTIC'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de la spécialité

Champ 6: diagnostic

Champ 7: code de diagnostics principal / secondaires et info urgences (1)

Champ 8: degré de certitude

Tableau 15-8: description de record LE FICHER 'PROCEDURE ICD-9-CM'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de la spécialité (3)

Champ 6: code de diagnostic(2)

Champ 7: code de procédure ICD-9-CM (1)

Champ 8: délai entre l'admission à l'hôpital et la réalisation de la procédure ICD-9-CM

Champ 9: code 'réalisé à l'extérieur'

Champ 10: degré d'urgence

Champ 11: code anesthésie

Tableau 15-9: description de record LE FICHER 'PROCEDURE INAMI'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement

Champ 3: semestre d'enregistrement

Champ 4: numéro de séjour

Champ 5: numéro d'ordre de l'index de lit

Champ 6: code de procédure INAMI

Champ 7: numéro d'ordre de la même procédure INAMI

Champ 8: délai entre l'admission à l'hôpital et la mise en oeuvre de la procédure INAMI

Tableau 15-10: description de record LE FICHER 'DONNEES RELATIVES A LA NAISSANCE DU NOUVEAU-NE'

Champ 1: numéro CTI

Champ 2: année d'enregistrement du nouveau-né

- Champ 3: numéro anonyme de patient à l'hôpital
- Champ 4: année d'enregistrement du séjour de la mère.
- Champ 5: semestre d'enregistrement du séjour de la mère
- Champ 6: numéro de séjour de la mère
- Champ 7: année d'enregistrement de la mère
- Champ 8: numéro anonyme de patient de la mère à l'hôpital
- Champ 9: lieu de naissance
- Champ 10: code de naissance ICD-9-CM
- Champ 11: code d'ordre de succession de la naissance
- Champ 12: heure de la naissance
- Champ 13: poids à la naissance
- Champ 14: score apgar après 1 minute
- Champ 15: score apgar après 5 minutes
- Champ 16: semaines de grossesse
- Champ 17: durée de séjour de la mère avant l'accouchement
- Champ 18: année d'enregistrement du séjour de naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs
- Champ 19: semestre d'enregistrement du séjour de la naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs
- Champ 20: numéro de séjour du séjour de la naissance ou premier séjour à l'hôpital pour des enfants nés ailleurs

#### Time characteristics

Les données RCM de tous les hôpitaux généraux doivent être envoyées tous les semestres à la cellule RCM du SPF Santé Publique.

Du 01/10/1990 à ce jour.

## RIM - MVG

### Up to date

2009

### Contact

Managing Organization: SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, DGI Organisation des Etablissements de Soins , Service Datamanagement.

Address: Place Victor Horta, 40, Etage I, boîte 10, 1060 Bruxelles.

Responsible persons: Anne Delvaux

Téléphone: 02 524.86.46

E-mail: [anne.delvaux@health.fgov.be](mailto:anne.delvaux@health.fgov.be)

### Aims

Le RIM (Résumé Infirmier Minimum – MVG / Minimale Verpleegkundige Gegevens) est un enregistrement obligatoire effectué dans tous les hôpitaux non psychiatriques depuis 1988. Le nombre de journées d'enregistrement est limité aux périodes d'enregistrement discontinu. L'enregistrement se fait chaque première quinzaine des mois de mars, juin, septembre et décembre. Pour chacune de ces quatre périodes, le SPF désigne ultérieurement cinq jours.

L'enregistrement RIM poursuit les objectifs suivants :

- organisation du financement des hôpitaux (depuis 1994);
- définition des besoins en équipements hospitaliers ;
- définition des normes d'agrément qualitatives et quantitatives applicables aux hôpitaux et à leurs services ;
- définition de la politique en matière d'exercice de la médecine ;
- définition d'une politique épidémiologique.

### Methodology

Data sources (organisations/databases): Hôpitaux aigus et spécialisés

Les données sont enregistrées dans les hôpitaux puis exportées vers le SPF Santé Publique. Les hôpitaux doivent utiliser le programme RIMVG03 permettant de contrôler les données. Pour exporter les données vers le Ministère, on ne peut trouver plus de 3% d'erreurs pour l'ensemble des tables et plus de 2% d'erreurs par table. Ils peuvent aussi utiliser le programme de FBILL pour un premier feedback. Au SPF, les données sont copiées dans le système informatique et subissent une série de contrôles: les mêmes que dans les hôpitaux ainsi que des contrôles supplémentaires. Si la qualité des données est insuffisante, les hôpitaux doivent corriger leurs données. Si la qualité est suffisante, les données sont acceptées. La base de données nationale est constituée lorsque les données de tous les hôpitaux pour une année sont acceptées. Sur cette base nationale, une série de contrôles supplémentaires est appliquée avant d'exploiter les données. En plus des contrôles informatiques des données, des audits externes sont effectués dans les hôpitaux: des infirmiers-auditeurs vérifient la concordance entre le dossier infirmier et les items enregistrés dans le RIM. Liste des contrôles disponibles dans le guide d'utilisation RIM version 2003, pp 3 à 44

### Data recorded

Pas de layout disponible en ce moment. Des informations sur le contenu peuvent être trouvées sur :

<http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mvg/infortoepas/rimvg/manual.pdf>.

Des informations plus précises sur les prestations infirmières peuvent être trouvées sur: <http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/regsys/mvg/methodologie/index.htm>

Les données suivantes sont enregistrées :

- données générales concernant l'établissement et les services ;
- données relatives au patient ;
- données relatives au séjour du patient ;
- soins infirmiers administrés (23 items) ;
- données relatives au personnel, par unité de soins ;
- données facultatives relatives au degré de dépendance (AVQ).

#### 2.4.3.1 DONNEES SUR LE PATIENT

Sexe du patient

Année de naissance du patient

#### 2.4.3.2 DONNEES SUR LE SEJOUR

Type de séjour

Numéro de séjour

Date d'admission (facultatif)

Date de sortie (facultatif)

Absence ou présence du bébé dans la chambre de la mère

#### 2.4.3.3 DONNEES SUR L'ÉTABLISSEMENT ET L'UNITÉ

Numéro d'agrément de l'hôpital

Numéro CTI de l'hôpital

Numéro de l'unité de soins

Date de création et date de fin de l'unité de soins

Index du service de l'unité de soins

Nombre de lits de l'unité de soins

#### 2.4.3.4 DONNEES SUR LES SOINS INFIRMIERS

Données récoltées jour par jour

Soins d'hygiène (hygiène corporelle+habillage/déshabillage vêtements de nuits)

- Soins liés à la mobilisation
- Soins liés à l'élimination urinaire ou fécale
- Soins liés à l'alimentation et l'hydratation per os
- Soins liés à l'alimentation et l'hydratation par sonde : Non / Oui
- Soins spécifiques de la bouche : fréquence par 24h (de 0 à 99)
- Prévention d'escarres par changement de position : fréquence

par 24h (de 0 à 99)

- Aide pour l'habillement civil (vêtements de jour) : Non / Oui
- Soins à la canule trachéale ou au tube endotrachéal
- Rédaction de l'anamnèse infirmière : Non / Oui
- Education à l'autonomie
- Prise en charge d'une crise émotionnelle : Non / Oui
- Soins au patient désorienté
- Mesures d'isolement pour la prévention de la contamination

- Enregistrement de paramètres vitaux
- Enregistrement de paramètres physiques
- Surveillance de traction, plâtre ou fixateur externe : Non / Oui
- Prélèvement de sang : fréquence par 24h (de 0 à 99)
- Administration de médication par voie intramusculaire, sous-cutanée

ou intradermique

- Administration de médication par voie intraveineuse
- Surveillance de perfusion permanente
- Soins de plaie chirurgicale
- Soins de plaie traumatique (lésion cutanée) - surface corporelle

soignée :

- Soins de plaie traumatique – nombre de soins
- Dépendance pour se laver
- Dépendance pour s'habiller
- Dépendance pour se déplacer
- Dépendance pour aller à la toilette
- Dépendance pour manger
- Incontinence urines et selles
- Communication
- Comportement psycho-social
- Sens de l'orientation

#### 2.4.3.5 DONNEES SUR LE PERSONNEL INFIRMIER

Par unité et par jour

- Nombre d'infirmiers gradués et accoucheuses (A1)
- Heures totales prestées par les infirmiers gradués et

accoucheuses (A1)

- Nombre d'infirmiers brevetés et assistants hospitaliers (A2)
- Heures totales prestées par les infirmiers brevetés et assistants

hospitaliers (A2)

- Nombre de soignants (A3)
- Heures totales prestées par les soignants (A3)
- Nombre d'assistants en logistique (A4)
- Heures totales prestées par les assistants en logistique (A4)
- Nombre de membres du personnel d'autres disciplines (ergothérapeutes, secrétaires, etc.) (A5)
- Heures totales prestées par les membres du personnel d'autres disciplines (ergothérapeutes, secrétaires, etc.) (A5)
- Nombre d'étudiants des 5 catégories
- Heures totales prestées par les étudiants des 5 catégories

#### Time characteristics

1. Début / Start:1988; 2. Continuité – Periodicité / Continuïteit – Periodiciteit:- discontinu ; - 20 dd. par année; 3. Suspension / Stop:2006

A partir de 2008, l'enregistrement des données infirmières et celui des données de personnel sont intégrés à l'enregistrement RHM (Résumé Hospitalier Minimum).

## RPM - MPG

### Up to date

2009

### Contact

Managing Organization: SPF Santé Publique et environnement

Address: Psychosocial Health Care Service, Eurostation Zone ID08A, Victor

Hortaplein 40 bus 10 - 1060 Brussel

NUTS level: (BE)

Responsible persons: Jan Van de Velde

Role: Advisor registration systems

Telephone: 02 524.86.03

Fax: 02 524.86.20

E-mail: [Jan.Vandevelde@health.fgov.be](mailto:Jan.Vandevelde@health.fgov.be)

Jean-Pierre Gorissen

Datamanagement

Tel : 02 524 86 49

Fax : 02 524 86 99

E-mail: [jeanpierre.gorissen@health.fgov.be](mailto:jeanpierre.gorissen@health.fgov.be)

### Aims

Le RPM (Résumé Psychiatrique Minimum, MPG – Minimale Psychiatrische gegevens) est un enregistrement obligatoire dans tous les hôpitaux psychiatriques (HP) et les services psychiatriques en hôpitaux généraux (SPHG) en Belgique depuis le 1er juillet 1996 et dans les initiatives d'habitations protégées (IHP) et les maisons de soins psychiatriques (MSP) depuis le 1er septembre 1998. Les informations sont collectées de façon continue: des données sont consignées au début du séjour médico-psychiatrique, au cours de chaque période distincte de traitement ainsi qu'à la fin du traitement. Les données enregistrées comprennent entre autres :

- les données socio-démographiques du patient
- les diagnostics et problèmes à l'admission
- les données de traitements
- les diagnostics et problèmes résiduels à la sortie.

Des données d'échantillon (discontinues) sont également collectées pendant 2 périodes de 7 jours (Dit wordt sinds 2003 niet meer opgevraagd (zie website : [https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET\\_PG/HOMEPAGE\\_MENU/GEZONDHEIDZORGI\\_MENU/ZORGINSTELLINGENI\\_MENU/REGISTRATIESYSTEMI\\_MENU/MPGMINIMALEPSYCHIATRISCHEGEGEVENS\\_MENU/DIRECTIVESI\\_HIDE/DIRECTIVESI\\_DOCS/REVISIE\\_REVISIEMPG\\_1999.PDF](https://portal.health.fgov.be/pls/portal/docs/PAGE/INTERNET_PG/HOMEPAGE_MENU/GEZONDHEIDZORGI_MENU/ZORGINSTELLINGENI_MENU/REGISTRATIESYSTEMI_MENU/MPGMINIMALEPSYCHIATRISCHEGEGEVENS_MENU/DIRECTIVESI_HIDE/DIRECTIVESI_DOCS/REVISIE_REVISIEMPG_1999.PDF) )

L'enregistrement du RPM pour but de soutenir la politique de santé à mener, en ce qui concerne:

- - la détermination des besoins en équipements psychiatriques;
- - la définition des normes qualitatives et quantitatives d'agrément des hôpitaux et des services psychiatriques / les maisons de soins psychiatriques / les initiatives d'habitations protégées;
- - l'organisation du financement des hôpitaux et des services psychiatriques / des maisons de soins psychiatriques / des initiatives d'habitations

protégées, y compris le contrôle de l'utilisation efficace des allocations de fonds publics;

- - l'élaboration d'une politique sur la base de données épidémiologiques

## Methodology

Data sources (organisations/databases) :

- • Hôpitaux psychiatriques
- • Services psychiatriques des hôpitaux généraux
- • Initiatives d'habitations protégées
- • Maisons de soins psychiatriques

Avant exportation, les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus de 1% d'items vides, tous types de fiches confondues. Les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus de 2% d'items remplis avec un code "inconnu", tous types de fiches confondues. Les envois sont refusés et renvoyés pour correction s'ils contiennent plus de x % d'items ayant des codes erronés, fautifs, tous types de fiches confondues. Il n'y a pas d'audit externe réalisé car le MPG ne sert à aucune forme de financement.

Dans le passé les rapports nationaux constituaient une forme de contrôle de qualité des données. Dans le futur les institutions recevront un feed-back individuel qui leur permettra de contrôler la qualité des données envoyées.

## Data recorded

La description du contenu des données est disponible sur: [https://portal.health.fgov.be/portal/page?\\_pageid=56,653858&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56,653858&_dad=portal&_schema=PORTAL)

Les données enregistrées comprennent entre autres :

- les données socio-démographiques du patient
- les diagnostics et problèmes à l'admission
- les données de traitements
- les diagnostics et problèmes résiduels à la sortie.

### Liste de données relatives à la structure

Données générales relatives à l'établissement

Organisation fonctionnelle unités de vie

XXX

### Liste des données Résumé Psychiatrique Minimum continu

Identification patient

Admission médicale

Données socio-démographiques

Diagnostic provisoire à l'admission médicale

Traitement médical

#### **Début de traitement**

Problèmes au début de la période de traitement/séjour

Signes & symptômes psychiques

Problèmes relationnels

Problèmes liés au fonctionnement social

Problèmes liés au développement

Problèmes liés aux fonctions physiques

Objectifs thérapeutiques visés (les objectifs doivent concerner les problèmes qui ont contribué de manière directe à l'admission)

**Fin de traitement**

Récapitulatif des soins dispensés durant la période écoulée

Soins de base

Administration d'un traitement

Récapitulatif des surveillances exercées pendant la période écoulée

Récapitulatif des évaluations effectuées

Récapitulatif des traitements psychotropes et médicamenteux

Récapitulatif des traitements relationnels

Diagnostic DSM IV définitif à la fin de la période de traitement/ séjour

**Sortie intermédiaire**

**Sortie médicale**

Problèmes résiduels à la sortie médicale

Signes & symptômes Psychiques

Relations

Problèmes liés au fonctionnement social

Problèmes liés au développement

Problèmes liés aux fonctions physiques

Objectifs thérapeutiques visés pour le suivi proposé

Suivi proposé

*Liste des données du Résumé Psychiatrique Minimum discontinu*

Données discontinues patient

DONNÉES GÉNÉRALES

FONCTIONNEMENT DU PATIENT

- Fonctionnement de Base
- Fonctionnement Social
- Gestion du Comportement
- Comportement Relationnel

LES SOINS (enregistrés par semaine)

ECHANTILLON DONNEES EQUIPE DE SOINS (par semaine  
D'enregistrement)

LISTE DE DONNÉES DE JOURNÉES D'ENTRETIEN RÉALISÉES  
PAR INDEX DE SERVICE (enregistrement par trimestre)

Time characteristics

De 1996 à ce jour



## MUG-SMUR

### Up to date

2009

### Contact

Managing Organization: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Directoraat-generaal Organisatie

Gezondheidszorgvoorzieningen (DGI)

Responsible persons:

Chris Decoster

Directeur-generaal DGI (eindverantwoordelijke).

Telephone: 02 524 85 00

E-mail: [chris.decoster@health.fgov.be](mailto:chris.decoster@health.fgov.be)

Secretariaat: 02 524 85 01

Ingrid Mertens

Hoofd datamanagement FOD Volksgezondheid

Telephone: 02 524 86 40

E-mail: [ingrid.mertens@health.fgov.be](mailto:ingrid.mertens@health.fgov.be)

Secretariaat: Albert Pirongs – [albert.pirongs@health.fgov.be](mailto:albert.pirongs@health.fgov.be) - 02 524 86 41

Eveline Depuijdt

Medewerker dienst Datamanagement

Telephone: 02 524 85 17

E-mail: [eveline.depuijdt@health.fgov.be](mailto:eveline.depuijdt@health.fgov.be)

Rony Van Kerckem

Medewerker dienst Datamanagement

Telephone: 02 524 86 55

E-mail: [ronny.vankerchem@health.fgov.be](mailto:ronny.vankerchem@health.fgov.be)

### Aims

Gegevens m.b.t. de interventies uitgevoerd door de Mobile Urgentiegroepen (MUG) verbonden aan Belgische ziekenhuizen. De MUG-gegevens worden geregistreerd door het invullen van MUG-fiches in een via het internet toegankelijk registratieprogramma zijnde <http://www.smur-mug.health.fgov.be>. Hiervoor is er een authenticatiesysteem voorzien dat de toegang tot de verschillende toepassingsgebieden van het systeem beheert.

De MUG-registratie heeft de volgende doelstellingen:

- Activiteitenregistratie per interventie voor alle MUG-diensten ;
- De werking van de erkende MUG-diensten te evalueren.

## Methodology

Data sources (organisations / databases): Belgische ziekenhuizen met MUG-dienstverlening

Zie gebruikershandleiding bijlage 3: Technische verwerking van de registratie infrastructuur.

## Data recorded

Momenteel is de dienst Datamanagement de gebruikershandleiding volledig aan het updaten. Deze zal binnen afzienbare tijd ter beschikking worden gegeven aan de MUG-gebruikers.

De handleiding kan men op twee manier raadplegen:

1. Via de MUG-applicatie. Hoe? Na het inloggen in de MUG-applicatie dienst men te kiezen voor de rubriek 'Documentatie' (momenteel nog de versie dd. 28 november 2008)
2. Via de website van de FOD Volksgezondheid: Home > Gezondheidszorg > Zorginstellingen > Registratiesystemen > MUG > Gebruikershandleiding van de online MUG-registratie (momenteel nog de versie dd. 28 november 2007).

De MUG-fiche omvat:

- gegevens betreffende de MUG oproep en interventie
- gegevens betreffende de patiënt en de klinische toestand
- gegevens betreffende de klinische interventies

Voor een opsomming van de variabelen verwijst ik graag naar de gebruikershandleiding.

## Time characteristics

De registratie loopt sinds 31 maart 2008.

## FINHOSTA

### Up to date

2006

### Contact

MANAGING ORGANISATION: SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Address: DG I Organisation des Etablissements de Soins, Eurostation Bloc II - first floor, Place Victor Horta 40 box 10, B-1060 Brussels

Responsible persons: Etienne Hennuy

- Role : Adjoint Conseiller Général & Projets Informatiques
- Telephone: 02 524 87 06
- Fax: 02 524 87 79
- E-mail: Etienne.Hennuy@health.fgov.be

### Aims

Collecte obligatoire de données destinées au calcul du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux. Elle permet de répartir entre les hôpitaux un budget de 6,3 milliards d'EURO et d'établir une base de données statistique à l'intention des décideurs et des chercheurs. La base de données comprend des données comptables, statistiques (admissions, sorties, décès, /) et des données détaillées sur le personnel des hôpitaux.

Les objectifs sont :

- Calcul du Budget des Moyens Financiers des Hôpitaux
- Analyse économique et financière : ratios de rentabilité, de liquidité, de solvabilité, de gestion, données de personnel (coût moyen par ETP, /)
- Comparaisons entre hôpitaux à des fins d'analyse

Plus d'information dans le rapport KCE vol.30 S

### Methodology

Data sources (organisations/databases): Hôpitaux

L'application FINHOSTA a été dotée d'une série de contrôles obligatoires effectués au niveau de l'hôpital avant de pouvoir produire le fichier à transmettre au Ministère. Certains contrôles sont bloquants et empêchent la production du fichier de transmission.

### Data recorded

Source : rapport KCE vol.30 S.

#### COMPTABILITE

Comptabilité générale: montants par codes comptes

1. Comptabilité analytique: montants par codes comptes, uniquement classes 6 à 7 du Plan Comptable, soit charges et produits, et uniquement pour les frais directs et par centres de frais : amortissements, charges financières, frais généraux, entretien, chauffage, administration, buanderie et lingerie, alimentation, internat, frais médicaux

#### STATISTIQUES

1. Clés de répartition appliquées par centre de frais
2. Relevé mensuel des lits, journées, admissions, sorties et décès par organisme assureur et par centre de frais

3. Données de financement : données nécessaires au calcul des sous parties B2, B4 et B5 du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux
4. Données de financement (surfaces budgétaires) : surfaces réelles des centres de frais, du quartier opératoire, surfaces calculées de l'administration et surface totale de l'hôpital après répartition à charge du BMF
5. Relevé trimestriel des forfaits
6. Nombre annuel de lits, journées, admissions, sorties, décès, par organisme assureur et centre de frais, nombre de patients présents au 01/01 et au 31/12

#### AUTRES INFORMATIONS

1. Justification des loyers
2. Charges d'emprunts
3. Charges de crédit à court terme, par organisme financier
4. Amortissements par centres de frais

#### INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL

1. Charges du personnel par centres de frais
2. Catégorie de personnel
3. Type de personnel
4. Grades/ fonctions
5. Sexe
6. prestations irrégulières du personnel, par centre de frais
7. Effectif du personnel

#### INFORMATIONS SUR LE PERSONNEL : BILAN SOCIAL - ETAT DES PERSONNES OCCUPEES

1. Travailleurs inscrits au registre du personnel
2. Intérimaires et personnes mises à la disposition de l'hôpital
3. Mouvements du personnel au cours de l'exercice
4. Etat concernant l'usage, au cours de l'exercice, des mesures en faveur de l'emploi.
5. Renseignements sur les formations pour les travailleurs au cours de l'exercice

#### ANNEXES AU BILAN

1. Etat des frais d'établissement et des immobilisations incorporelles et financières
2. Etat des immobilisations corporelles
3. Dettes garanties
4. Dettes fiscales, salariales et sociales
5. Bilan
6. Compte de résultats après répartition
7. Résultats par centres de frais définitifs

#### Time characteristics

De 1988 à ce jour

## STATISTIQUES HOSPITALIERES –ZIEKENHUISSTATISTIEKEN (HOSPITAL STATISTICS)

Up to date

2009

Contact

Managing Organization : Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu / Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins

Direction de la Politique des Soins de Santé

Service Datamanagement ID36B

Place Victor Horta, 40, boîte 10, Etage I – 1060 Bruxelles

Responsible persons: Dominique Dicker

Telephone 02 524.85.61

E-mail dominique.dicker@health.fgov.be

Aims

Base de données issue d'un questionnaire annuel, ayant pour but d'offrir une description analytique des aspects importants du paysage hospitalier belge. Elle concerne les hôpitaux belges, aigus, spécialisés et psychiatriques. Les différents domaines couverts sont l'organisation hospitalière, les activités sociales, l'informatique et télématique médicale, l'assurance qualité, l'information spécifique sur les programmes de soins, les services médicaux et médicotechniques, fonctions et département, l'équipement.

Plus d'information dans le rapport KCE vol.30 S

Methodology

Data sources (organisations/databases): Hôpitaux aigus, spécialisés et psychiatriques

Contrôle automatique des données dichotomiques (test de complétude) au sein de l'institution avant l'envoi de la banque de données. Un contrôle automatique sur les données chiffrées se fait au sein du SPF (outliers + comparaison des données par rapport à l'année passée).

Data recorded

Source: Rapport KCE vol.30 S.

I. INFORMATIONS A CARACTERE GÉNÉRAL

I.1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE L'ÉTABLISSEMENT

I.2. RESSOURCES HUMAINES

I.3. L'ORGANISATION HOSPITALIERE

I.4. ACTIVITÉS SOCIALES

I.5. INFORMATIQUE ET TÉLÉMATIQUE HOSPITALIERE

I.6. LE DOSSIER DU PATIENT

II. DONNÉES RELATIVES AUX PROGRAMMES DE SOINS, SERVICES MEDICAUX ET MEDICO-TECHNIQUES, FONCTIONS ET SECTIONS

II.1. DONNÉES RELATIVES A L'IMAGERIE

II.2. DONNÉES RELATIVES A LA MEDECINE NUCLEAIRE IN VIVO

- II.3. DONNÉES RELATIVES AU LABORATOIRE
- II.4. DONNÉES RELATIVES A L'ANATOMOPATHOLOGIE
- II.5. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS D'URGENCE
- II.6. DONNÉES RELATIVES AU BLOC OPERATOIRE
- II.7. DONNÉES RELATIVES A LA PHARMACIE
- II.8. DONNÉES RELATIVES A LA STÉRILISATION
- II.9. DONNÉES RELATIVES A LA BANQUE DE SANG ET A LA TRANSFUSION
- II.10. DONNÉES RELATIVES A LA BANQUE DE TISSUS (ET DE CELLULES)
- II.11. DONNÉES RELATIVES A LA MERE ET AU NOUVEAU-NÉ
- II.12. DONNÉES RELATIVES A LA MÉDECINE DE LA REPRODUCTION
- II.13. DONNÉES RELATIVES A L'ENFANT
- II.14. DONNÉES RELATIVES A LA MORT SUBITE DU NOURRISSON
- II.15. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS INTENSIFS
- II.16. DONNÉES RELATIVES AUX UNITÉS ASEPTIQUES ET ISOLEMENT
- II.17. DONNÉES RELATIVES A LA TRANSPLANTATION D'ORGANES
- II.18. DONNÉES RELATIVES A LA NÉPHROLOGIE
- II.19. DONNÉES RELATIVES AUX INTERVENTIONS CARDIAQUES
- II.20. DONNÉES RELATIVES A L'ONCOLOGIE
- II.21. DONNÉES RELATIVES AUX SOINS PALLIATIFS
- II.22. DONNÉES RELATIVES A LA NEUROCHIRURGIE
- II.23. DONNÉES RELATIVES A LA PSYCHIATRIE
- II.24. DONNÉES RELATIVES AU PATIENT GÉRIATRIQUE
- II.25. DONNÉES RELATIVES AUX SERVICES Sp
- II.26. DONNÉES RELATIVES A LA REEDUCATION FONCTIONNELLE
- II.27. DONNÉES RELATIVES AUX GRANDS BRULÉS
- II.28. DONNÉES RELATIVES AUX PSYCHOLOGUES
- III. DONNÉES RELATIVES AU SECTEUR AMBULATOIRE
- III.1. DONNÉES RELATIVES A LA POLYCLINIQUE
- III.2. DONNÉES RELATIVES A L'HOSPITALISATION DE JOUR
- III.3. LA CHIRURGIE AMBULATOIRE
- IV. DONNÉES RELATIVES A L'ORGANISATION ET LA GESTION DE LA QUALITÉ
- IV.1. L'ASSURANCE DE QUALITÉ
- IV.2. GESTION GÉNÉRALE DE LA QUALITÉ
- IV.3. LA GESTION DU RISQUE (ou risk management)
- IV.4. RELATION AVEC LE PATIENT/PUBLIC
- IV.5. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

#### Time characteristics

De 2000 à ce jour.

## CENTRAAL INSTELLINGENBESTAND (CIC)

### Up to date

2006

### Contact

MANAGING ORGANISATION: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu.

Directoraat-generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen (DGI)

Adres: Eurostation Bloc II – 1e verdieping, Victor Hortaplein 40 bus 10, 1060 Brussel.

Responsible persons: Chris Decoster

Role: Directeur-generaal DGI (eindverantwoordelijke).

Telephone: 02 524 85 00

E-mail: [chris.decoster@health.fgov.be](mailto:chris.decoster@health.fgov.be)

Secretariaat: 02 524 85 01

Name: Kurt Nys

Role: contactpersoon CIC-project

Telephone: 02 524 70 52

E-mail: [kurt.nys@health.fgov.be](mailto:kurt.nys@health.fgov.be)

Name: Anja Baele

Role: datamanagement

Telephone: 02 524 86 54

E-mail: [anja.baele@health.fgov.be](mailto:anja.baele@health.fgov.be)

### Aims

Gecentraliseerde databank (Centrale Instellingen / Institutions Centralisées) van alle verzorgingsinstellingen in België met beschrijvende gegevens van deze instellingen, contactinformatie, gegevens over de erkenningen en gedetailleerde beschrijvingen van de omkadering van de zorgactiviteiten. Zodra operationeel wordt het CIC de authentieke bron voor alle signaletiekgegevens van de verzorgingsinstellingen.

Zie KCE Report vol.30 S. voor detail.

### Methodology

Data sources (organisations/databases): Gemeenschappen en Gewesten, zorginstellingen.

### Data recorded

Bron: KCE Report vol.30 S.

Adres- en bereikbaarheidsgegevens van het ziekenhuis (ZH)

Type ZH

Erkenningsnummer

Civilrechtelijk statuut

Gegevens m.b.t. fusie(historiek) met andere ZH

Naam algemeen directeur

Naam hoofdgeneesheer

Naam hoofd departement nursing

Aantal erkende bedden (totaal)

Aantal erkende bedden per hospitalisatiediensten

Erkende ZH-diensten

Medisch-technische diensten

Erkende zorgprogramma's (oncologie, cardiale pathologie, reproductive geneeskunde)

#### Time characteristics

Sinds 2006 tot op heden ?



## CENTRAAL BEROEPENBESTAND GEZONDHEIDSZORG

Up to date

2009

Contact

### MANAGING ORGANISATION

- Name: (DG2), afdeling Organisatie van de Gezondheidsberoepen, van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid, Voedselketen en Leefmilieu
- Address: Victor Horta plein, 40 bus 10, 1060 Bruxelles

Responsible persons: Michel Van Hoegaerden

- Role: Directeur-generaal DG2
- E-mail: michel.vanhoegaerden@health.fgov.be
- Call center: 02 524 97 97

Aims

Het gaat hier om een in 2003 bij wet opgerichte federale databank waarin identificatiegegevens van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen en gegevens in verband met hun erkenning, samen met bepaalde aspecten van de beroepsactiviteit, centraal worden geregistreerd en bijgehouden (het zogenaamde Kadaster van gezondheidsberoepen). La banque de données est opérationnelle et consultable par les organisations autorisées. La qualité des données dépend de la profession. Pour les professions de médecin, dentiste, kiné et aide-soignant la qualité est bonne. Pour les professions de infirmier, accoucheur et pharmacien la qualité est moins bonne (manquants).

- Verzameling van de gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten van de Planningscommissie voor het medische aanbod: opvolgen van de evolutie en geografische spreiding van het aanbod van gezondheidszorgwerkkrachten, van de demografische en sociologische kenmerken van de beroepsbeoefenaars en de contingentering van bepaalde beroepen in de gezondheidszorg (de „numerus clausus”).

- Uitvoering van de reglementaire opdrachten van de administraties evenals de uitwisseling van gegevens tussen de overheidsinstellingen voor sociale zekerheid, de openbare administraties en de instellingen van openbaar nut.

- De mogelijkheid creëren om de communicatie met en tussen de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen te verbeteren.

Methodology

Data sources (organisations/databases):

1. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering:

a. de beschikbare identificatiegegevens van elke ingeschreven beoefenaar van een erkend gezondheidsberoep, met inbegrip van het RIZIV-nummer dat hem is toegekend, het beroepsadres;

b. de lijst van de geneesheer-adviseurs.

2. Rijksregister van de natuurlijke personen, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid:

a. het identificatienummer van het Rijksregister of het identificatienummer van de natuurlijke personen die niet zijn inschreven in het Rijksregister,

b. de naam, de voornamen, het adres, de geboortedatum, de nationaliteit, het geslacht en desgevallend de datum van overlijden;

3. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, voor de loontrekkenden:
  - a. het inschrijvingsnummer van de werkgever;
  - b. het desbetreffende uittreksel uit het repertorium van werkgevers;
  - c. het arbeidsregime;
4. Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid : het feit dat een beoefenaar een zelfstandige in hoofd- of bijberoep is;
5. Rijksdienst voor Pensioenen via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid : het feit dat een pensioengerechtigd is;
6. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, de identificatiegegevens verzameld tijdens de procedure van het toekennen van het visum en tijdens de procedure van erkenning en de gegevens betreffende de erkenning van de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen;
7. de Orde, voor wat de beroepsadressen betreft;
8. de beoefenaar van een van de beroepen zelf, de gegevens die volgens hem verbeterd of vervolledigd dienen te worden en de gegevens die hij vrijwillig ter beschikking stelt;
9. jaarlijks de erkende verzorgingsinstellingen, de rusthuizen en de openbare of privé-instellingen die zorgen verstrekken of preventieve activiteiten uitoefenen, de naam en de voornamen mee evenals het beroep van de gezondheidszorgbeoefenaars die er werken als zelfstandige;
10. Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten, via de kruispuntbank : het feit dat een werknemer zijn activiteit uitoefent als loontrekkende;
11. Dienst voor de Overzeese Sociale Zekerheid, via de kruispuntbank : het feit dat een werknemer zijn activiteit uitoefent in het buitenland, buiten de Europese Unie.

## Data recorded

Source: KCE Report vol.30 S.

De te registreren gegevens wordt beschreven door de Wet van 29-01-2003. Questionnaire items

- identificatiegegevens, de woonplaats en het beroepsadres, met inbegrip van het ijsregisternummer;
- beroepstitels en de bijzondere beroepsbekwaamheden of academische titels;
- gegevens in verband met de erkenning(en);
- gegevens van de sociale zekerheid (loontrekkende, zelfstandige in hoofd- of bijberoep of pensioengerechtigd);
- gegevens die vrijwillig door een beoefenaar ter beschikking worden gesteld en die op hem betrekking hebben, zoals o.m. elektronische adressen, een publieke vercijferringsleutel, academische titels, bijzondere activiteiten- of onderzoeksgebieden;
- gegevens over de individuele beroepsactiviteiten geleverd door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

## Time characteristics

Sinds 2006.

De centrale databank is nog niet operationeel. In afwachting hiervan moeten specifieke gegevensopvragingen gebeuren via de bronorganisaties.

## INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

### Up to date

2009

### Contact

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Nationale Evaluatiecommissie van de wet van 3 april 1990 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking

Zelfbestuursstraat 4

1070 Brussel

Verantwoordelijke: de Voorzitters van de Evaluatiecommissie, Mw. Dehaene – Mr. Messinne

Contactpersonen: Anne-Marie Sacré-Bastin (secretariaat)

Marie-Jeanne Ribbens (secretariaat)

Tel: 02/525.09.19 02/525.09.24

Fax: 02/525.09.76

E-mail: [anne-marie.sacre-bastin@health.fgov.be](mailto:anne-marie.sacre-bastin@health.fgov.be)

[marie-jeanne.ribbens@health.fgov.be](mailto:marie-jeanne.ribbens@health.fgov.be)

### Aims

Het opstellen van het Rapport van de Commissie voor het Belgisch Parlement.

### Methodology

- De verzameling van de gegevens wordt niet gefinancierd.
- Deze gegevensverzameling is verplicht. Er is een wettelijke regeling:
  - de wet van 3 april 1990 over abortus
  - de wet van 3 augustus 1990 stelt een evaluatiecommissie aan
- Ze gebeurt op niveau van heel het land.
- De methode van de gegevensverzameling is formulieren te versturen: vragen in te vullen door de arts die de vrijwillige zwangerschapsafbreking uitvoert.
- De proportie van het totaal aantal gevallen opgenomen in dit register is 8/10.
- De verzameling gebeurt continu sinds 1992 bij de vrouwen van 14 tot 54 jaar (per leeftijdsgroep van 5 jaar: 14-19 jaar, 20-24 jaar,...).

### Data recorded

Volgende parameters worden geregistreerd:

- a) datum van de vraag van vrijwillige zwangerschapsafbreking
- b) datum eerste onderhoud
- c) datum van de vrijwillige zwangerschapsafbreking
- d) leeftijd van de vrouw
- e) burgerlijke staat
- f) aantal kinderen op de wereld gezet
- g) woonplaats
- h) aangehaalde noodsituatie

- i) als de onderbreking na 12 weken gebeurt:
  - ernstig gevaar voor de moeder
  - ernstig gevaar voor het kind
- j) verklaringen afgelegd door de vrouw betreffende:
  - de gebruikte voorbehoedsmiddelen
  - de oorzaak van de ondoeltreffendheid
  - de methode toegepast om de zwangerschap te onderbreken
  - anesthesie
  - duur van hospitalisatie
  - complicaties

### Time characteristics

2007 is het laatste registratiejaar.

Het is niet mogelijk onmiddellijke toegang te hebben tot de anonieme en geïnformateerde gegevens.

## NIMS-NUBEL

### Up to date

2009

### Contact

Mr. Charles Crémer of Mevr. C. Seeuws

Ministerie van Volksgezondheid

NUBEL vzw.

Eurostation – Blok II

Victor Hortaplein 40 bus 10

1060 BRUSSEL

Tel: 02/524.72.20

Fax: 02/524.73.98

E-mail : [Carine.Seeuws@health.fgov.be](mailto:Carine.Seeuws@health.fgov.be)

### Aims

Het NIMS-systeem beheert de nutritionele samenstelling van een groot aantal in België gecommercialiseerde voedingsmiddelen. De NUBEL-databank geeft een volledige registratie van alle analysegegevens van de producten met alle bijhorende bronvermeldingen. Hiermee wordt bedoeld: de betrokken labo's, de toegepaste methode, de omstandigheden waarin het onderzoek werd uitgevoerd, bronvermelding van overgenomen literatuur,...

Vernieuwde website met voedingsplanner en merknamedatabank NUBEL lanceerde onlangs haar nieuwe website. U kunt er een speciale Merknamedatabank consulteren die regelmatig wordt aangepast. NUBEL werkt hiervoor nauw samen met de voedingsindustrie (FEVIA) en de voedingsdistributie (FEDIS). In de databank vindt u uitgebreide nutritionele informatie over meer dan 4500 voedingsmiddelen en meer dan 3500 merkproducten, die in België worden verkocht. Uniek in Europa!

Nieuw is de NUBEL online Voedingsplanner, die in rechtstreekse verbinding staat met de Merknamedatabank. Zodra nieuwe gegevens aan de Merknamedatabank worden toegevoegd, wordt ook de Voedingsplanner aangepast. Zo beschikt u steeds over de meest recente informatie.

Dankzij deze handige Voedingsplanner kunt u nagenoeg perfect de balans berekenen tussen opgenomen calorieën (wat u eet en drinkt) en verbruikte calorieën (o.a. lichaamsbeweging). Dit geeft u een beter zicht op uw huidige voedingspatroon en voedingsgewoonten en helpt u die te verbeteren. Evenwichtiger gaan eten en leven, wordt opeens zoveel gemakkelijker!

### Methodology

Het NIMS-systeem beschikt over een gesofistikeerde beheersmethode, waardoor een multiclassificatiesysteem kan gebruikt worden.

In het bestand zijn tevens merknamen opgenomen.

### Data recorded

De website van [NUBEL](#) kan geconsulteerd worden.

Gegevens betreffende leefstijl

#### Voeding

- Energetische waarde: kcal en kJ

- Macro-nutriënten:

- eiwitten:
- dierlijke
- plantaardige
- vetten:
- verzadigde vetzuren
- enkelvoudige onverzadigde vetzuren
- meervoudige onverzadigde vetzuren
- linolzuur
- cholesterol
- koolhydraten:
- mono- en disacchariden
- polysacchariden
- water
- voedingsvezels
- Micro-nutriënten:
- mineralen:
- Na, K, Ca, Fe, Mg, P, Cu, Zn, I, Se
- vitaminen:
- Vit.A (retinol), B-caroteen, Vit.B1, B2, B6, B12,
- Foliumzuur, Nicotinezuur, Vit.C, D en E

Time characteristics

## DEEL 2 : RIZIV – INAMI

### DOCUMENTEN C

Up to date

2009

contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Directie ACTUARIAAT & BUDGET.

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Michel Breda, Functie: actuaariaatsinspecteur

Telefoon: 02 739.77.37, E-mail: michel.breda@riziv.fgov.be

aims

*Het gaat hier om diverse statistische en boekhoudkundige tabellen die de verzekeringsinstellingen periodisch aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën van het RIZIV moeten bezorgen. In deze documenten C zijn de gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) geaggregeerd per boekhoudkundig codenummer. Zij vormen het oudste registratiecircuit, kort na de oprichtingswet van het RIZIV in 1964 opgestart.*

*Hoofdzakelijk de opvolging van de uitgaven, zowel op macro- als op micro-niveau:*

- Verantwoording van de terugbetalingen die werden uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen
- Informatie over de tendensen in de gezondheidszorg en over de realisatie van de begroting
- Informatie die wordt overgemaakt aan de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies.
- Opmaak van de rekeningen van de gezondheidszorgen.
- Toepassing van het K.B. van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. (het zgn. 'knipperlichtenbesluit').
- Opmaak van de begrotingen van de gezondheidszorgen.
- Financiële weerslagen.
- Regionale analyses.
- Werkelijk betaalde remgelden.
- Geboekte uitgaven versus verrichte verstrekkingen.
- Diverse actuariële studies en analyses.

methodology

Data sources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

Data quality plan:

- Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ...)

- Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.
- De jaar- en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan een striktere controle en correctieprocedure door het actuaariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.
- In die fase (kwartaal en jaar) worden ook de zogenaamde "onverdeelde" uitgaven in detail verdeeld tussen de diverse sociale standen (en regelingen). Ook dit is o.a. nodig in het kader van de afsluiting van de jaarrekeningen.

data recorded

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 5 types documenten C:

Nr	Omschrijving	Acroniem	Inhoud	Periodiciteit	Verzendingsstermijn
1	Cumulatieve maandelijkse boekhoudkundige documenten C.	Doc C	gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) per regeling, per sociale stand en per boekhoudcode-nummer	maandelijks	binnen 3 maanden na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben
2a	Cumulatieve maandelijkse statistische documenten C "maand van verstrekking" maandelijks	Doc C 'prm'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van de maand van verstrekking (periode van 36 maanden). (gegevens over sociale stand NIET beschikbaar)	maandelijks	binnen 3 maanden na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben
2b	Cumulatieve maandelijkse statistische documenten C "maand van verstrekking" jaarlijks	Doc C 'prm'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van de maand van verstrekking (gegevens over sociale stand WEL beschikbaar)	jaarlijks	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben
3	semestriële statistische documenten C per arrondissement.	Doc C 'arr'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C in functie van arrondissement van de woonplaats van de patiënt	semesterieel	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben



4	Jaarlijkse statistische documenten C "werkelijk betaalde remgelden"	Doc C 'rem'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C per arrondissement in functie van de werkelijk betaalde remgelden i.p.v. de geboekte uitgaven	jaarlijks	binnen 4 maanden na het einde van de boekhoudkundige periode waarop ze betrekking hebben
5	Trimestriële statistische documenten C met detail ziekenfondsen	Doc C 'vi'	gegevens meegedeeld in de klassieke documenten C per arrondissement in functie van de boekingsVI	trimesterieel	binnen 3 maanden na het einde van het trimester waarop ze betrekking hebben

Bron: KCE report vol 30.S

### Time characteristics

- Klassieke Doc C: gestart sinds 1964 en stop in 2006;
- Doc C 'arr' & 'rem': van 1994 stop in 2006;
- Doc C 'prm': van 1998 stop in 2006.

## DOCUMENTEN N (1975-2005)

### Up to date

2009

### contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Directie ACTUARIAAT & BUDGET.

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Michel Breda, Functie: actuaariaatsinspecteur

Telefoon: 02 739.77.37, E-mail: michel.breda@riziv.fgov.be

### aims

Het gaat hier eveneens om statistische en boekhoudkundige tabellen die de verzekeringsinstellingen periodisch aan de directie voor actuariële, economische en sociale studiën van het RIZIV moeten bezorgen. In tegenstelling tot de Doc C bevatten de documenten N gegevens (uitgaven, gevallen en dagen) per (pseudo)nomenclatuurcodenummer, doch ook weer per jaar van prestatieboeking.

Hoofdzakelijk de opvolging van de uitgaven, zowel op macro- als op micro-niveau:

- Evolutie van de uitgaven per nomenclatuurcodenummer.
- Deze nota bevat de evolutie van de geboekte uitgaven per nomenclatuurcodenummer. Voor elke verstrekking worden de uitgaven meegedeeld voor het betrokken dienstjaar en de evolutie die geregistreerd wordt in vergelijking met de uitgaven van het vorig dienstjaar. Gelijkaardige gegevens worden meegedeeld voor het aantal gevallen.
- Inventaris van de verstrekkingen die in een bepaalde periode een sterke stijging kennen in de uitgaven.
- De analyse geschiedt op de gegevens van het eerste semester, het derde trimester cumulatief en het dienstjaar. De nota bevat een beperkte tekst waarbij de methodiek van de selectie wordt beschreven. Verder bevat de nota een tabel met het resultaat van de selectie. Voor elke geselecteerde verstrekking worden de uitgaven en het aantal gevallen meegedeeld voor de jaren t, t-1, t-2 en t-3 (in het geval van de jaarnota). In de nota wordt ook de omschrijving meegedeeld van alle geselecteerde verstrekkingen.
- Diverse studies en analyses.

De gegevens van de documenten N(1975-2005) laten toe om diverse gedetailleerde studies en analyses uit te voeren over de gezondheidszorgen. Op basis van deze gegevens kan meer in detail (met name per verstrekking) nagegaan worden welke de mogelijke verklaringen zijn van globale tendensen die bv. werden waargenomen in de analyse van de gegevens van de documenten C.

### methodology

Data sources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

Data quality plan:

Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ....)

Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.

De jaar- en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan een striktere controle en correctieprocedure door het actuaariaat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel). Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.

#### data recorded

De layout van de Doc N(1975-2005) is gebaseerd op de omzendbrieven, rubrieken 62 en 63, van het RIZIV aan de VI's m.b.t. de boekhoudkundige en statistische instructies conform de hogervermelde gecoördineerde Wet van 14-07-1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bron: KCE report vol 30.S

RECORDTYPE | ZONE 3 - Verzekeringsinstelling

RECORDTYPE | ZONE 4 - Jaar en kwartaal van boeking

RECORDTYPE | ZONE 7 - Document N nummer

RECORDTYPE | ZONE 8 - Boekhoudcodenummer

RECORDTYPE | ZONE 10 - Nomenclatuurcodenummer

RECORDTYPE | ZONE 11 - Jaar van prestatie

RECORDTYPE | ZONE 12 - Uitgaven

RECORDTYPE | ZONE 15 - Gemiddelde kostprijs per geval

RECORDTYPE | ZONE 16 - Gemiddelde kostprijs per dag

RECORDTYPE | ZONE 17 - Maand van boeking

RECORDTYPE | ZONE 18 - Munteenheid

#### Time characteristics

Klassieke Doc N(1975-2005): gestart sinds 1975 en stop in 2006

## NIEUWE DOCUMENTEN N (2006-...)

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Directie ACTUARIAAT & BUDGET.

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Michel Breda, Functie: actuaariaatsinspecteur

Telefoon: 02 739.77.37, E-mail: michel.breda@riziv.fgov.be

### Aims

Vanaf 01 januari 2006 wordt gepland bovenvernoemde gegevensstrom en Doc C en Doc N(1975-2005) vervangen door de nieuwe boekhoudkundige documenten N ("Nbis" in het KCE report vol 30.S). Hierbij wordt deze aparte registraties gebundeld en terzelfdertijd uitgebreid door opname van de code sociale stand, geboortjaar, geslacht en arrondissement van woonplaats van de patiënt, de verstrekingsdatum op niveau maand van verstrekking, de werkelijk betaalde remgelden en tot slot een nieuwe variable, de zgn. 'normcode'.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): Nationale verzekeringsinstellingen.

Data quality plan: Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ....)

Het laatste jaar werden belangrijke inspanningen gedaan voor het opdrijven van de controles. De afdeling werd versterkt met nieuw bloed, en er werd een stagerapport gemaakt specifiek over controle en exploitatie van de documenten N. Verdere uitdieping van de controle en exploitatie is voorzien in de toekomst.

### Data recorded

Bron: RECORDTEKENING NIEUWE DOCUMENTEN N, "OVERDRACHT VAN DE BOEKHOUDKUNDIGE DOCUMENTEN", versie 2008-11-28.

RECORDTYPE | ZONE 1- Recordcode

RECORDTYPE | ZONE 2- Verzekeringsinstelling

RECORDTYPE | ZONE 3- Jaar van boeking

RECORDTYPE | ZONE 4- Maand van boeking

RECORDTYPE | ZONE 5- Maand van verstrekking

RECORDTYPE | ZONE 6- Sociale Stand

RECORDTYPE | ZONE 7- Nomenclatuurcodenummer

RECORDTYPE | ZONE 8- Betrekkelijke verstrekking

RECORDTYPE | ZONE 9- Normcode

RECORDTYPE | ZONE 10- geboortjaar

RECORDTYPE | ZONE 11- geslacht

RECORDTYPE | ZONE 12- arrondissement

RECORDTYPE | ZONE 13- uitgaven

RECORDTYPE | ZONE 14- gevallen

RECORDTYPE | ZONE 15- dagen

RECORDTYPE | ZONE 16- remgelden

RECORDTYPE | ZONE 17- gevallen remgelden

RECORDTYPE | ZONE 18- dagen remgelden

RECORDTYPE | ZONE 19- reserve

#### Time characteristics

Doc N (2006-...) gestart voor gegevensinzameling vanaf 2e semester 2005.

## DOCUMENTEN P

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve semesteriële statistische tabellen betreffende de geneeskundige verstrekkingen, opgemaakt per zorgverlener, per voorschrijvend geneesheer, per plaats van verstrekking of per verblijfplaats.

In de documenten P worden voor de terugbetaalde nomenclatuurprestaties vier belangrijke informaties verzameld, hoofdzakelijk bedoeld voor opvolging van de medische consumptie & tarificatie :

- de identificatie van diegene die de prestaties heeft verricht : de zorgverlener;
- de identificatie van diegene die de prestaties heeft voorgeschreven : de voorschrijver;
- de identificatie van de plaats waar de verstrekking werd verricht : de plaats van verstrekking;
- de identificatie van de plaats waar de begunstigde van de verstrekking gehospitaliseerd was : de plaats van ziekenhuisverblijf.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): Nationale verzekeringsinstellingen.

Er worden een reeks elementaire controles gedaan (bv vergelijken van totalen, ....)

Daarna wordt op basis van de db2-tabellen een controlerapport opgemaakt in het actuaaraat (via Access en Excel) en elke maand overgemaakt aan de VI. De bedoeling van die rapporten is eventuele fouten te corrigeren naar de toekomst toe (niet naar het verleden, want er komen elke maand nieuwe en cumulatieve data binnen; tenzij de fout te erg is, dan wordt er wel herbegonnen). Op die manier probeert men voor het jaar zo goed mogelijke data te bekomen.

De jaar en kwartaalgegevens worden in een tweede fase onderworpen aan een striktere controle en correctieprocedure door het actuaaraat, zonder een directe inbreng van de VI (volledig via Access en Excel) Deze gecorrigeerde jaargegevens dienen dan voor de afsluiting van de rekeningen.

## Data recorded

<b>ZONE</b>	<b>LENGTE</b>	<b>OMSCHRIJVING VAN DE ZONE</b>
1	1 N	Codenummer van de V.I.
2	5 N	Jaar/semester van boeking
3pre 3	1 N 11 N	Filler Identificatie van de zorgverlener
4	1 N	Norm zorgverlener
5	1 N	Recordtype
6pre 6	1 N 6 N	Filler Nomenclatuurcode of pseudocode
7	1 N	Betalingswijze
8	6 N	Jaar en maand van verstrekking
9	14 S	Bedrag verzekeringstegemoetkoming
10	9 S	Aantal gevallen
11	1 N	Norm voorschrijver
12pre 12	1 N 11 N	Filler Identificatie van de voorschrijver
13pre 13	1 N 11 N	Filler Identificatie plaats van verstrekking
14pre 14	1 N 8 N	Filler Identificatie van de verblijfplaats
15 15bis	2 N 1 N	Verblijfsdienst of pseudo-dienstcode Filler
16	1 N	Normcode
17pre 17	1 N 11 N	Filler Nummer derdebetalende
18 pre 18	1 N 11 N	Filler Identificatienummer zorgkundige
19	6 N	Filler
Totaal	125	

Bron: RECORDTEKENING VAN HET DOCUMENT P, RECORDTYPE "1" vanaf 2de semester 2007

## Time characteristics

Klassieke Doc P: gestart sinds 1964 en tot op heden.

## DOCUMENTEN H

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de vergoede verpleegdagen, opgemaakt per verpleeginrichting en per dienst.

- De documenten H laten toe, voor elk ziekenhuis het aantal opnames en het aantal verpleegdagen, die werden terugbetaald in het kader van de ZIV-wetgeving, ter beschikking te stellen.
- De forfaitaire honoraria inzake klinische biologie en medische beeldvorming in de ziekenhuizen worden berekend op basis van informatie afkomstig van de documenten P. Aldus wordt voor ieder ziekenhuis een budget berekend. Om dit budget te liquideren per verpleegdag of per opname wordt gebruik gemaakt van het aantal verpleegdagen of opnames bekomen uit de documenten H.
- Aan elk ziekenhuis wordt een aantal verpleegdagen of opnames toegekend in functie van het gerealiseerd aantal verpleegdagen of opnames, rekening houdend met de evolutie van de beddenstructuur per dienst. Dit toegewezen aantal dagen of opnames fungeert dan als deler in berekening van de forfaitaire honoraria om aan elk ziekenhuis een bedrag per dag of per opname toe te kennen.
- Tevens worden de gegevens van de documenten H gebruikt ter validatie van de documenten SHA.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): Nationale verzekeringsinstellingen.

These databases are essentially meant for internal utilization (accountancy & actuary) in the context of RIZIV's legal framework. However, for scientific studies they can be very useful for (pre)assessment and control purposes.

Legal aspects : if data are to be used by non-governmental institutions, the identification numbers of health care institutions (places of care and/or stay) require foregoing (reversible) recoding under the responsibility of a appointed medical supervisor.



## Data recorded

<b>ZONE</b>	<b>LENGTE</b>	<b>OMSCHRIJVING VAN DE ZONE</b>
1	1N	Code V.l.
2	5N	Jaar en semester van boeking
3	8N	Numerieke identificatie van de verpleeginrichting
4	3N	Dienstcode
5	6N	Jaar en maand van de laatste gepresteerde dag
6	6N	Pseudo-code verpleegdagen
7	9S	Aantal akten
8	14S	Bedrag
9	48	Filler
TOTAAL	100	

Bron: DOCUMENT H – Instructies voor de verzekeringsinstellingen inzake het overmaken van de statistische tabellen betreffende de verpleegdagen. Bijwerking vanaf 01/07/2008.

## Time characteristics

Doc H: gestart sinds 1994 en tot op heden

## DOCUMENTEN PH

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

Reference lists pharmaceuticals:

Yoeriska Antonissen, Beheerseenheid voor farmaceutische specialiteiten, Functie: apotheker

Telefoon: 02 739.71.44, E-mail: yoeriska.antonissen@riziv.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de in de verpleeg-inrichtingen afgeleverde farmaceutische producten, opgemaakt per categorie, per product, per inrichting en per dienst.

De documenten PH bevatten informatie over de geneesmiddelen afgeleverd aan gehospitaliseerde en ambulante patiënten verzorgd in een ziekenhuis, zowel in een algemeen als in een psychiatrisch ziekenhuis.

Van het ogenblik dat de dienst beschikt over een bestand met 'gezuiverde' gegevens, wordt er informatie per productcode overgemaakt aan de dienst 'beheerseenheid voor de farmaceutische specialiteiten'. speciale aandacht wordt besteed aan de antimicrobiële middelen. De gegevens betreffende de antimicrobiële middelen worden opgevraagd vanaf het ogenblik dat deze ter beschikking zijn bij de SMALS-MvM. Hierop worden dan speciaal ontwikkelde validatieprocedures op toegepast zodat er betrouwbare informatie per ziekenhuis ter beschikking kan worden gesteld.

Er wordt een nota opgemaakt met de uitgaven die zijn meegedeeld in de documenten PH. De resultaten worden voorafgegaan van een definitie van de gebruikte concepten, een samenvatting van de belangrijkste trends die tijdens de bestudeerde periode zijn waargenomen, alsmede een korte analyse van die trends.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzeke-ringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

Data recorded

### RECORDTYPE "1"

ZONE	OMSCHRIJVING VAN DE ZONE
1	Recordtype
2	Code V.I.
3	Jaar en semester van boeking
4pre 4	Filler Numerieke identificatie van de verpleeginrichting
5 5bis	Numerieke identificatie van de ziekenhuisdienst Filler
6	Jaar en kwartaal van aflevering
7pre 7	Filler Vergoedingcategorie of pseudo-nomenclatuur radio-isotopen of pseudo-nomenclatuur antibiotica in de heelkunde
8pre 8	Filler Codenummer van het farmaceutisch product
9pre 9	Filler Codenummer van de betrekkelijke verstrekking
10	Door de Z.I.V. vergoed nettobedrag
11	Aantal eenheden of aantal forfaits
12	Persoonlijk aandeel van de rechthebbende
13	Munteenheid
14	Filler
TOTAAL	

Bron : DOCUMENT PH -Instructies voor de verzekeringsinstellingen inzake het overmaken van de statistische tabellen betreffende de in een ziekenhuis afgeleverde farmaceutische producten.  
Boekingsperiode 01/07/2008 – 31/12/2008

### RECORDTYPE "3"

ZONE	OMSCHRIJVING VAN DE ZONE
1	Recordtype
2	Code V.I.
3	Jaar en semester van boeking
4pre 4	Filler Nul
5 5bis	Nul Filler
6	Nul
7pre 7	Filler Nul
8pre 8	Filler Nul
9pre 9	Filler Nul
10	Totaal nettobedrag vergoed door de Z.I.V.
11	Nul
12	Totaal bedrag van de persoonlijke aandelen
13	Munteenheid
14	Filler
TOTAAL	

Time characteristics

Doc H: gestart sinds 1994 en tot op heden.

## DOCUMENTEN FH

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen per verpleeginrichting betreffende de forfaitaire verpleegdagen vergoed krachtens een overeenkomst met de verpleeg-inrichtingen. Daarin wordt ook de basisverstrekking vermeld die aanleiding heeft gegeven tot de voornoemde forfaits.

De documenten FH bevatten, voor elk individueel ziekenhuis de forfaitaire verpleegdagen die vergoed werden krachtens een overeenkomst met deze verpleeginrichtingen. Voor elk boekjaar is het mogelijk om per individueel ziekenhuis de uitgaven en de frequentie te leveren voor de volgende parameters :

- overzicht per type forfait, mini, maxi, super, A, B, C en D met onderscheid van de pseudocodes;
- overzicht van de 21 meest frequente uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie (Cf. campagnes);
- per type forfait een gedetailleerd overzicht van de prestaties die aanleiding gegeven hebben tot het forfait.

De aantallen en de uitgaven voor de verschillende forfaits en de meest frequent uitgevoerde prestaties in daghospitalisatie voor twee opeenvolgende boekjaren worden in tabel gezet alsmede hun evolutie.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

## Data recorded

Bron: Instructies voor de verzekeringsinstellingen inzake de inzameling van de statistische gegevens betreffende de forfaitaire verpleegdagprijzen. Boekingsperiode 01/07/2008 tot en met 31/12/2008

<b>Zone</b>	<b>Omschrijving van de zone</b>
1	Recordtype
2	Verzekeringsinstelling
3	Boekhoudsemester
4pre	Filler
4	Plaats van verstrekking
5	Jaar en maand waarin de verpleegdag is gerealiseerd
6pre	Filler
6	Pseudo-code forfait of verpleegdag
7	Pseudo-dienstcode
7bis	Filler
8pre	Filler
8	Code betrekkelijke verstrekking
9	Aantal forfaits
10	Bedrag verzekeringstegemoetkoming
11	Munteenheid
12	Filler

## Time characteristics

Doc FH: gestart sinds 1994 en tot op heden.

## DOCUMENTEN FM

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve semestriële statistische tabellen betreffende de per dag, per maand, per aanvraag of per zitting betaalde forfaitaire vergoedingen, opgemaakt per revalidatiecentrum, per rust- en verzorgingstehuis, per rustoord voor bejaarden, per psychiatrisch verzorgingstehuis en per initiatief voor beschut wonen.

De documenten FM laten toe, voor de revalidatiecentra, rust en verzorgings-tehuizen, rustoorden voor bejaarden, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen, de forfaitaire vergoedingen die per dag, per maand, per aanvraag of per zitting werden betaald, ter beschikking te stellen.

### Methodology

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis ) voorziene statistische tabellen wordt door de verzeke-ringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden

In het raam van de validatie, worden deze statistische gegevens, vergeleken met de boekhoudkundige gegevens van de doc C.

### Data recorded

Zone	Description
1	Recordtype
2	Verzekeringsinstelling
3	Boekhoud semester
4	Plaats van verstrekking
5	Jaar en maand waarin de verpleegdag is gerealiseerd
6	De pseudocode van het forfait nomenclatuur
7	Pseudocode van de dienst
8	Code betrekkelijke verstrekking
9	Aantal forfaits
10	Bedrag verzekeringstegemoetkoming
11	Munteenheid

Bron: KCE report vol 30.S

### Time characteristics

Doc FM: gestart sinds 1994.

Opvraging gestaakt sinds 01/07/2002.

## STATISTIEKEN ROB-RVT-CDV

### Up to date

2006

### Contact

#### Managing Organization:

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) - Beheerseenheid voor de betrekkingen met de verzorgingsinrichtingen

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

#### Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

#### Contact : Statistieken ROB-RVT-CDV:

Name: Steven Sonck, Functie: verantwoordelijke gegevensinzameling en -validatie

Telefoon: 02 739.78.98, E-mail: steven.sonck@riziv.fgov.be

### Aims

Niet-cumulatieve trimesteriële statistische tabellen betreffende:

- het aantal gefactureerde ligdagen en
- het aantal gepresteerde personeelsuren of -dagen per personeelslid,

per rust- en verzorgingstehuis (RVT), per rustoord voor bejaarden (ROB) en per centrum voor dagverzorging (CDV).

Berekening door de Dienst Verzorgingsinstellingen tegemoetkoming per instelling voor volgende domeinen:

- Instellingsforfait ROB-RVT en CDV
- Financiering maatregelen "eindeloopbaan"
- Financiering maatregelen loonharmonisering voor bovennormpersoneel (zgn. "derde luik").

### Methodology

Datasources: De data worden rechtsreeks overgemaakt door de betreffende verzorgings-instellingen zelf (ROB-RVT-CDV).

Data quality plan: Geen informatie terug te vinden.

## Data recorded

1°	gegevens met betrekking tot de inrichting:
a)	het RSZ of RSZ-PPO-nummer;
b)	het statuut;
c)	de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur voor voltijdse prestaties;
d)	aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de rechthebbenden per ziekenfonds;
e)	aantal gefactureerde dagen per afhankelijkheidscategorie voor de patiënten die niet zijn opgenomen in punt d);
2°	gegevens voor alle verpleegkundigen, personeel voor reactivering en verzorgenden, per persoon:
a)	naam en voornaam;
b)	inschrijvingsnummer in het rijksregister;
c)	aantal gepresteerde en/of gelijkgestelde dagen;
d)	aantal niet gelijkgesteld dagen;
e)	aantal gepresteerde en/of geassimileerde uren;
f)	aantal gepresteerde uren;
g)	de beroepskwalificatie;
h)	statuut : loontrekkende of statutair, interim, zelfstandige, loontrekkend of statutair verantwoordelijke, zelfstandig beheerder, en de informatie met betrekking tot de bepalingen van artikel 8, § 2, d)
i)	indien het gaat om een nieuw personeelslid of indien een einde werd gesteld aan de tewerkstelling, de begin- en/of einddatum;
j)	de baremieke anciënniteit;
3°	de gegevens met betrekking tot de palliatieve functie.

Bron: KCE report vol 30.S

## Time characteristics

Registratie beginnend op 01/01/2004



## DOCUMENTEN AZV-SHA

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Jaarlijkse statistische tabellen betreffende de uitgaven voor de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, opgemaakt per verblijf in een ziekenhuis op basis van de over zes kwartalen geboekte uitgaven.

De oorsprong van de AZV-gegevens ligt in de zoektocht naar een indicator voor de zwaarte van de behoeften inzake klinische biologie in het ziekenhuis op basis van de behandelde pathologie. De AZV-informatie is evenwel beperkt doordat ze enkel gericht is op de klassieke ziekenhuisverblijven waarvoor een verpleegdagprijs is toegekend. De informatie betreffende de prestaties uitgevoerd voor en na de hospitalisatie zijn niet beschikbaar. De informatie uit dit deel is evenwel pertinent voor de raming van de met die verblijven verbonden uitgaven.

Elk gegevenstype in de AZV vormt aldus een databron voor studies met het oog op de objectivering van de behoeften en de toekenning van de adequate financiële middelen aan die geobjectiveerde behoeften, maar ook voor de uitoefening van een controle op de financiering van de ziekenhuizen.

Het is ook mogelijk een extrapolatie te maken van een of meerdere diagnoses op basis van de in de loop van het verblijf verrichte medische handelingen, die gekend zijn door de aangerekende nomenclatuurcodes, zonder dat het evenwel nodig is de precieze diagnose uit de MKG te kennen (de zgn. pseudoDRG's).

De beschrijvende statistieken die voortkomen uit de AZV-gegevens kunnen ook worden gebruikt in het raam van multicentrische studies, zoals die welke plaatsvinden onder impuls van de OESO. De OESO heeft verschillende thema's gekozen o.m. in verband met de veroudering van de bevolking. In de loop van de 3 jaar van het experiment, is de focus evenwel uitgebreid naar andere categorieën op grond van, hetzij hun uitspringende uitgavenevoluties, hetzij het voorkomen van aberrante leeftijdsdistributies voor bepaalde pathologieën, etc...

Het belangrijkste nut van de AZV bestaat erin dat de hierin vervatte facturatiegegevens kunnen gekoppeld worden met de klinische gegevens (MKG) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

## Methodology

Datasources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

Het KB van 3 JULI 1996 (Art. 349) stipuleert dat bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd wordt op de in te brengen gegevens.

Het volume van de AZV-gegevens alsook de diversiteit van de records, waaruit een verblijf is samengesteld, maken van de valideringsoperatie een zeer complexe taak. De AZV-gegevens van een verzekeringsinstelling worden in verscheidene, alsmar preciezere fases gevalideerd : eerst is er het onderzoek van het verzendingsborderel, dat bij de magnetische dragers is gevoegd, vervolgens de nogal snelle uitvoering van voorcontroles die betrekking hebben op de algemene kwaliteit van de gegevens en ten slotte de latere uitvoering van grondige controles.

## Data recorded

Bron: DOCUMENT SHA – Editie 15, Instructies aan de verzekeringsinstellingen betreffende het overmaken van de statistische tabellen per anoniem verblijf in een ziekenhuis. Bijwerking geldig voor de gegevens die zijn geboekt van 01/07/2006 tot 30/06/2008.

Type	Inhoud
1	Karakteristieken van het verblijf
3	Gedetailleerde gegevens betreffende de verpleegdagen
4	Gedetailleerde gegevens betreffende bloed, bloedplasma, moedermelk en radio-isotopen
6	Gedetailleerde gegevens betreffende de farmaceutische producten
7	Gedetailleerde medische verstrekkingen (uitgezonderd de prestaties per akte van klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro)
8	Gedetailleerde gegevens betreffende de implantaten
9	Geglobaliseerde gegevens betreffende de klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro (gedeelte per akte gefactureerd aan 25%)

## Time characteristics

Vanaf de boekjaren 1995-1996 werd door het RIZIV gestart met de inzameling van statistische bestanden per ziekenhuisverblijf (SHA-AZV bestanden) op basis van gegevens geboekt over een periode van zes kwartalen.

De continuïteit van de inzameling werd geregeld door het KB van 19-02-2001.

## STATMD

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Directie ACTUARIAAT & BUDGET.

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name : Dirk Wouters, Functie: attaché

Tel: 02.739.78.78, E-mail: Dirk.Wouters@riziv.fgov.be

### Aims

Gegevens over de uitgaven die door de ziekenhuizen via magnetische drager gefactureerd worden aan de verzekeringsinstellingen. Deze statistiek laat toe het facturatiegedrag per individueel ziekenhuis te onderzoeken.

De gegevens verzameld in de documenten STATMD hebben tot doel de snelheid en de regelmaat van de facturatie per magnetische drager van de algemene en psychiatrische ziekenhuizen en de boeking door de verzekeringsinstellingen op te volgen.

### Methodology

Datasources (organisations/databases): National Sickness Fund Federations.

KB 1996-07-03 (Art. 349): bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis) voorziene statistische tabellen wordt door de verzeke-ringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringcomité.

### Data recorded

Bron: Omzendbrief V.I. nr. 2006/35

Zone	Inhoud
1	Verzekeringsinstelling
2	Datum van aanvaarding MD bij VI
3	Datum van ontvangst MD bij VI
4	Identificatienummer ziekenhuis
5	Zendingnummer
6	Jaar en maand van facturering
7	Datum van opstelling
8	Muntcode
9	Som R 30 ambulante code
10	Som R 30 gehospitaliseerde code
11	Som R 40 ambulante code
12	Som R 40 gehospitaliseerde code
13	Som R 50 ambulante code
14	Som R 50 gehospitaliseerde code

### Time characteristics

Doc STATMD: gestart sinds juli 1999 en tot op heden.

## DOCUMENTEN PAT

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name: Mike Daubie, Functie: attaché

Telefoon: 02 739.77.04, E-mail: rdq@inami.fgov.be

### Aims

Jaarlijkse statistische tabellen betreffende het aantal patiënten – het 'patiënteel' -van de algemeen geneeskundigen.

### Methodology

In het KB 1996-07-03 (Art. 349) worden de kwaliteitsnormen bepaald: bij het op stellen van de in de artikelen 347, 348, (350, 351 en 351bis ) voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

### Data recorded

Bron: Bijlagen omzendbrief PAT - 2007

Zone	Inhoud
1	identificatie V.I.
2	boekhoudkundig jaar
3 pre	fillerzone
3	identificatie van de geneesheer
4	geslacht van de patiënt
5	het genieten van de Maximumfactuur (MAF)
6	sociale categorie van de patiënt
7	leeftijdscategorie van de patiënt
8	aantal patiënten

### Time characteristics

Doc Pat: gestart sinds 1994.

## ECHANTILLON PERMANENT

### Up to date

2009

### Contact

Name: RIZIV - Dienst voor geneeskundige verzorging (DGV) -Direction RDQ (recherche développement et promotion de la Qualité).

Address: Tervurenlaan 211, 1050 Brussel

Responsible persons:

Name: Ri Deridder, Functie: directeur generaal, leidend ambtenaar

Contact:

Name:

Telefoon: , E-mail: [eps@inami.fgov.be](mailto:eps@inami.fgov.be)

### Aims

L'échantillon permanent est un échantillon représentatif de la population belge, composé des données qui sont disponibles au niveau administratif au sein des mutualités dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Il concerne tant les données de population que les données de facturation soins de santé et les données Pharmanet (médicaments).

A ce titre, l'échantillon est constitué de consommateurs et de non consommateurs de soins de santé.

Le niveau d'observation de l'échantillon est celui de l'individu (le bénéficiaire). Pour chaque individu on dispose de l'ensemble des données ambulatoires et hospitalières qui ont fait l'objet d'un remboursement de l'assurance soins de santé.

Les données de l'échantillon sont mises à disposition de l'INAMI, du SPF santé publique y compris l'Institut scientifique de santé publique, du SPF Sécurité sociale, du Centre fédéral d'expertise des soins de santé et du Bureau fédéral du Plan à des fins statistiques, de recherches scientifiques et de prévisions budgétaires.

Une Commission technique gère la mise à disposition des données de l'échantillon permanent aux différents partenaires ainsi que l'exploitation qui en est faite.

### Methodology

L'échantillon permanent est formé d'un échantillon de base de 1/40 de tous les bénéficiaires, complété par un échantillon supplémentaire de 1/40 pour les plus de 65 ans, ce qui aboutit à un échantillon de 1/20 pour ce groupe. Cet échantillon compte environ 300.000 personnes.

Les fichiers de données de l'échantillon permanent sont créés par l'AIM (Agence inter mutualiste).

### Data recorded

Population : âge, sexe, arrondissement, malade chronique, état social, chômage, ...

Soins de santé et Pharmanet (par code) : dépenses, cas, date de prestation, prescripteur, tickets modérateurs, suppléments, ...

L'ensemble des paramètres disponibles peut être consulté à l'annexe 9 du rapport annuel des activités de la Commission technique de l'échantillon permanent qui se trouve à l'adresse : <http://www.inami.fgov.be/information/fr/sampling/#1> . A cette adresse se trouve également d'autres compléments d'information.

### Time characteristics

Données disponibles : 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 et 2007

Les données de l'année "t" sont à chaque fois disponibles le 31/12 de l'année "t+1".

## DEEL 3 : FARMANET- PHARMANET

### PHARMANET – DOC OTD

Up to date

2006

#### Contact

Managing Organization: Farmanet – Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV

- Address: Tervurenlaan 211, 1150 Brussels
- Contact : 02 739.77.34
- NUTS level: BE

Responsible persons:

Head of dept. : André De Swaef

- Telephone: 02 739.77.09
- E-mail: andré.deswaef@riziv.fgov.be

#### Aims

Met statistische tabellen OTD (Offices de tarification – Tarificatiediensten), 1e generatie, worden, per voorschrijver, gegevens ingezameld over terugbetaalde farmaceutische verstrekkingen (specialiteiten, magistrale bereidingen, steriele insulinespuiten en bijkomende wachtbedragen) die via de openbare apotheken of via ziekenhuisofficina aan niet gehospitaliserde patiënten worden afgeleverd. De inzameling van de gegevens, die opgestart is in 1997 (gegevens 1996), gebeurt via de apotheken, de tarifieringsdiensten van de apothekers en de verzekeringsinstellingen; deze laatste maken hun gegevens semestrieel over aan de Pharmanet cel van het RIZIV.

Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.

De voorschrijver informeren over zijn voorschrijfgedrag en hem de mogelijkheid te geven dit gedrag te vergelijken met dat van zijn collega's.

Het laten verrichten door externe wetenschappelijke equipes van onderzoek op het gebied van farmaco-epidemiologie en farmaco-economie.

#### Methodology

Data sources (organisations/databases): Primaire bron: farmaceutische tarificatiediensten (OTDFS-bestanden)

Secundaire bron: de VI's (OTD-bestanden).

Data quality plan: Control and validation of data in the OTD registry circuit is a multi-level process concerning consecutively the public pharmacies, the tarification offices, the Sickness Fund Federations and finally the Pharmanet Cell of RIZIV. The process is highly elaborated and closely entangled with actual reimbursement of validated claims.

In brief this process implies:

- various systematic controls by the pharmacist and his OTD of the validity of prescriptions and their conformity with Federal regulations;
- computerized controls per pharmacy of the most expensive prescriptions and of randomized samples for the others, executed by each OTD;
- statistical quality assessment per pharmacy by each OTD with predefined acceptance limits (2,5% non valid), leading to acceptance or rejection of pharmacist's reimbursement claims;
- extensive recording of executed controls for eventual further scrutiny by SFF or RIZIV control officials;

- analogous statistical controls by the SFF.

#### Data recorded

Zone	Description
1	Recordcode
2	V.I.
3	Boekingsmaand
4	Jaar & maand aflevering
5	Terugbetalingscategorie product
6	CNK code product
7	Tarifieringsdienst
8	Sociale stand
9	Leeftijdscategorie
10	Geslacht
11	Voorschrijver
12	Bedrag V.I.
13	Persoonlijke tussenkomst
14	Hoeveelheid
15	Validiteitscontrole

Bron: KCE report vol 30.S

#### Time characteristics

Started 1997 to 2004.

Since 2005 switchover to Doc OTDPU.

## PHARMANET – DOC OTDPU

### Up to date

2006

### Contact

Managing Organization: Dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV

Address: Tervurenlaan 211, 1150 Brussels

Contact : 02 739.77.34

Responsible persons:

Head of dept. : André De Swaef

Telephone: 02 739.77.09

E-mail: [andré.deswaef@riziv.fgov.be](mailto:andré.deswaef@riziv.fgov.be)

### Aims

Met ingang van boekingsjaar 2004 werden de statistische tabellen OTD vervangen door een uitgebreider registratiesysteem - de tabellen OTDPU – met als essentiële element de toevoeging van een unieke patiënt identicator (UPI), waardoor analyses tot op dit detail-niveau mogelijk worden. Het geheel wordt in twee deelbestanden gestructureerd:

Deelbestand 'Verstrekingen' (PH\_PRS = pharma costs): de gegevens over terugbetaalde farmaceutische verstrekingen (specialiteiten, magistrale bereidingen, steriele insulinespuiten en bijkomende wachtbedragen) die via de openbare apotheken of via ziekenhuisofficina aan niet gehospitaliserde patiënten worden afgeleverd ;

Deelbestand 'Populatie' (PH\_POP = population): algemene demografische gegevens van de patiënt (geboortjaar, geslacht & ZIP code) en sociale status.

Evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen.

De voorschrijver informeren over zijn voorschrijfgedrag en hem de mogelijkheid te geven dit gedrag te vergelijken met dat van zijn collega's.

Evaluatie van patiënt consumptie inzake geneesmiddelen.

Het laten verrichten van onderzoek op het gebied van farmaco-epidemiologie en farmaco-economie.

### Methodology

Data sources (organisations/databases): Tarification Offices: OTDFS-files

Sickness Funds Federations: OTD-files

Data quality plan: On a monthly base OTD's communicate their data in a predefined structured files to the sickness funds federations (SFF), including control & validation reports.

The SFF again control and validate the data, concatenate them in PH\_PRS-files, proceed to 1st encryption of all UPI's and finally transfer the files trimestrially to their TTP (IBM) for 2nd encryption of all UPI's. 2 times a year the corresponding PH\_POP-file is added.

PH\_PRS and PH\_POP-files are finally transmitted to Pharmanet Cell of RIZIV and IMA-AIM for exploitation.



Data recorded

#### Deelbestand Verstrekingen – PH\_PRS

Nr zone	Beschrijving van de zone
1	Identificatie zending
2	Identificatie aanvraag
3	Geëncrypteerd nummer van de rechthebbende
4	Datum van aflevering Ext.: Jaar-maand van aflevering
5	Code categorie
6	Jaar - maand van boeking document C
7	Invoeringsbron
8	Reserve
9	Reserve
10	Reserve
11	Hoeveelheid
12	Reserve
13	Bedrag VI
14	Reserve
15	Voorschrijver Ext.: Voorschrijver 2× geëncrypteerd
16	Reserve
17	Galenische vorm magistrale bereiding
18	Nummer officina Ext.: niet medegedeeld
19	Reserve
20	Reserve
21	Reserve
22	Tarifieringsdienst Ext.: niet medegedeeld
23	Jaar en maand van facturering
24	Reserve
25	Reserve
26	Reserve
27	Reserve
28	Code product
29	Eenheid
30	Reserve
31	Datum voorschrift Ext.: jaar-maand voorschrift
32	Persoonlijk aandeel
33	Vermindering verzekerings-tegemoetkoming
34	Streepjescode
35	Uitgestelde aflevering
36	Verminderde verzekerings-tegemoetkoming
37	FILLER

Bron: KCE report vol 30.S

**Deelbestand Verstrekkingen - PH\_POP**

<b>Nr van de zone</b>	<b>Beschrijving van de zone</b>
1	Nummer VI
2	Nummer zending
3	Geëncrypteerd nummer van de rechthebbende
4	Geboortejaar
5	Geslacht
6	NIS code
7	KG1
8	KG2
9	Reserve
10	Reserve
11	Referentie zending

## Time characteristics

Started 2005 (data 2004)

## DEEL 4 : TECHNISCHE CEL - CELLULE TECHNIQUE MKG - MFG

Up to date:

2006

Contact

MANAGING ORGANISATION :

Name: TCT – Technische Cel – Cellule technique

Contact: [techn.cel@riziv.fgov.be](mailto:techn.cel@riziv.fgov.be) - [tct@health.fgov.be](mailto:tct@health.fgov.be)

Responsible persons:

Name: Ingrid Mertens

- Role: Hoofd Technische Cel & verantwoordelijke datamanagement FOD  
Volksgezondheid

- Telephone: 02 524 86 40

- E-mail: [ingrid.mertens@health.fgov.be](mailto:ingrid.mertens@health.fgov.be)

- Secretariaat: Albert Pirongs - [albert.pirongs@health.fgov.be](mailto:albert.pirongs@health.fgov.be)

02 524 86 41

Name: Jean-Paul Dercq

- Role: Conseiller général - Service des soins de santé - Direction Recherche  
Développement et promotion de la Qualité (RDQ) - INAMI

- Telephone: 02 739 78 50

- E-mail: [jean-paul.dercq@inami.fgov.be](mailto:jean-paul.dercq@inami.fgov.be)

- Secretariaat: Monique Germeaux - [monique.germeaux@riziv.fgov.be](mailto:monique.germeaux@riziv.fgov.be)

02 739 78 59

Other members of the TCT:

- Joëlle Carton - data analyste - 02 524 86 47 - [joelle.carton@health.fgov.be](mailto:joelle.carton@health.fgov.be)

- Yves Parmentier - Responsable Datamanagement - Services généraux - Cellule  
Datamanagement – INAMI - 02 739 77 24

[yves.parmentier@inami.fgov.be](mailto:yves.parmentier@inami.fgov.be)

Data linkage, validation & SAS-server TCT:

- Yann Lebrun - MvM-SMALS - 02 787 54 28

[yann.lebrun@smals-mvm.be](mailto:yann.lebrun@smals-mvm.be)

## Aims

De gekoppelde verblijven MKG-MFG 23 vormen een belangrijke secundaire database, tot stand komend door de tussenkomst van een daartoe bij Wet opgerichte Technische Cel (TCT), die tot taak heeft de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen te koppelen, te valideren en anoniem te maken. SHA-AZV (séjour hospitalier anonyme – anoniem ziekenhuisverblijf) wordt in de gekoppelde gegevens gewoonlijk benoemd als MFG-RFM (minimale financiële gegevens – résumé financier minimum).

Het belangrijkste nut van de koppeling MKG-MFG bestaat erin dat de facturatiegegevens van het RIZIV (AZV = MFG) gekoppeld zijn met de klinische gegevens (MKG) van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid.

De initiële motieven voor deze koppeling waren:

- enerzijds analyses mogelijk te maken van relaties tussen de uitgaven van de ziekteverzekering en de aard van de behandelde aandoening,
- en anderzijds nieuwe pathologie based financieringsregels, erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidsbeleid mogelijk te maken.

Pas later is men gaan inzien dat deze gegevens ook konden gebruikt worden voor longitudinale studies van onderscheiden pathologiegroepen op patiëntniveau. Aldus zijn de gekoppelde gegevens een onmisbare bron geworden voor allerlei wetenschappelijke ad hoc studies i.v.m. ziekenhuisconsumptie en medische ziekenhuisactiviteit.

## Methodology

Zie bespreking onder SHA-AZV (RIZIV) en RCM-MKG (FOD Volksgezondheid). Er bestaat tot op heden geen gestructureerd en gedocumenteerd “data quality plan”, zowel voor de samenstellende databases (MFG, maar vooral MKG) als voor het gehele koppelingsproces.

## Data recorded

Zie bespreking onder SHA-AZV (RIZIV) en MKG (FOD Volksgezondheid) en KCE report vol 30.S.

## Time characteristics

De MKG-MFG koppeling worden jaarlijks uitgevoerd door de TCT. Alle benodigde datasets moeten ten laatste 18 maand na het einde van het betreffende registratiejaar aan de TCT overgemaakt zijn. De koppeling zelf en de validaties-kruiscontroles nemen dan nog gewoonlijk 6 maand in beslag. Samengevat betekent dit dat exploitatie van de bruikbare gekoppelde gegevens ten vroegste 2 jaar na het einde van het betreffende registratiejaar een aanvang kan nemen.

## DEEL 5 : IMA-AIM

### IMA DATABANKEN

Up to date

2009

Contact

Naam: IMA/AIM - Intermutualistisch Agentschap - Agence Intermutualiste

Het IMA is een vereniging zonder winstoogmerk die in oktober 2002 door de zeven Landsbonden van de verzekeringsinstellingen (VI's) werd opgericht.

Adres: Sint-Pieterssteenweg 373, 1040 Brussel

NUTS-level: BE

Website: <http://www.nic-ima.be>

Contact: zie hieronder

Verantwoordelijken (anno 2009):

- Marc Justaert (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten), voorzitter van de Raad van Bestuur en voorzitter van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC).
- Patrick Verertbruggen (Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten), secretaris van de Raad van Bestuur en voorzitter van het stuur- en coördinatiecomité IMA (SCC), het operationele en beleidsvoorbereidend orgaan van het IMA.
- Program manager : Véronique de Vooght :  
Tel : 02 737 51 56  
E-mail: [veronique.devooght@intermut.be](mailto:veronique.devooght@intermut.be)
- BU-IT & Steekproef coördinator : Ragna Préal :  
Tel : 02 737 51 57  
E-mail: [ragna.preal@intermut.be](mailto:ragna.preal@intermut.be)
- Datamanagers: Remi Van de Reyd & Chantal Houtman  
Tel : 02 737 51 52  
E-mail: [Remi.vandereyd@intermut.be](mailto:Remi.vandereyd@intermut.be)  
[Chantal.houtman@intermut.be](mailto:Chantal.houtman@intermut.be)
- Netwerkbeheerder: Michel Heylens  
Tel : 02 737 51 53  
E-mail: [michel.heylens@intermut.be](mailto:michel.heylens@intermut.be)

Aims

De Landsbonden van de mutualiteiten (VI) beschikken over exhaustieve, longitudinale en geïndividualiseerde gegevens met betrekking tot hun leden, in het kader van de uitvoering van hun wettelijke opdracht met betrekking tot de verplichte ziekteverzekering.

Deze gegevens bestaan in eerste instantie uit de terugbetalingen van medische kosten - (para)medische prestaties, farmaceutische voorschriften e.a. vergoedbare afleveringen (synthesemateriaal, prothesen & orthesen,...): deelbestand Gezondheidszorgen. (IMA\_SSP)

Verder bestaan ze uit algemene demografische gegevens van hun leden evenals gegevens met betrekking tot sociaal statuut, arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, en tenslotte gegevens over diverse uitkeringen: deelbestand Populatie. (IMA\_POP)

Via het unieke inschrijvingsnummer van de rechthebbende bij de Sociale Zekerheid (INSZ-NISS) bestaat er een directe ('impliciete') koppeling van beide deelbestanden.

Het IMA-AIM brengt voor specifiek afgelijnde projecten de gegevens van de diverse VI samen en integreert aldus gedetailleerde informatie over de continue en integrale zorg van elke ingeschrevene in de Belgische ziekteverzekering, en dit over een lange tijdsspanne, per volledig boekjaar en dit in principe zover terug in tijd als de gegevensarchivering op de VI reikt .

## Methodology

Data sources: het vertrekpunt van al de databanken van het IMA zijn al de verzamelde gegevens door de VI's in het kader van hun wettelijke opdrachten. In grote lijnen wordt het circuit samengesteld op de volgende manier:

De gegevens m.b.t. de gezondheidszorgen worden ofwel ingebracht op het niveau van de loketten ofwel worden zij aangerekend op magnetische band door derden (ziekenhuizen, groeperingen van verpleegkundigen, rusthuizen, enz.) ofwel worden zij ingebracht via carenet en farmanet.

De gegevens m.b.t. de verzekerbaarheid en de informatie rond de aangesloten leden (identificatie) worden door de kruispuntbank van de sociale zekerheid overgemaakt via een elektronische stroom.

De gegevens uitkeringen worden vermeld op basis van het inlichtingsblad die binnenkort gedeeltelijk door het DMFA vervangen zal worden.

De kwaliteitscontroles van de gegevens worden uitgevoerd op 3 stelsels:

- op het niveau van de VI's
- op het niveau van TTP
- op het niveau van het IMA

De verschillende controles van de gegevens zijn de volgende:

- Controles van de productiegegevens van de VI's.
- Controles op het ogenblik van de selectie van de operationele gegevens om deze in een informatiebeheersysteem te zetten.
- Controles van de selectie van de gegevens van de VI's voor het IMA op het niveau van het VI en op het niveau van het IMA met behulp van controletabellen.
- Controles op het niveau van TTP bij de ontvangst van de gegevens en de ter beschikkingstelling van de gegevens. TTP zal verschillende aspecten van de levering nagaan, oa:
  - o Formaat van het bestand
  - o Formaat van bepaalde zones (check-digit op de nummers van de verstrekkers, controles van de nomenclatuurcodes, lengte van de zone, ...
  - o Aantal records aanwezig in het bestand
- Na de uitvoering van de controles van TTP, zal de coördinatieceel van het IMA nog verschillende controles op de gegevens uitvoeren voor hun eindelijke validatie en hun toegankelijkheid voor de analyses.

## Data recorded

Er bestaan 2 standaardbestanden:

- Bestand Uitgaven gezondheidszorgen en Farmanet
- Bestand Populatiegegevens

Zone	Label of zone
SS00001	Identificatie zending
SS00005	Identificatie aanvraag
SS00010	Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. rechthebbende
SS00015	Datum aanvang prestatie
	<i>Leveringsdatum farmaceutica</i>
SS00020	Nomenclatuurcode
	<i>Code categorie Pharmanet</i>
SS00025	Jaar-maand van boeking doc. C
SS00030	Gegevensbron
SS00035	Boekhoudcode doc. C
SS00040	Suffix boekhoudcode doc. C
SS00045	Boekhoudcode doc. N
SS00050	Aantal gevallen
	Hoeveelheid
SS00055	Aantal dagen
SS00060	Bedrag terugbetaling
SS00065	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. verstrekker, incl. qualificatie
SS00070	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. voorschrijver, incl. qualificatie
SS00075	Niet gecodeerd erkenningsnummer v.d. zorginstelling
SS00080	Prestatiedienst
	<i>Galenische vorm magistrale bereiding</i>
SS00085	Niet gecodeerd nummer prestatieplaats
	<i>Officina</i>
SS00090	Uitgavenregime
SS00095	CT1 – CG1 – code gerechtigde 1
SS00100	CT2 – CG2 – code gerechtigde 2
SS00105	Niet gecodeerd nummer derde betaler
	<i>Tarificatiedienst pharmanet</i>
SS00110	Opnamedatum
	<i>Jaar-maand facturatie pharmanet</i>
SS00115	Ontslagdatum
SS00120	Type factuur
SS00125	Datum laatste prestatie
SS00130	Relatieve prestatie
	<i>Sleutel Magistrale bereiding</i>
SS00135	Nummer farmaceutisch product
SS00140	Norm prestatie
	<i>1e positie eenheid Pharmanet</i>
SS00145	Nacht, weekend, al dan niet
	<i>2e positie eenheid Pharmanet</i>
SS00150	Nomenclatuurcode

SS00155	Datum voorschrift
SS00160	Persoonlijk aandeel
SS00165	Betaald supplement
	<i>Terugbetalingsvermindering farmaceutica</i>
SS00170	Codenummer implantaat
	<i>Barcode Pharmanet</i>
SS00175	<i>Uitgestelde aflevering Pharmanet</i>
SS00180	<i>Verminderd terugbetalingsbedrag Pharmanet</i>
SS00185	<i>Indicatie INN</i>
FILLER	Filler

Bron: Deelbestand Gezondheidszorgen – IMA\_SSP (05.2009)

Zone	Label of zone
PP0001	Nummer VI
PP0005	Nummer zending
PP0010	Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. gerechtigde
PP0015	Geboortjaar
PP0020	Geslacht
PP0025	Code woonplaats NIS
PP0030	CT1 – CGI – code gerechtigde 1
PP0035	CT2 – CG2 – code gerechtigde 2
PP0040	Jaar-maand overlijden
PP0045	Dubbel geëncrypteerd nummer v.d. rechthebbende (titularis)
PP0050	Referentie v.d. zending
PP0055	Statistische sector
PP0060	FILLER1
PP1001	Geteld modellen E
PP1002	Code gerechtigde / persoon ten laste
PP1003	Sociale toestand op datum mod.E
PP1004	Code werkloosheid
PP1005	Begindatum reële rechten verzekeraarheid
PP1006	Einddatum reële rechten verzekeraarheid
PP1007	Bijdragebetalend / kosteloos (tem 12.2007) NBMV (Niet Begeleide Minderjarige Vreemdeling) (vanaf 06.2008)
PP1008	Aard / bedrag inkomen
PP1009	Oorsprong erkenning als mindervalide
PP1010	Omnio
PP1011	FILLER2
PP2001	Forfait B verpleegkundige zorgen
PP2002	Forfait C verpleegkundige zorgen
PP2003	Kinesitherapie E of fysiotherapie
PP2004	Verhoogde kinderbijslagen
PP2005	Toelage integratie van gehandicapten (cat III of IV)
PP2006	Toelage voor hulp aan ouderen (cat III IV of V)
PP2007	Uitkering hulp aan derden
PP2008	Verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden
PP2009	Forfaitaire uitkering hulp aan derden
PP2010	Criterium hospitalisatie (120 dagen)
PP2011	Criterium hospitalisatie (6 hospitalisaties)
PP2012	FILLER3



PP3001	Recht MAF Gezin
PP3002	Categorie MAF Gezin
PP3003	Recht MAF indivu
PP3004	Terugbetaling en plafond – gezin
PP3005	Terugbetaling Terugbetaling en plafond – individu of gedeelte van het gezin en plafond – individu
PP3006	Datum recht op MAF
PP3007	Mono of mixed gezin
PP3008	Type familie
PP3009	Dubbel geëncrypteerd identificatienummer gezinshoofd MAF
PP3010	Recht op gewaarborgd inkomen, inkomens garantie voor oudere of recht op het leefloon
PP3011	Recht op toelage van gehandicapten
PP3012	Meer dan 12 maanden werkloosheidsuitkering en meer dan 50jaar
PP3013	Recht op hulp van OCMW
PP3014	FILLER4
PP4001	Aantal dagen werkloosheid
PP4002	Aantal dagen arbeidsongeschiktheid
PP4003	Aantal dagen invaliditeit
PP4004	FILLER5

Bron: Deelbestand Populatie – IMA\_POP (05.2009)

### Time characteristics

Gestart sinds 2002 en tot op heden

### ECHANTILLON PERMANENT

Les fichiers de données de l'échantillon permanent sont créés par l'AIM (Agence inter mutualiste). Pour plus d'informations voir la Section 2 – Echantillon Permanent.

## DEEL 6 : REGISTERS EN FONDS-REGISTRES ET FONDATIONS

### DATAWAREHOUSE ARBEIDSMARKT EN SOCIALE BESCHERMING

Up to date

2009

#### Contact

##### MANAGING ORGANISATION

- Name: Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBSZ)
- Address: Sint-Pieterssteenweg 375, 1040 Brussel
- [http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm)

Responsible persons: Chris Brijs

- Role : Innovatie en Beleidsondersteuning KBSZ
- Telephone 02-741 83 67
- Fax 02-741 83 00
- E-mail [chris.brijs@ksz-bcss.fgov.be](mailto:chris.brijs@ksz-bcss.fgov.be)

Name: Peter Van Der Hallen

- Role : coordinator DWH
- Address Steunpunt WAV, KULeuven, Van Evenstraat 2C, B-3000 Leuven
- Telephone +32 16 323076 of +32 16 323239
- Fax +32 16 323240
- E-mail [Peter.vanderhallen@hiva.kuleuven.ac.be](mailto:Peter.vanderhallen@hiva.kuleuven.ac.be)

Name: Pierre Desmarez

- Role : coordinator DWH
- Address Centre de sociologie du travail, de l'emploi et de la formation, ULB, Avenue Jeanne, 44 – CP 124, 1060 Bruxelles
- Telephone (+ 32 2) 650 31 83
- Fax (+ 32 2) 650 33 35
- E-mail [pdesmar@ulb.ac.be](mailto:pdesmar@ulb.ac.be), [tef@ulb.ac.be](mailto:tef@ulb.ac.be)
- Website : <http://www.ulb.ac.be/socio/tef/>

Name: Jos Berghman

- Role : DWH deel: sociale bescherming
- Adres: Centr. Sociologisch onderzoek (CESO), Van Evenstraat 2B, B-3000 Leuven
- Telephone +32 16 323189 of +32 16 323113
- Fax +32 16 323365
- E-mail [Jos.Berghman@soc.kuleuven.ac.be](mailto:Jos.Berghman@soc.kuleuven.ac.be)

## Aims

Het datawarehouse arbeidsmarkt werd opgezet in het kader van een Agoraproject van de toenmalige Dienst voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele Aangelegenheden (DWTC), het huidige Federale Wetenschapsbeleid. Op vraag van een aantal sociaizekerheidsinstellingen werd een datawarehouse gecreëerd waarin de administratieve data waarover zij beschikken permanent worden opgeslagen. De meerwaarde van dit datawarehouse ligt in de mogelijkheid tot koppeling van de databestanden van de deelnemende sociaizekerheidsinstellingen.

Bij de start van het project waren zes instellingen betrokken: het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW), het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten (RSZPPO) en de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA).

Het aantal participerende instellingen is sterk uitgebreid sinds de start van het project en is nog steeds aan het uitbreiden. Daarnaast worden sommige bronnen ook aangevuld met bijkomende informatie. Volgende nieuwe instellingen leveren intussen al data aan het datawarehouse: CIMIRe, de FOD Sociale Zekerheid (FOD SZ), het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO), het Fonds voor Beroepsziekten (FBZ), het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), de Pensioendienst voor de overheidssector (PDOS), de Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid (POD MI), de Rijksdienst voor Pensioenen (RVP) en de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten VDAB/ACTIRIS/Forem/ADG. Op die manier is het gezichtsveld van het datawarehouse niet enkel beperkt tot de arbeidsmarkt, maar integendeel verruimd tot allerlei vormen van inactiviteit. De data van deze nieuwe bronnen zijn opgenomen vanaf het jaar 2003, de data van de originele bronnen zijn beschikbaar vanaf het jaar 1997 (1998 voor de RVA).

Deze gegevens worden verder aangevuld met data afkomstig uit het Rijksregister, het KSZ-register (bis- of terregister) en met zelf geconstrueerde variabelen, de zgn. afgeleide variabelen. De data van het Rijksregister worden op twee verschillende manieren aangeleverd: enerzijds stelt ADSEI een aantal Rijksregistergegevens ter beschikking anderzijds worden een aantal data opgenomen die afkomstig zijn van het minirn.

## Methodology

Het bewaren en het koppelen van de administratieve databestanden gebeurt op de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ). Smals staat in voor de informaticatechnische ondersteuning. Voor de wetenschappelijke ondersteuning wordt een beroep gedaan op het Steunpunt Werk en Sociale Economie (Steunpunt WSE), het Centre de Sociologie du Travail, de l'Emploi et de la Formation (METICES-TEF) van de ULB en het Centrum voor Sociologisch Onderzoek (CESO) van de K.U. Leuven.

## Data recorded

Bronnen vanaf 2003

- Administratie der Pensioenen (AdP) - Pensioendienst voor de overheidssector (PDOS): gegevens met betrekking tot de pensioenen van de ambtenaren.

De uitgebreide beschrijving van de PDOS gegevens is terug te vinden in het document "beschrijving PDOS".

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_l.c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_l.c.htm))

- Compte Individuel Multisectoriel - Multisectoriële Individuele Rekening (CIMIRe): gegevens met betrekking tot de loopbanen van de werknemers

De beschrijving van de CIMIRe gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving CIMIRe”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Nationaal intermutualistisch college (NIC): gegevens met betrekking tot de primaire arbeidsongeschiktheid

De beschrijving van de NIC gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving NIC”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO): gegevens met betrekking tot arbeidsongevallen, periode 1999-2004 en periode vanaf 2005

De beschrijving van de FAO-gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving FAO”

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Fonds voor de Beroepsziekten (FBZ): gegevens met betrekking tot de beroepsziekten

De beschrijving van de FBZ-gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving FBZ”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid: gegevens inzake terugbetaling aan de OCMW's van de steun aangeboden in het kader van het leefloon of maatschappelijke hulp  
De beschrijving van de POD MI-gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving POD MI”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering: GRI-gegevens en gegevens met betrekking tot de invaliditeitsuitkeringen die personen genieten die erkend zijn door de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit

De beschrijving van de gegevens van het RIZIV is terug te vinden in het document “beschrijving RIZIV”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen: ARZA-gegevens en inkomensgegevens zelfstandigen

De beschrijving van de gegevens van het RSVZ is terug te vinden in de documenten “beschrijving RSVZ-zelfstandigen” en “beschrijving RSVZ-inkomens zelfstandigen”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen: kinderbijslaggegevens

De beschrijving van de RSVZ-kinderbijslag gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving RSVZ-kinderbijslagen”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen: loopbaangegevens

De beschrijving van de RSVZ-loopbaan gegevens is terug te vinden in het document “beschrijving RSVZ - loopbanen”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksdienst voor Sociale Zekerheid: LATG-gegevens en DMFA-gegevens

Voor de invloed van de gewijzigde aangifte op de populatie, verwijzen we naar de RSZ-publicatie hieromtrent, verschenen in de reeks van de beige RSZ-brochures: RSZ (2003), Loontrekkende tewerkstelling (RSZ) voor het jaar 2003: Methodologie en nieuwigheden, Brussel.

Voor de invloed van de gewijzigde aangifte op de inhoud van sommige variabelen en de beschrijving van de nieuwe variabelen, verwijzen we naar het document “beschrijving RSZ”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksdienst voor Sociale Zekerheid van de Provinciale en Plaatselijke Overheidsdiensten: STATPLUS-gegevens (1997-2004) en DMFA-gegevens (vanaf 2005)

Vanaf 2005 wordt ook bij de RSZPPO de DMFA ingevoerd. Voor de jaren 2003 en 2004 zijn de gegevens nog afkomstig uit de databank STATPLUS, net zoals in de periode 1997-2002. De beschrijving van de gegevens van het RSZPPO is terug te vinden in de documenten “beschrijving RSZPPO”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksdienst voor Kinderbijslag van Werknemers

De beschrijving van de gegevens van de RKW is terug te vinden in het document “beschrijving RKW”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening: uitbetalingsgegevens en gegevens met betrekking tot werklozen uitgesloten van werkloosheidsuitkering

De beschrijving van de gegevens van de RVA is terug te vinden in het document “beschrijving RVA”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijksdienst voor Pensioenen: gegevens uit het pensioenkadaster

De beschrijving van de gegevens van de RVP is terug te vinden in het document “beschrijving RVP”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Rijks- en KSZ-registergegevens

De beschrijving van de gegevens van Rijks- en KSZ-register is terug te vinden in het document “beschrijving Rijks- en KSZ-register”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

- Gegevens minirn

De beschrijving van de gegevens van het minirn is terug te vinden in het document “beschrijving minirn”.

([http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats\\_1c.htm](http://www.ksz.fgov.be/nl/statistiques/stats_1c.htm))

## Time characteristics

Voor de periode 1997-2002 is het datawarehouse arbeidsmarkt opgebouwd uit gegevens afkomstig van volgende socialezekerheidsinstellingen: RIZIV, RKW, RSVZ, RSZ, RSZPPO en RVA, aangevuld met gegevens afkomstig uit het Rijksregister en het KSZ-register. Volledigheidshalve dient te worden vermeld dat de gegevens van de RVA slechts teruggaan tot 1998 i.p.v. 1997. De kinderbijslagen van het RSVZ zijn pas vanaf het jaar 2000 beschikbaar.

Vanaf 2003 worden heel wat nieuwe gegevensbronnen toegevoegd aan het datawarehouse arbeidsmarkt.

## RIJKSREGISTER

### Up to date

2009

### Contact

FOD Binnenlandse Zaken - De Algemene Directie Instellingen en Bevolking (ADIB) – Dienst van het rijksregister.

- Address: Parc Atrium, Koloniënstraat 11 - 1000 Brussel
- Telephone: 02 518 21 21
- Websites: <http://www.rijksregister.fgov.be>  
<http://www.registrenational.fgov.be>

Responsible persons: Adviseur-generaal, Mevrouw Christiane ROUMA

- Telephone 02 518 21 31
- Fax 02 518 26 31
- E-mail: [info.rrn@rrn.fgov.be](mailto:info.rrn@rrn.fgov.be), [info@registrenational.fgov.be](mailto:info@registrenational.fgov.be)

### Aims

Het Rijksregister is een systeem van informatieverwerking, dat instaat voor de opneming, de memorisatie en de mededeling van informatie betreffende de identificatie van natuurlijke personen. Er zijn in feite drie verschillende registers: het bevolkingsregister, het vreemdelingenregister (Rijksregister-bis) en het wachtregister voor asielzoekers (Rijksregister-tre).

Zie ook de REGISTER KBSZ (Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid) in KCE report vol 30.S. : a databank of all social security numbers related to people that do not exist in the National Register (see ibidem). This register is also called Bis-Register.

### Methodology

#### Data recorded

Met de wettelijke informatiegegevens opgenoemd in artikel 3, eerste lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, zijn de volgende informatietypes verbonden :

1° Naam en voornamen :

- de familienaam en voornamen;
- het pseudoniem;
- de adellijke titel;
- de wijziging van de naam, van de voornamen en van de adellijke titel;
- de informatie betreffende de naam en voornamen die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

2° Geboorteplaats en -datum :

- de geboorteplaats;
- de geboortedatum;
- de informatie betreffende de geboorteplaats en -datum die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

3° Geslacht :

- het geslacht;
  - de geslachtsverandering;
  - het referentiedossier;
  - de informatie betreffende het geslacht die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
- 4° Nationaliteit :
- de nationaliteit;
  - de informatie betreffende de nationaliteit die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
  - de meervoudige nationaliteit;
- 5° Hoofdverblijfplaats :
- de gemeente van verblijf;
  - de bepaling van de hoofdverblijfplaats;
  - de aangifte van aanvraag tot inschrijving;
  - de aangifte van adreswijziging;
  - het adres van de hoofdverblijfplaats;
  - de verblijfplaats in het buitenland;
  - de aangifte van het adres in het buitenland;
  - het postadres in het buitenland;
  - het referentieadres;
  - de tijdelijke afwezigheid;
  - de wettelijke woonplaats;
  - de vermelding dat het adres niet meegedeeld kan worden;
  - de informatie betreffende de hoofdverblijfplaats die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, indien deze hoofdverblijfplaats zich op het Belgische grondgebied bevindt;
- 6° Plaats en datum van overlijden :
- de plaats en datum van het overlijden, de datum van de overschrijving van de beslissing houdende verklaring van overlijden, de datum van de eventuele beslissing tot verbetering van de akte van de burgerlijke stand;
  - de beslissing waarbij de rechtbank van eerste aanleg het vermoeden van afwezigheid vaststelt, de beslissing van de vrederechter houdende aanwijzing van een gerechtelijk bewindvoerder in geval van vermoeden van afwezigheid vastgesteld door de rechtbank van eerste aanleg, de datum van overschrijving van de beslissing houdende verklaring van afwezigheid, de datum van de eventuele beslissing tot verbetering van de akte van de burgerlijke stand;
  - de informatie betreffende de plaats en datum van overlijden die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;
  - de gerechtelijke verklaring van overlijden en de administratieve verklaring van vermoedelijk overlijden zoals bepaald in de wet van 20 augustus 1948 betreffende de verklaringen van overlijden en van vermoedelijk overlijden, alsmede betreffende de overschrijving en de administratieve verbetering van sommige akten van overlijden;

7° Beroep :

- het beroep;

8° Burgerlijke staat :

- de burgerlijke staat;

- de informatie betreffende de burgerlijke staat die opgenomen is in het register bedoeld in artikel 4 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid;

9° Samenstelling van het gezin :

- referentiepersoon van het gezin;

- gezinslid;

10° Vermelding van het register :

- vermelding van het register;

11° Administratieve toestand :

- nummer van de Dienst Vreemdelingenzaken;

- hoedanigheid van de persoon;

- administratieve toestand;

- verplichte plaats van inschrijving;

- voorlopig inschrijvingsnummer;

- identiteitsdocument;

- gekozen woonplaats;

- andere naam of pseudoniem;

- aangegeven adres;

12° Bestaan van het identiteits- en handtekeningcertificaat

- het bestaan van het identiteits- en handtekeningcertificaat;

13° Wettelijke samenwoning

- de wettelijke samenwoning.

14° de verblijfstoestand voor de vreemdelingen bedoeld in artikel 2, namelijk :

- de vreemdelingenkaarten en de verblijfsdocumenten;

- de beroepskaart voor vreemdelingen die een zelfstandige activiteit uitoefenen;

- de arbeidsvergunning;

- de bijzondere informatiegegevens met betrekking tot de verblijfstoestand van vreemdelingen :

1) de reden van verblijf, die één van de volgende redenen kan zijn :

1.0.0 Gezinshereniging, samenwoning en adoptie

1.1.0 Gezinshereniging met een niet-Europeaan

1.1.1 Echtgenoot/partner

1.1.2 Ascendent

1.1.3 Descendent

1.2.0 Gezinshereniging met een Europeaan (behalve een Belg) of met een Zwitser

1.2.1 Echtgenoot/partner

1.2.2 Ascendent



- 1.2.3 Descendent
- 1.3.0 Gezinshereniging met een Belg
  - 1.3.1 Echtgenoot/partner
  - 1.3.2 Ascendent
  - 1.3.3 Descendent
- 1.4.0 Samenwoning (omzendbrief van 1997)
- 1.5.0 Adoptie
- 2.0.0 Asiel en diverse bescherming
  - 2.1.0 Vluchteling
  - 2.2.0 Subsidiare bescherming
  - 2.3.0 Tijdelijke bescherming
  - 2.4.0 Slachtoffer van mensenhandel
  - 2.5.0 NBMV
  - 2.6.0 Apatride
- 3.0.0 Regularisatie
  - 3.1.0 Art. 9, derde lid- humanitaire
  - 3.2.0 Art. 9bis
  - 3.3.0 Art. 9ter
  - 3.4.0 Wet van 1999
- 4.0.0 Werknemer
  - 4.1.0 Niet-Europese werknemer
    - 4.1.1 Loontrekkende
    - 4.1.2 Zelfstandige
    - 4.1.3 Onderzoeker
    - 4.1.4 Hooggekwalificeerde werknemer
    - 4.1.5 Seizoenarbeider
    - 4.1.6 Begunstigde van het "vakantie-werk"-regime
  - 4.2.0 Europese en Zwitserse werknemer
    - 4.2.1 Loontrekkende
    - 4.2.2 Zelfstandige
    - 4.2.3 PECO-akkoorden
- 5.0.0 Andere redenen :
  - 5.1.0 Niet-Europese onderdaan :
    - 5.1.1 Houder van een D-visum dat een tijdelijk beperkt verblijf toestaat
  - 5.2.0 Europese onderdaan
    - 5.2.1 Gepensioneerde
    - 5.2.2 Genothebber van dienst
    - 5.2.3 Rentenier
    - 5.2.4 Machtiging tot verblijf
    - 5.2.5 Werkzoekende

- 6.0.0 Student
    - 6.1.0 Niet-Europese student
      - 6.1.1 Student
      - 6.1.2 Andere opleidingsvorm
    - 6.2.0 Europese en Zwitserse student
  - 7.0.0 Langdurig ingezetene
    - 7.1.0 Tewerkstelling als werknemer of niet
    - 7.2.0 Studies of opleiding
    - 7.3.0 Andere doelen
  - 8.0.0 Vreemdeling die een bijzonder statuut geniet
    - 8.1.0 Shape
    - 8.2.0 NAVO
- 2) het identificatienummer van het <Rijksregister> van de persoon die het recht op gezinshereniging opent.

#### Time characteristics

Permanent (day to day) updates by the community services (services communaux). are required. In reality new events (death, divorce, move, ...) are registered with some delay that is mainly caused by the maximum time limits that are allowed to the citizens between the actual event and its registration with the community services (services communaux).

## REGISTRE DES MALADIES PROFESSIONNELLES – CENTRE DE TRAITEMENT DE L'INFORMATION (CTI)

#### Up to date

2009

#### Contact

Fonds des Maladies Professionnelles  
Mr. Jan Uytterhoeven  
Administrateur Général  
Mr. Patrick Strauss (responsable)  
Conseiller Général  
Avenue de l'Astronomie I  
1210 Bruxelles  
Tél.: 02/226.62.11  
Fax: 02/219.19.33  
E-mail: [secr@fmp-fbz.fgov.be](mailto:secr@fmp-fbz.fgov.be)  
Personne à contacter: Mr. Hector De Waele

#### Aims

Le Fonds des Maladies Professionnelles a pour but d'une part le traitement des demandes en réparation des maladies professionnelles et d'autre part la prévention de ces maladies. Les principales actions préventives sont la vaccination, l'écartement du risque nocif et le programme de préventions des maux de dos.

Le Fonds traite également les demandes introduits dans le cadre Fonds Amiante.

## Methodology

### Data recorded

Les paramètres enregistrés sont les suivants:

a) données d'identification

- n° du registre national
- âge
- sexe
- nationalité
- province et arrondissement du lieu de résidence
- régime linguistique

b) données relatives à la demande en réparation

- numéro de dossier
- date de la demande
- type de demande

c) données relatives aux décisions prises

- reconnaissance ou non de la maladie
- % d'incapacité
- type d'incapacité
- date de début d'incapacité

### Time characteristics

La dernière année d'enregistrement est 2008

## REGISTRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

### Up to date

2004

### Contact

Mr. Renneson  
Inspecteur social  
Mr. Renneson (responsable)  
Fonds des Accidents du Travail  
rue du Trône 100  
1050 Bruxelles  
Tél.: 02/506.84.74  
Fax: 02/506.84.15  
E-mail : [bernard.renneson@faofat.fgov.be](mailto:bernard.renneson@faofat.fgov.be)

### Aims

Depuis 1990, le Fonds des Accidents du Travail (FAT) centralise les informations relatives aux accidents du travail du secteur privé en provenance des organismes assureurs et est responsable du contrôle des données. A partir de 2000, il constitue une base de données des accidents survenus dans le secteur public (en cours).

### Methodology

#### Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Les paramètres enregistrés sont les suivants:

- a) caractéristiques de l'accident
  - année de l'accident
  - date (jour et mois)
  - heure, lieu
  - distinction accident du travail / chemin du travail
  - agents matériels et forme de l'accident
- b) identification de la victime
  - âge, sexe
  - nationalité
  - catégorie professionnelle
  - profession du travailleur accidenté et son ancienneté
- c) données concernant l'employeur
  - code postal du siège d'exploitation dont dépend la victime
  - activités de l'entreprise (nomenclature NACE)
- d) incapacité
  - nature et siège des lésions
  - durée effective de l'incapacité de travail partielle/totale (\*)

- incapacité permanente de travail (nombre de cas et taux) (\*)
- cas de morts (\*)
- e) charges financières (\*)
- indemnités journalières
- frais médicaux, pharmaceutiques, funéraires et divers

(\*): les données concernant les charges financières et les suites de l'accident sont établies au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'accident est survenu.

### Time characteristics

Dernières données disponibles: ?

## REGISTRE DU CENTRE ANTIPOISONS

### Up to date

2009

### Contact

Centre Antipoisons de Belgique  
Direction: Mme. le Dr. M. Mostin  
Hôpital Militaire  
Rue Bruyn  
1120 Bruxelles  
Tél.: 02/264 96 36  
Fax: 02/264 96 46  
E-mail: [martine.mostin@poisoncentre.be](mailto:martine.mostin@poisoncentre.be)  
Personne à contacter: Mme. le Dr. M. Mostin

### Aims

Le Centre est une fondation d'utilité publique. Il étend son activité à toute la Belgique.  
L'objectif principal du Centre est d'assurer depuis 1964 une permanence médicale d'informations 24 h sur 24 h et une activité de toxicovigilance.  
En outre, il possède et gère une documentation interne incluant les dossiers cliniques des appels et comporte un département informatique capable de traiter les données du Centre et d'échanger des données avec d'autres Centres Antipoisons Européens.

### Methodology

### Data recorded

Pour chaque appel émanant du public, du corps médical et paramédical, des secours publics, des autres Centres Antipoison, un recueil d'informations s'opère sur une fiche pré-codée appelée "fiche d'appel".

Il s'agit de:

a) identification du demandeur

- provenance de l'appel (public ou prof. de santé)

b) la victime

- âge, sexe, poids, présence d'un handicap mental

c) l'objet de la demande

d) l'identification des produits

- dénomination
- doses, caractéristiques

e) les caractéristiques de l'exposition

- délai entre l'exposition et l'appel
- la durée d'exposition
- les circonstances
- intoxication volontaire

suicide

crime

toxicomanie

autre

- intoxication accidentelle

professionnelle

pollution

effets secondaires

erreur thérapeutique

incendie

autre

- intoxication indéterminée

f) le lieu

g) la symptomatologie

h) l'avis donné par le Centre annoté de détails si nécessaire

- traitements
- examens

i) suivi du cas

j) lieu de traitement (domicile, intervention médicale, hôpital)

- proposé et réel

Remarque: l'ensemble de ces informations n'est pas systématiquement recueilli pour chaque appel

Time characteristics

Start : 1991

## FONDATION REGISTRE DU CANCER - STICHTING KANKERREGISTER (BELGIAN CANCER REGISTRY)

Up to date:

2009

[Information from report “Cancer Incidence in Belgium, 2004-2005”, Belgian Cancer Registry, Brussels 2008]

Contact

FONDATION REGISTRE DU CANCER - STICHTING KANKERREGISTER

Rue Royale 215

1210 Bruxelles

Tel: 02/250.10.10

Fax: 02/250.10.11

info@registreducancer.org

<http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm>

Aims

The founding of the National Cancer Registry as a department of the Belgian Work against Cancer in 1983 was the first step towards a coordinated cancer registration system. The National Cancer Registry received and managed data obtained from the seven Belgian Health Insurance Companies. Evaluation of these data however, showed a considerable underregistration. In 2005 the National Cancer Registry stopped working because of the dissolution of the Belgian Work against Cancer (BWK s.o.n. – OBC f.u.p.). This fact and more important the motivation of all the public-health-care authorities to have a clear insight in cancer incidence in Belgium as a tool for prevention and health policy, resulted into the creation of the Foundation Belgian Cancer Registry (BCR) on June 28th 2005. AKR(Antwerps Kankerregister) stopped its data collecting activities at the year of incidence 2004, whereas LIKAR(Limburgs Kankerregister) continued until the year of incidence 2005. The National Cancer Registry and the Flemish Cancer Registry Network were completely integrated in the new foundation.

The Health Law of December 13th 2006(9) can be considered as a milestone in the history of the Belgian cancer registration. Article 39 of this law authorises the Belgian Cancer Registry to use the national social security number (INSZ/NISS) as the unique identifier of the patient.

Methodology

The first goal of the new Belgian Cancer Registry was to achieve completeness in cancer registration for the whole country. For this reason, the Registry first focused on the elaboration of an entire network with the pathological anatomy laboratories. At the start of the new Belgian Cancer Registry, the network was complete in the provinces of Flemish-Brabant, East-Flanders, Limburg (network created by LIKAR) and West-Flanders. Direct collaboration was started with the pathology laboratories of the province of Antwerp, the Walloon Region and the Brussels Capital Region. With the appreciated help and motivation of all Belgian pathologists the Cancer Registry succeeded to create a complete pathology network by the end of 2007 (year of incidence 2004). Also the second pillar of the network with the clinical sources was significantly enlarged between 2005 and 2008. Almost all hospitals with an oncological activity fill in a standard form at least for cases discussed in the multidisciplinary oncological consultation. A part of them registers those forms and sends them electronically to the Cancer Registry.

At the end of 2008, a total number of 45 hospitals were directly collaborating through an electronic registration system with the Belgian Cancer Registry in the Flemish Region, 10 hospitals in the Walloon Region and 6 hospitals in the Brussels Capital Region. The efforts to generalise electronic registration at the level of the hospital and to include cases not discussed at the multidisciplinary consultation continue. The law also foresees the participation of the haematology departments in the cancer registration network. The set up of this network has been initiated in the year 2008.

### *Clinical network*

As mentioned earlier, hospitals have to register all new cancer diagnoses, irrespective of the fact the diagnosis is discussed during a multidisciplinary oncological consultation. Each tumour has to be recorded by means of a standard form including a confined set of variables. To code tumour characteristics (primary localisation and histology), this data set used the International Classification of Diseases for Oncology, third edition (ICD-O-3). The staging of the tumour has to be defined according to the TNM Classification of Malignant Tumours, sixth edition.

### *Pathology network*

The pathological anatomy laboratories encode the received specimens following classification rules approved by the Consilium Pathologicum Belgicum. In Flanders most of the laboratories follow the Codap-2007 classification. Various coding systems are used in the Walloon and Brussels Capital Region. Every (pre-)malignant diagnosis is encoded and yearly transferred to the Belgian Cancer Registry, accompanied by the anonymised protocols as foreseen by law. After quality control, the specimen classification is converted to a tumour registration in ICD-O-3 at the registry.

Every tumour record is subjected to an automated quality control in which the format and the contents of each field are checked. In addition, the contents of the fields are checked for inconsistencies against the other fields. Relationships are checked between topography and gender, topography and histology and age and tumour characteristics. These checking procedures were based on the IARC guidelines. Also a number of manual interventions are carried out e.g. all liver tumours are manually checked. Subsequently, the individual tumour records from clinical sources and pathological anatomy laboratories are linked by means of the unique patient identifier.

For more details see "Cancer Incidence in Belgium, 2004-2005", Belgian Cancer Registry, Brussels 2008 available on <http://coldfusionwebhostings.be/PSK/fullpage.cfm?menuitem=7000000&id=27&lang=EN>

### *Data recorded*

La Fondation Registre du Cancer collecte et enregistre les données concernant le cancer. L'information enregistrée se compose de données cliniques et de données provenant des laboratoires d'anatomie pathologique.

### *Pathologie*

Les médecins de chaque laboratoire d'anatomie pathologique doivent enregistrer les résultats des examens confirmant un diagnostic de cancer. Ils utilisent les classifications de pathologie, approuvées par le Collège d'oncologie en concertation avec le Consilium Pathologicum Belgicum.

### *Enregistrement clinique*

Dans le cadre de la participation obligatoire à l'enregistrement du cancer (AR programme de soins et le programme de soins de base en oncologie) les données cliniques sont collectées au moyen de formulaires d'enregistrement du cancer standardisés.

#### **Formulaire d'enregistrement du cancer : nouveau diagnostic**

[MONITEUR BELGE - 31/08/2006 - ANNEXE 55]

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : NOUVEAU DIAGNOSTIC



Patient

Date de naissance

N° national / N° organisme assureur

Sexe

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA)

ordre de priorité décroissante: 1 = première confirmation histo/cyto, 2 = évaluation clinique/hospitalisation, 3 = décès

2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis):

1 = autopsie (pas d'application pour la CMO)

2 = histologie tumeur primitive

3 = histologie métastase

4 = cytologie / hématologie

5 = examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)

6 = examen clinique

7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)

9 = inconnu

3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)

0 = Asymptomatique, activité normale

1 = Symptomatique, mais ambulant

2 = Symptomatique, alité < 50 p.c. de la journée

3 = Symptomatique, alité > 50 p.c. de la journée

4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire

4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir)

5. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer):

1. gauche

2. droite

3. inconnu

6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir)

7. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer)

1 = bien

2 = moyen

3 = peu

4 = indiff/anapl

9 = inconnu

8. TNM CLINIQUE (UICC 2002):

cT.....

cN.....

cM.....

9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002):

pT.....

pN.....

pM.....

10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer)

1. Ann Arbor, [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre (remplir)

Stade (remplir)

11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA)

12. TRAITEMENTS DEJA REÇUS:

remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

10: chirurgie

15: greffe moelle osseuse

20: radiothérapie externe/curiethérapie

25: chimioradiothérapie concomitante

30: isotopes

40: chimiothérapie

50: hormonothérapie

60: immunothérapie

70: symptomatique

80: autre forme de traitement (remplir)

90: pas de thérapie

95: refus thérapie

99: inconnu

13. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)

remplir les codes chronologiquement, voir point 12

14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

- prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autre (remplir)

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)

Dr

N° INAMI

Institution

Etabli le

**Formulaire d'enregistrement du cancer : follow-up**

[MONITEUR BELGE - 31/08/2006 - ANNEXE 55(suite)]

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : FOLLOW-UP

Patient

Date de naissance

N° national / N° organisme assureur

Sexe

**I) DONNEES De LA TUMEUR PRIMITIVE**

Localisation de la tumeur primitive (remplir)

histologie de la tumeur primitive (remplir)

date d'incidence (jj-mm-aaaa)

ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto ; 2=hospitalisation/évaluation clinique

intervalle libre? (entourer) oui/non

date de la première récurrence (si intervalle libre) (jj-mm-aaaa)

ordre de priorité décroissante: 1=confirmation histo/cyto ; 2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis): local, régional, métastases

**II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE (INTENTION)**

remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

10: chirurgie

15: greffe moelle osseuse

20: radiothérapie externe/curiethérapie

25: chimioradiothérapie concomitante

30: isotopes

40: chimiothérapie

50: hormonothérapie

60: immunothérapie

70: symptomatique

80: autre forme de traitement (remplir)

90: pas de thérapie

95: refus thérapie

**III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)**

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
- répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations

○ chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire

○ autres (remplir)

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)

Dr

N° INAMI

Institution

Etabli le

### Time characteristics

Statistiques annuelles avant 1999: Il faut noter que les anciens chiffres d'incidence du cancer sont sous-estimés pour des raisons méthodologiques jusqu'en 1996 pour toutes les régions. A partir de 1997 la qualité des données s'améliore en Flandres; il persiste encore une sous-estimation en Wallonie et à Bruxelles.

Statistiques annuelles après 1999, actuellement disponibles jusqu'en 2006.

## DEEL 7 : WIV - ISP

### SURVEILLANCE VAN MULTI-RESISTENTE KIEMEN IN BELGISCHE ZIEKENHUIZEN

Up to date

2009

Contact

Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

Marie-Laurence Lambert  
Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*  
Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN  
Tél. +32(0)2/642 57 42  
E-mail: [mlambert@iph.fgov.be](mailto:mlambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

In de loop van de 90er jaren nam het aantal infecties met *Enterobacter aerogenes* toe in de Belgische ziekenhuizen. Tussen 1992 en 2001 steeg de incidentie van *E. aerogenes* uit bloedkweken van 0,09 tot 0,31/10.000 patiëntendagen (Suetens C., WIV, 2001). De proportie van *E. aerogenes* binnen het totaal aantal *Enterobacter* species (uit bloedkweken) nam eveneens toe van 33,2% in 1992-1994 tot 48,5% in 2000-2001.

Dit micro-organisme was eveneens verantwoordelijk voor verscheidene epidemieën in Belgische ziekenhuizen.

Gelijktijdig deed zich een toenemend probleem van multi-resistentie voor. Tussen '94 en '95 nam de gevoeligheid van *E. aerogenes* voor imipenem, ceftazidime en fluoroquinolones af. (Ronveaux O., 1999)

In 2000, in samenwerking met de Belgische Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in de Ziekenhuizen (GOSPIZ) startte de afdeling Epidemiologie van het WIV met een multi-centrische, epidemiologische surveillance van Multi-Resistente *Enterobacter aerogenes* (MREA) in de acute Belgische ziekenhuizen. De onderstaande figuur geeft de evolutie weer van het gemiddelde van de MREA- en nosocomiaal verworven MREA-proporties voor

Deze surveillance beoogt een dubbele doelstelling:

- Enerzijds laat zij toe om de evolutie van de proportie en incidentie van:
  - *Enterobacter aerogenes*,
  - Multi-resistente *Enterobacter aerogenes* (MREA) en
  - nosocomiaal verworven Multi-Resistente *Enterobacter aerogenes* (n-MREA)

in de Belgische ziekenhuizen op te volgen in de tijd en aldus over nationale gegevens te beschikken omtrent deze resistente kiem.

- Anderzijds laat deze surveillance aan de deelnemende instellingen toe om de eigen resultaten op te volgen in de tijd en deze te vergelijken met de nationale resultaten.

## Methodology

De deelnemende ziekenhuizen verzamelen retrospectief, aan de hand van een surveillanceformulier geaggregeerde gegevens met betrekking tot *E. aerogenes*, MREA en n-MREA in hun ziekenhuis voor de voorbije zes maanden.

Een stam wordt als Multi-Resistent (MREA) beschouwd "indien hij resistent is voor minstens één van de volgende 3de generatie cefalosporines: ceftazidime, cefotaxime, ceftriaxone, aztreonam en voor één van de volgende fluoroquinolones : ofloxacin, levofloxacin, ciprofloxacin.

Een stam wordt als nosocomiaal verworven MREA beschouwd bij een infectie met- of een dragerschap van een MREA-stam, verworven in het ziekenhuis en niet aanwezig bij opname (eerste positieve kweek > 48 uur na opname).

De te verzamelen gegevens zijn:

- het aantal MREA- stammen uit klinische- en screeningstalen,
- het aantal *E. aerogenes*-, *E. species*- en *Enterobacteriaceae*-stammen,
- het aantal nieuwe ziekenhuis verworven MREA gevallen uit klinische- en screeningstalen en
- het aantal opnames en patiënten dagen gedurende deze periode.

De gegevensverzameling gebeurt op gestandaardiseerde wijze: iedere patiënt wordt slechts éénmaal geteld. Dubbels worden dus uitgesloten. Het WIV staat in voor de gegevensinvoer, analyse en benchmarking.

## TYPE FEEDBACK

Deelnemers krijgen een individuele en globale feedback voor het voorbije semester. Het globaal rapport bevat de nationale cijfers voor het semester en hun evolutie in de tijd, terwijl het individueel rapport het lokale resistentie- en incidentiecijfer voor het ziekenhuis en de tijdsevolutie van deze cijfers op grafische wijze weergeeft.

Alle globale MREA-surveillance-rapporten kunt u downloaden.

## HOE DEELNEMEN

Belangrijk: vergeet vooral niet uw NSIH-codenummer, de naam van uw instelling en de gemeente op het formulier in te vullen alvorens het samen met uw resultaten via de post of via e-mail naar het WIV te verzenden.

Het WIV voegt uw gegevens toe aan de nationale databank en zorgt voor de analyse van de gegevens en benchmarking.

De gegevens worden op vertrouwelijke wijze behandeld. Individuele ziekenhuisresultaten worden enkel aan het betrokken ziekenhuis teruggerapporteerd en nooit aan derden. De individuele feedback wordt geanonimiseerd, dankzij het gebruik van een door het WIV toegekend studienummer dat voor elke studieperiode verandert.

Voor de MREA surveillance is geen financiering van de deelnemende ziekenhuizen door de overheid voorzien.

## Data recorded

- Algemene gegevens:
  - periode
  - ziekenhuis

- stad
- NSIH-code
- Enterobacter aerogenes:
  - totaal aantal multiresistente enterobacter aerogenes: klinische stalen
  - totaal aantal multiresistente enterobacter aerogenes: screeningstalen
  - totaal aantal ESBL-producerende Enterobacter aerogenes: klinische- en screeningstalen
    - aantal stammen geïsoleerd uit bloedkweken?
  - totaal aantal enterobacter aerogenes: alle E. aerogenes-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden
  - totaal aantal Enterobacter species: alle Enterobacter spp-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden)
  - totaal aantal enterobacteriaceae: alle Enterobacteriaceae-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden/
- Escherichia coli:
  - totaal aantal ESBL-producerende Escherichia coli
    - aantal stammen geïsoleerd uit bloedkweken
    - aantal stammen geïsoleerd uit urinekweken
  - totaal aantal ESBL-producerende escherichia coli: screeningstalen
  - totaal aantal ESBL-producerende escherichia coli: klinische- en screeningstalen
  - totaal aantal escherichia coli: alle escherichia coli-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden
- Klebsiella pneumoniae:
  - totaal aantal ESBL-producerende Klebsiella pneumoniae: klinische stalen
    - aantal stammen geïsoleerd uit bloedkweken
  - totaal aantal ESBL-producerende Klebsiella pneumoniae: screeningstalen
  - totaal aantal ESBL-producerende Klebsiella pneumoniae: klinische- en screeningstalen
  - totaal aantal Klebsiella pneumoniae: alle Klebsiella pneumoniae-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden
  - totaal aantal Klebsiella species: alle Klebsiella species-stammen geïsoleerd tijdens de voorbije 6 maanden
- Noemergegevens:
  - totaal aantal opnames tijdens het semester (opgegeven per maand)
  - totaal aantal hospitalisatiedagen tijdens het semester (opgegeven per maand)
  - totaal aantal bedden waarop deze surveillance betrekking heeft
  - waarop hebben de surveillancegegevens betrekking:
    - enkel de ziekenhuissite waarop het adres op de voorpagina van het surveillanceformulier vermeld werd
    - meerdere sites van éénzelfde ziekenhuisfusie: indien ja: geef aan op welke sites de gegevens betrekking hebben (naam van de instelling, stad)



## Time characteristics

Deelname door de ziekenhuizen gebeurt op vrijwillige basis. Jaarlijks zijn er twee surveillancerapportages: van 1 januari tot 30 juni en van 1 juli tot 31 december. Om de zes maanden krijgt ieder ziekenhuis, naast het nationaal MREA-surveillance-rapport tevens een nieuw surveillanceformulier toegestuurd voor de retrospectieve gegevensverzameling. U kan dit formulier ook gewoon downloaden.

## HEALTH INTERVIEW SURVEY

### Up to date

2009

### Contact

Demarest S.  
Afdeling Epidemiologie  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Juliette Wytsmanstraat 14  
1050 Brussel  
Tel: 02/642 57 94  
Fax: 02/642 54 10  
E-mail: [stefaan.demarest@iph.fgov.be](mailto:stefaan.demarest@iph.fgov.be)

### Aims

De Gezondheidsenquête door Middel van Interview wordt in principe om de 4 jaar uitgevoerd in opdracht van alle voor Volksgezondheid bevoegde ministers op federaal, regionaal en gemeenschapsniveau. Een eerste enquêteronde werd in 1997 uitgevoerd, een tweede in 2001 terwijl thans (begin 2005) het veldwerk in het kader van de derde enquête wordt afgerond. Alle enquêtes werden uitgevoerd in overeenstemming met de Europese richtlijnen ter zake.

De uiteindelijke doelstelling van de enquête is het aanbrengen van 'evidence based' informatie nodig bij het uitstippelen van een efficiënt gezondheidsbeleid. Periodiciteit van de enquête is hierbij van uitzonderlijk belang; pas na herhaalde enquêterondes is het mogelijk om veranderingen op het gebied van gezondheid te kunnen volgen.

De Gezondheidsenquête neemt de vorm aan van een rechtstreekse bevraging van een voldoende grote steekproef van individuen. Het samenwerkingsakkoord tussen de betrokken ministers voorziet in de bevraging van 10.000 personen, met de mogelijkheid tot een provinciale oververtegenwoordiging en/of een oververtegenwoordiging van specifieke groepen (ouderen, specifieke buurten,...). Zo werd de initiële steekproef vergroot met 2000 personen in 2001 (vanwege een oververtegenwoordiging van 4 provincies) en met 2.600 personen in 2004 (vanwege zowel een provinciale oververtegenwoordiging als een oververtegenwoordiging van ouderen).

De vragenlijst van de Gezondheidsenquête wordt gevormd door een 'stambevraging' (die onveranderd in elke enquête wordt opgenomen) en een 'perifere bevraging' (die voor wijziging vatbaar is) en bestaat uit drie onderdelen: een vragenlijst voor het huishouden, een mondelinge vragenlijst en een schriftelijke vragenlijst. De vragenlijst voor het huishouden en de mondelinge vragenlijst worden door de interviewer doorlopen waarbij de antwoorden van de respondenten worden genoteerd. De schriftelijke vragenlijst (enkel gericht aan personen van minstens 15 jaar) worden door de respondenten zelf ingevuld.

Voor de effectieve bevraging (veldwerk) wordt een samenwerkingsakkoord gesloten met de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (het voormalige Nationaal Instituut voor de Statistiek).

## Methodology

Data worden verzameld door enquêteurs. Er zijn drie vragenlijsten:

- een vragenlijst over het huishouden (Level: household), via een interview van de referentiepersoon van het huishouden;
- een vragenlijst via een interview van maximaal vier geselecteerde leden van het huishouden of hun proxy (voor leden jonger dan 15 jaar) (Level: Individual);
- een schriftelijke vragenlijst, enkel ingevuld door geselecteerde leden ouder dan 15 jaar (Level: Individual).

Data quality is ensured on the one hand by the work of the Quality Control Board and on the other hand by the use of special software to guide the construction of the sample. More information on quality control actions may be found in the report (<http://www.iph.be/epidemiologie/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/his06nl.pdf> - Dutch and <http://www.iph.be/epidemiologie/epifr/crospfr/hisfr/his01fr/his06fr.pdf> - French).

The Quality Control Board has an advisory authority with respect to the Director of the Survey. In general, the Quality Control Board is qualified to guide and to critically evaluate all phases of the fieldwork. This encompasses (a) preparation of the fieldwork, (b) the collection of the data and finally (c) the analyses of the data. The agenda of the Quality Control Board is linked with the

subsequent logical steps undertaken in the HIS2001.

The Quality Control Board is seen as a critical reflection chamber and gives advice to the director of the survey. This advice is given on the basis of standardized and periodic information passed on by the director and coordinator of the survey.

The commission meets every month, starting from 6 months before the start September until 3 months after termination of the fieldwork. In emergency situations, the frequency of the meetings may be increased. Its tasks are

- defining the evaluation instruments / indicators of the fieldwork
- evaluating the feasibility and the practical implications of the implementation of the instruments
- reviewing whether the instruments are correctly used
- advising on the results produced by the instruments

The stages are:

a) Preparation of the fieldwork:

- defining „non-participating”, „non-responding”, „non-available”, „noncontactable”, „(de-) activated”, / households;

- developing scenario that may occur in practice and, investigating whether all phases of the (pre-) fieldwork are well-documented;

- determining the actions to be undertaken when preset deadlines are not met and /or when procedures outlined in the protocol are violated

b) Collection of the data / interviewers:

- reviewing the progress of data entry, of data base setup and data consistency checks;

- reviewing the interviewers performance by means of communication forms and progress report forms.

c) Analyses:

- checking whether the analysis plan is feasible (in terms of time and objectives of the survey, in terms of methodology and available data).

## Validation

Both internal and external Validation can be improved. Some suggestions for internal validation are given by Molenberghs et al.aaa

Complete external validation is difficult, in part due to the wealth of variables in the survey. External validation is often the result of ongoing research and analyses of the results, and feedback to the IPH.

De Maeseneer et al.bbb did a comparison by linkage of administrative data from the sickness funds (IMA) and survey data on the number of contacts with general practitioners. His results indicated that contacts on the basis of the last two weeks (survey) may overestimate significantly the total yearly number of contacts (IMA). This was not the case for the number of contacts reported for the last two months.

## Data recorded

Toegang tot de gegevens

Een CD-ROM met het volledig gegevensbestand en een gebruiksaanwijzing kan bekomen worden op aanvraag aan S. Demarest

Deze lijst kan geconsulteerd worden op de website van de gezondheidsenquête:

- Huishoudens:

- 1997: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his97nl/his11.pdf>
- 2001: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/housenl2001.pdf>
- 2004: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his04nl/housenl2004.pdf>
- 2008: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index4.htm>

- Schriftelijke vragenlijst:

- 1997: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his97nl/his13.pdf>
- 2001: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/selfnl2001.pdf>
- 2004: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his04nl/selfnl2004.pdf>
- 2008: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index4.htm>

- Mondelinge vragenlijst:

- 1997: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his97nl/his12.pdf>
- 2001: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his01nl/facenl2001.pdf>
- 2004: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/crospnl/hisnl/his04nl/facenl2004.pdf>
- 2008: <http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/index4.htm>

The contents of the Health interview Survey questionnaires may be condensed into the following modules (<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epien/prog4.htm>):

	Year of realisation		
	1997	2001	2004
Household questionnaire (5 modules)			
Constitution of the household	x	x	x
Income of the household	x	x	x
Expenditure for health care	x	x	x
Housing	x	x	x
Health and society		x	x
Face to face questionnaire (17-18 modules) filled in by at most 4 persons per household			
Illness and chronic conditions	x	x	x
Acute affections		x	

Traumatism: accidents	x	x	x
Physical activities	x	x	in written
Short-term functional disorders	x	x	x
Long-term physical disorders	x	x	x
Waiting list X			x
Medical consumption:			
Contacts with GP			x
Contacts with a specialist			x
Contacts with primary health care		x	x
Contacts with a dentist	x	x	x
Contacts with other health services	x	x	x
Admission to hospital	x	x	x
Drug use	x	x	x
Vaccination	x	x	x
Nutrition (1)	x	x	x
Maternal and infantile health	x		
Social-economic profile:			
Education	x	x	x
Employment	x	x	x
Income	x	x	x
Written questionnaire (14-17 modules) filled in by the selected persons over 15 years			
Health perception	x	x	x
Morbidity	x		
Health complaints (list of symptoms)		x	x
Knowledge of/and behaviour towards HIV/AIDS	x		x
Social health	x	x	x
Consumption of tobacco	x	x	x
Consumption of others products		x	x
Consumption of alcohol	x	x	x
Nutrition (2)	x	x	x
Physical activities	face to face	face to face	x
Traumatism, accidents, violence and bites of dog	x	x	x
Mental health: to be emotional well	x	x	x
Satisfaction of the patients		x	
Prevention:			
Blood pressure	x	x	x
Cholesterol	x	x	x
Diabetes		x	x
Health and sexuality	x	x	x
Cancer screening:			
Breast cancer	x	x	x
Cervical cancer	x	x	x

### Time characteristics

Start : 1997, discontinu, 4-jaarlijks, Foreseen to be collected every 4 years

## NATIONALE SURVEILLANCE VAN CLOSTRIDIUM DIFFICILE- INFECTIES

Up to date

2009

### Contact

Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

Marie-Laurence Lambert  
Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*  
Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN  
Tél. +32(0)2/642 57 42  
E-mail: [mllambert@iph.fgov.be](mailto:mllambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

In het kader van groeiende incidentie en oprukkende hypervirulente stammen organiseert de Belgian Infection Control Society (BICS) i.s.m. het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) een nationale surveillance om de basisincidentie van *Clostridium difficile* - geassocieerde diarree (CDAD) in ons land te bepalen. De registratie begon op 1 juli 2006. de invoer van de gegevens gebeurt in een web-based programma (een paswoord en een login zijn vereist).

Deelname aan deze surveillance is nu verplicht voor tenminste een half jaar per jaar (KB 01/07/2007).

*Clostridium difficile* is een gram-positieve anaërobe sporenvormende bacil en is de belangrijkste oorzaak van nosocomiale diarree in gezondheidsinstellingen. 3% van de volwassen populatie is een gezonde, asymptomatische drager van *C. difficile*. De belangrijkste uitlokkende factor voor het ontwikkelen van symptomen is de toediening van antibiotica. Deze verstoren de intestinale flora. De infectie kan zich dus ontwikkelen bij dragers onder antibiotische therapie of bij personen die tijdens de antibiotische therapie besmet worden met de bacterie. Het is immers aangetoond dat een patiënt die diarree ontwikkelt in het ziekenhuis gemakkelijk zijn omgeving besmet. Bovendien kunnen de sporen van *Clostridium difficile* zeer lang overleven in de buitenwereld en zijn zij zeer moeilijk uit te roeien. De verspreiding van de sporen en hun voortbestaan in de omgeving liggen aan de basis van ziekenhuisepidemieën.

In 2004 stelden verschillende Canadese publicaties een zeer belangrijke en significante verhoging vast van de incidentie van CDAD in ziekenhuizen tijdens de voorgaande twee jaren. Bovendien was de ernst van de gevallen in belangrijke mate toegenomen, met een verhoogde mortaliteit tot gevolg, vooral bij bejaarde patiënten.

De stammen die geïsoleerd werden tijdens de epidemieën in Canada behoorden voornamelijk tot het toxinotype III (of ribotype 027). Zij produceerden hogere hoeveelheden toxines dan gewoonlijk. Bovendien produceerden zij een derde toxine (het binaire toxine) en waren ze resistent aan talrijke antibiotica, waaronder de fluoroquinolones. Tijdens de zomer van 2005 werd een hypervirulente stam van *Clostridium difficile* geïsoleerd tijdens een epidemie in Engeland en daarna ook in Nederland. Deze stam was gelijkend aan deze gevonden in Canada. In september 2005 werd deze stam voor de eerste maal beschreven in België, en recent ook in Frankrijk. Tot april 2006 werd in België het type 027 geïdentificeerd als oorzakelijke stam van epidemieën in een totaal van 8 ziekenhuizen.

Het bestaan van deze epidemische stam, alsook het groeiende aantal personen die risicofactoren vertonen (leeftijd, immunodepressie,...), dragen bij tot de verhoging van de incidentie van CDAD.

Voor meer informatie contacteer de projectverantwoordelijke.

De doelstellingen van de surveillance zijn:

- Op het niveau van het ziekenhuis:
  - De incidentie meten en volgen in de tijd (bijv. voor het opvolgen van het effect van geïmplementeerde guidelines)
    - Risicofactoren voor CDAD opvolgen
    - Vergelijken van de incidentiecijfers van de verschillende ziekenhuizen
  - Opstellen van een baseline incidentie om de detectie van epidemieën te vergemakkelijken
  - Microbiologisch luik: identificeren van de genotypische karakteristieken van de geïsoleerde *C. difficile* stammen door de samenwerking met het nationaal referentielaboratorium (binair toxine, deletie van *tcdC*, toxine typering en genotypering (PFGE)).
- Op nationaal niveau:
  - Opstellen van referentietabellen voor incidentievergelijkingen tussen ziekenhuizen (percentielverdeling)
    - Opvolgen van de nationale incidentie van CDAD
    - Opvolgen van de risicofactoren en de klinische ernst van CDAD
  - Microbiologisch luik: identificeren van *C. difficile* stammen in Belgische ziekenhuizen en beschrijven van de epidemiologie op nationaal niveau.

## Methodology

- Voorwaarden:

Deelname aan de surveillance is verplicht. Een instelling die wenst deel te nemen aan de surveillance moet toegang hebben tot een laboratorium dat in staat is de volgende analyses uit te voeren:

- Toxinedetectie op stoelgangstalen
- Cultuur van stoelgang voor detectie van *C. difficile*
- Toxinedetectie op kolonies in het geval van tegenstrijdige resultaten

Meer details over de analysemethoden kunt u terugvinden in het surveillanceprotocol.

- Te verzamelen gegevens:
  - Epidemiologisch luik
  - Infectiegegevens: 1 registratieformulier per geval van CDAD (zie datatabel hieronder). Voor een recurrent geval zal een nieuw formulier worden ingevuld. De definities van de verschillende soorten CDAD-gevallen kunt u terugvinden in het surveillanceprotocol.

- Geaggregeerde noemergegevens voor het ganse ziekenhuis, d.w.z. alle acute ziekenhuisdiensten (inclusief acute psychiatrie, Sp-diensten van het eigen ziekenhuis en geriatrie) (aantal opnames en aantal ligdagen).

- Microbiologisch luik  
Stammen van maximum 5 opeenvolgende patiënten, verzameld gedurende de surveillanceperiode, worden opgestuurd naar het referentielaboratorium (de contactgegevens vindt u terug in het surveillanceprotocol) vergezeld van een kopie van het registratieformulier.

- Confidentialiteit:

De gegevens en de geanalyseerde resultaten worden door het WIV en het nationaal referentielaboratorium vertrouwelijk behandeld.

#### Data recorded

- Algemene gegevens :
  - ziekenhuiscode
  - unieke patiëntencode
  - referentielaboratoriumcode (indien stam naar reflab werd gestuurd)
- Patiëntgegevens
  - geslacht
  - geboortjaar
  - opnamedatum in ziekenhuis
  - opnamedatum op afdeling
  - specialiteit van die afdeling
  - eenheid
  - ontslagdatum
  - status op deze datum
- laboratoriumresultaten
  - datum staalname
  - toxine op stoelgang
  - cultuur
  - toxine op kolonie
  - stam verstuurd naar referentielabo UCL
  - resultaat
- klinische gegevens
  - diarree bij opname
  - begindatum diarree / symptomen
  - vermoedelijke plaats van oorsprong diarree / symptomen
  - opname voor behandeling CDAD
  - recurrent geval (< 8 weken na begin vorige episode)
  - klinisch verloop
  - dossier volledig



## OPTIONELE MODULE :

- risicofactoren voor CDAD en gecompliceerder CDAD
  - CDAD in voorgeschiedenis > 8 weken
  - antibiotica in de 2 weken voorafgaand aan CDAD
- of sinds begin hospitalisatie indien patiënt langer dan 2 weken geshospitaliseerd is / was
  - initiële AB-behandeling voor CDAD (dag 1 diarree)
  - ernst onderliggende ziekte
  - leukocytose  $\geq 20 \cdot 10^3 / \text{mm}^3$
  - sondevoeding (in de 2 weken voor CDAD)
  - protonpompinhibitoren (in de 2 weken voor CDAD)

## Time characteristics

- Duur van de surveillance:

De minimale participatieperiode voor deze surveillance bedraagt 6 maanden (begindatum eerste registratieperiode 1 juli 2006).

## TABAKSGEBRUIK

### Up to date

2009

### Contact

OIVO-CRIOC Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties  
Studiedienst  
Paepsemalaan 20  
1070 Anderlecht (Brussel)  
Verantwoordelijke: Marc Vandercammen, Algemeen Directeur van OIVO  
Contactpersoon: Adriaan Meirman, Marc Vandercammen, Ingrid Vanhaevre  
Tel: 02 547 06 25  
Fax 02 547 06 01  
e-mail: [adriaan.meirman@crioc.be](mailto:adriaan.meirman@crioc.be), [Ingrid.vanhaevre@oivo.be](mailto:Ingrid.vanhaevre@oivo.be) (NL)

### Aims

Het bepalen van het gedrag van gebruikers op het gebied van tabaksgebruik.

Analysevariabelen: Gedrag en intenties, socio-demografische variabelen

### Methodology

De gegevensverzameling gebeurt op niveau van het land. In 2008 werden 3.043 inwoners van België van 15 jaar en ouder bevraagd: toevallige steekproef, gestratificeerd en gecorrigeerd. De resultaten zijn het doel van de statistische verwerking dat o.a. toelaat te verifiëren of zowel de resultaten als de foutmarges significant zijn.

Momenteel wordt deze gegevensverzameling niet gefinancierd, maar de FOD Volksgezondheid financierde deze studie in het verleden. Deze gegevensverzameling is niet verplicht.

De verzameling gebeurt op een periodieke manier, meestal van 15 november tot 15 december.

Leeftijdsgroepen: 15-29, 30-39, 40-49, 50-64, 65 en +

### Data recorded

De gegevensbank is niet toegankelijk en blijft in het bezit van OIVO.

Aggregatieniveau: individueel per leeftijd, gemeente...

Formaat van het bestand: Excel

Vrije toegang tot de geaggregeerde resultaten met vermelding van de bron. Deze kunnen gedownload worden op de website van [OIVO](http://OIVO), [www.oivo.be](http://www.oivo.be), [www.crioc.be](http://www.crioc.be).

Evolutie van:

- - het totaal tabaksgebruik in België
- - het aantal regelmatige rokers in België
- - het aantal regelmatige rokers per gewest
- - het aantal regelmatige rokers per taalbewind (NL/FR)
- - het aantal regelmatige rokers per geslacht
- - het aantal regelmatige rokers per leeftijdsgroep
- - het aantal regelmatige rokers per maatschappelijke groep
- - het aantal regelmatige rokers per provincie
- - de tabaksverkoop in België

### Time characteristics

Jaar van registratie: van 1982 tot 2008.

## IKED-STUDIE

### Up to date

2009

### Contact

Noëmi Debacker Tel. : + 32 2 642 57 91

Anouck Billiet Tel. : + 32 2 642 57 63

Viviane Van Casteren Tel. : + 32 2 642 50 30

### Aims

- Continue evaluatie en verbetering van de kwaliteit van de diabeteszorg in de Belgische conventiecentra door middel van verzameling van kwaliteitsindicatoren en feedback.
- Het in kaart brengen van de diabeteszorg in de conventiecentra, met rapportering, zodanig dat advies kan worden uitgebracht over de [diabetesconventie](#) aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en InvaliditeitsVerzekering (RIZIV).

### Methodology

- De IKED-studie kadert in de 'diabetesconventie': een revalidatieovereenkomst inzake zelf-regulatie van diabetespatiënten tussen het RIZIV en verschillende Belgische diabetescentra (conventiecentra).
- Verplichte deelname voor alle Belgische conventiecentra (in 2009, N=104).
- Datacollectie:
  - Gedurende 2 maanden om de 12 maanden, vanaf 2003 om de 18 maanden
  - Per conventiecentrum, gegevens van een gerandomiseerde selectie van 10% van de patiënten met  $\geq 2$  insuline injecties/dag (min. 50 patiënten)
  - Gegevens betreffende de laatste consultatie tijdens de 12 tot 15 maanden voorafgaand aan de datacollectie
  - Methodologie gebaseerd op een specifiek [protocol](#) met inbegrip van de belangrijkste indicatoren bepalend voor diabeteszorg
    - Datacollectie via een specifieke registratiesoftware
  - Feedback naar de conventiecentra via [benchmarkinggrafieken](#), [radargrafieken](#) en [percentiellijsten](#), met telkens het centrumresultaat en de positie ten opzichte van de andere deelnemende centra.

### Data recorded

- Algemene patiëntgegevens:
  - naam
- geboortedatum
- geslacht
- type diabetes
- jaar diagnose diabetes
- startjaar orale antidiabetica
- startjaar insulinebehandeling
- Risicofactoren
- Rookgedrag
- frequentie van het roken

- Zelfcontrole
- Aantal bloedglucosemetingen per maand
- Metingen
- Gewicht
- lichaamslengte
- buikomtrek
- bloeddruk
- HbA1c
- aantal HbA1c-metingen per jaar
- creatinine
- microalbuminurie
- cholesterol
- HDL-cholesterol
- triglyceriden - meest recente waarde van de laatste 15 maanden
- Sint-Vincentdoelen
- Blindheid
- myocardinfarct
- PTCA / CABG
- cerebrovasculair accident / TIA
- terminale nierinsufficiëntie
- amputatie
- Onderzoeken
- Ogen:
  - retinaonderzoek uitgevoerd tijdens afgelopen 15 maanden
    - fotocoagulatie tijdens de afgelopen 12 maanden
    - aanwezigheid maculopathie en/of retinopathie
- Voeten:
  - onderzocht tijdens afgelopen 15 maanden
    - Vibratiegevoeligheid
    - Filamenttest (prikgevoeligheid)
    - Aanwezigheid voetspulsaties
    - Acute of genezen voetulcus
    - perifere bypass
- Bloedsuikerverlagende behandeling:
- Gebruik van metformine, sulfonylurea en/of glinides, glitazones
- aantal insuline-injecties per dag
- Aanvullende behandeling:
  - statines, fibraten, anti-agregantia / anti-coagulantia, ACE-I / sartanen, andere anti-hypertensiva

## Time characteristics

sinds 2001

IKED 2001 : afgerond en gerapporteerd

IKED 2002 : afgerond en gerapporteerd

IKED 2003-2004 : afgerond en gerapporteerd

IKED 2005-2006 : afgerond en gerapporteerd

IKED-voet 2005-2006 : afgerond en gerapporteerd

IKED-voet Follow-up 2005-2006 : afgerond en gerapporteerd

## HUISARTSENPEILPRAKTIJKEN

### Up to date

2009

### Contact

Dr. V. Van Casteren

Afdeling Epidemiologie

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Juliëtte Wytsmanstraat 14

1050 Brussel

Tel: 02/642 50 30

Fax: 02/642 54 10

E-mail: [viviane.vancasteren@iph.fgov.be](mailto:viviane.vancasteren@iph.fgov.be)

### Aims

Het Belgisch netwerk van huisartsenpeilpraktijken is een samenwerking tussen het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Afdeling Epidemiologie, coördinatiecentrum) en de Nederlandstalige (WVVH) en Franstalige (SSMG) Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen. De financiering gebeurde tot 1990 door het Nationaal Ministerie van Volksgezondheid. Sedert 1991 wordt de werking volledig gefinancierd door de Vlaamse en Franse Gemeenschap.

### Methodology

#### *Data sources (organisations / databases)*

The data sources are the participating General Practitioners (GP). They are each year invited to participate in the sentinel network. If they agree, they should participate in every current survey for that particular year. Currently some 200 GPs from 184 practices (year=2005) are participating. In every arrondissement (district) there is at least one GP participating.

#### *Data quality plan*

The quality of the data is difficult to access. First of all, it depends on the efforts of all voluntarily participating GPs. This is probably not so bad as it sounds, because most participating GP are quite involved, not in the least because of the feedback that the surveys may provide concerning their proper acts. Second, the (epidemiologic) results depend not only on the accuracy and precision of the data, but also on the representativity of the sample population. As stated above, the latter is not guaranteed. Nevertheless some validation studies have been undertaken. Of importance is the external validation study of some common cancer incidences (period 1990-1997):

[http://www.iph.be/epidemie/epinl/medvnl/tum\\_9097\\_n.pdf](http://www.iph.be/epidemie/epinl/medvnl/tum_9097_n.pdf) (Dutch-speaking)

and:

[http://www.iph.be/epidemiologie/epifr/medvfr/tum\\_9097\\_f.pdf](http://www.iph.be/epidemiologie/epifr/medvfr/tum_9097_f.pdf) (Francophone).

Also, the reintroduction of some themes after an interval of several years allows performing internal validation with the previously obtained results, though this validation may be hampered by time trends.

## Data recorded

### 1. ACUTE ALLERGISCHE MANIFESTATIES (1985-1986)

Definitie:

Alleen volgende allergische manifestaties worden geregistreerd:

- Allergische rhinosinusitis : neusverstopping, rhinorrhoes (helder), niesbuien, tranende ogen.
- Allergische conjunctivitis : waterige conjunctivitis, jeuk.
- Astmacrisis : acute aanval van expiratoire dyspnee met wheezing zowel tijdens het in als het uitademen.
- Allergische huidmanifestatie : (p. ex. urticaria, allergisch contacteczeem).

Het gaat hier zowel om een patiënt die zich voor het eerst met een acute episode bij de arts meldt, als om een patiënt die zich opnieuw aanbiedt, na het totaal voorbijzijn van de voorgaande acute periode.

Indien een patiënt meerdere acute episodes van allergische manifestaties doet tijdens de registratieperiode, zal hij ook meerdere malen geregistreerd worden, maar voor elke acute periode slechts 1 maal.

### 2.ACUTE CONJUNCTIVITIS (1979-1980)

Definitie:

Klinische diagnose van acute ontsteking van het oogbindvlies, als alleenstaand symptoom.

### 3. ACUTE DIARREE (1991-1992)

Definitie:

Meer dan 3 maal per dag niet-consistente stoelgang gedurende meer dan 24u en minder dan 15 dagen. (Voor zuigelingen: meer dan 4 defecaties per dag bij flesvoeding en meer dan 6 defecaties per dag bij borstvoeding).

### 4.ACUTE GASTRO\_ENTERITIS (1979-1980, 2002)

Definitie:

Het gaat om de registratie van het eerste contact van een nieuwe episode van gastro-enteritis.

In hetzelfde verband wordt ook gevraagd de resultaten van stoelgangonderzoeken te noteren die u in de loop van die week heeft ontvangen. Het gaat om het aantal positieve resultaten per kiem alsook om het totaal aantal negatieve resultaten.

### 5. ACUTE INTERVENTIES BIJ PERSONEN $\geq$ 60 J (1987)

Definitie:

Een somatische of psychische acute toestand waarvoor u zelf uw dringende tussenkomst (binnen de 24 uur) nodig vindt, ongeacht de aard van de behandeling die u noodzakelijk acht.

### 6. ACUTE MYOCARD INFARCT (1985-1987)

### 7. VRAAG NAAR HULP I.V.M. ALCOHOLISME (1984, 1993)

Definitie:

Elke consultatie door of voor een patiënt, omwille van somatische, psychische of andere problemen die verband houden met alcoholgebruik.

Alleen de eerste consultatie van een episode wordt geregistreerd.

#### 8. ASTMA (infantile: 1984; prevalentie: 2001; incidentie: 2002-2003)

##### - INFANTILE:

Definitie:

Acute aanval van expiratoire dyspnee met wheezing zowel tijdens het in- als het uitademen. N.B.: Elke crisis die zich voordoet bij een individu tussen 2 en 15 jaar wordt geregistreerd (dus eventueel meerdere crisissen bij éénzelfde individu).

##### - PREVALENTIE:

Definitie

De registratie betreft alle patiënten bij wie de diagnose van astma gesteld (of vermoed) werd vóór 1 januari 2001. Gelieve voor deze patiënten enkel het eerste contact (raadpleging of huisbezoek) van het jaar 2001 te registreren, ongeacht de reden voor het contact.

##### - INCIDENTIE:

Definitie:

De registratie betreft patiënten bij wie u voor het eerst astma vermoedt.

#### 9. BOF (1982-1987, 1991-2000)

Definitie:

Aan drie van volgende criteria moet worden voldaan :

- (bilaterale) parotitis;

- koorts;

- complicaties die duidelijk in verband staan met bof : meningo-encefalitis, orchitis en andere: artritis, myocarditis, pancreatitis, ...).

#### 10. CEREBRO-VASCULAIRE ACCIDENTEN (1984, 1988-1989, 1998-1999, 2009)

Definitie:

De registratie betreft elk brutaal optreden van een gelokaliseerd neurologisch deficit als gevolg van een vasculaire pathologie (trombose, embolie, hemorrhagie) met uitsluiting van alle andere oorzaken (trauma, intoxicatie, infectie) en met een duur van :

- < 24 uur = TIA

- > 24 uur of leidend tot de dood = CVA

Elk nieuw CVA/TIA wordt opgetekend, zelfs wanneer het meermaals bij eenzelfde persoon voorkomt.

De CVA's/TIA's die niet door u gediagnosticeerd worden, maar waarover u geïnformeerd bent, moeten ook worden geregistreerd (b.v. patiënten rechtstreeks gehospitaliseerd).

Follow-up: 6 en 12 maanden na de registratie

#### 11. CONDYLOMATA ACUMINATA (1986-1987)

Definitie:

De diagnose van de aandoening gebeurt klinisch.

De registratie betreft zowel een patiënt die zich voor het eerst met een probleem van condylomata acuminata bij de arts meldt, als een patiënt die zich opnieuw aanbiedt, na het totaal voorbij zijn van een voorgaande episode.

Voor elke episode wordt de patiënt slechts 1 maal geregistreerd.

## 12. DEPRESSIE (2008)

Definitie:

Het gaat hier over patiënten uit de eigen praktijk van 18 jaar en ouder bij wie de diagnose depressie :

- voor het eerst wordt gesteld of
- bij wie de diagnose opnieuw wordt gesteld na een klachtenvrije, symptoomloze periode van 6 maanden

13. DIABETESGEVALLEN (incidentie en prevalentie: 1985-1986, 2000; type II: 1997-1998; vermoeden van nieuw geval: 2005-2006)

- INCIDENTIE EN PREVALENTIE:

Definitie:

De registratie omvat:

- alle patiënten bij wie voor het eerst de diagnose van diabetes mellitus (type I of type 2) wordt gesteld in de loop van het jaar 2000 (= incidentie);
- al uw gekende diabetes mellitus patiënten, bij wie de diagnose vóór 1 januari 2000 werd gesteld en voor wie alleen het eerste contact met de huisarts in de loop van het jaar 2000 wordt opgetekend (= prevalentie).

- TYPE II:

Definitie:

Alle nieuwe gevallen van diabetes type II door u gediagnosticeerd of waarover u bent geïnformeerd door b.v. een specialist.

Minstens twee onafhankelijke glycemiewaarden boven de drempel (nuchter > 140 mg% en/of niet nuchter > 200 mg%) - evt ook na OGTT (na 2 uur > 200 mg%).

Als er symptomen zijn, is slechts één verstoorde glycemiewaarde vereist voor de diagnose.

- VERMOEDEN VAN NIEUW GEVAL:

Definitie:

De registratie betreft elke nuchtere glycemiewaarde > 126 mg/dl of niet nuchtere glycemiewaarde > 140 mg/dl bij een nog niet gekende diabetespatiënt, door uzelf bepaald op veneus bloed of door een collega-huisarts of specialist bepaald bij een van uw patiënten.

## 14. VRAAG I.V.M. DRUGS (1984)

Definitie:

Hier registreren we elke consultatie of elke expliciete of impliciete vraag naar hulp door een persoon die stoornissen vertoont (hetzij door zijn gedrag, hetzij door lichamelijke tekens) die in verband kunnen gebracht worden met het verbruik van opioïden (heroïne, morfine, codeïne, opium) of analgetische narcotica (meperidine, dolosal, dolantine, palfium, romilar, méphénon, algaphan, valoron, wellconal, fortal, fentanyl, burgodin, mepecton, tussal, . . .)

N.B. : De vraag naar hulp van elke patiënt wordt slechts 1 maal geregistreerd, welke ook het aantal consultaties weze i.v.m. die patiënt.

## 15. GASTRODUODENAAL ULCUS (1984)

Definitie:



Diagnose gebaseerd op radiologisch en/of endoscopisch onderzoek. Onder recidief moet verstaan worden een geval dat zich voordoet bij iemand die vroeger een ulcus had en niet het hervallen tijdens een behandeling voor ulcus.

N.B. : Gelieve het geval te registreren op het ogenblik van de radiologische of endoscopische diagnose. Een patiënt mag een 2de maal geregistreerd worden indien een nieuw ulcus zich voordoet na volledige genezing van het vorige.

#### 16. GEWELD (2002-2004)

Definitie:

Het gaat om de registratie van klachten of symptomen die te maken hebben met of die fysisch, psychisch en/of seksueel geweld doen vermoeden (al of niet bevestigd), ongeacht de leeftijd en het geslacht van het slachtoffer. Ook geweld dat al lang bezig is, wordt geregistreerd.

#### 17. GONORROE (1979-1980)

Definitie:

Bij de man kan de diagnose wellicht soms gebaseerd worden op symptomen en anamnese; bij de vrouw daarentegen blijft een bevestiging door het laboratorium praktisch noodzakelijk, gezien de veel diskretere symptomatologie.

#### 18. GRIEP (2007-2009)

Definitie:

Uitsluitend het eerste contact bij een nieuwe episode van een acute luchtweginfectie of van een griepaal syndroom wordt geregistreerd, per leeftijdsklasse.

#### 19. HARTFALEN (2005-2006)

Definitie 2006:

De registratie betreft elke volwassen (18 jaar en ouder) patiënt bij wie uzelf of een collega-huisarts voor het eerst hartfalen vermoedt (volgens onderstaande omschrijving) alsook elke volwassen patiënt behorende tot de praktijk, bij wie de diagnose van hartfalen door een specialist wordt gesteld, zonder uw tussenkomst, en waarover u bent geïnformeerd.

#### 20. VIRALE HEPATITIS (1979-1980, 1982-1983, 1991-1992, 2000-2001)

Definitie:

Acute virale hepatitis gebaseerd op klinische diagnose.

Voor elk geval worden in principe 3 bloedstalen genomen:

1e staal : bij het begin van de ziekte (van zodra men aan de diagnose van hepatitis denkt);

2e staal : op het einde van de 3e maand;

3e staal : op het einde van de 9e maand.

Geregistreerde gegevens op het wekelijks formulier 2001:

- Identificatie van patiënt (geboortedatum, geslacht)
- Basis waarop virale hepatitis wordt vermoed

Geregistreerde gegevens op de bijkomende vragenlijst 2001 na 15 dagen:

- Klinische gegevens
- Resultaten van de bloedanalyse
- Risicofactoren
- Transmissie
- Antecedenten

- Vaccinatiestatus
- Andere epidemiologische gegevens

#### 21. HERPES GENITALIS (1986-1987)

Definitie:

De diagnose van aandoening gebeurt klinisch.

De registratie betreft zowel een patiënt die zich voor het eerst met een probleem van herpes genitalis bij de arts meldt, als een patiënt die zich opnieuw aanbiedt, na het totaal voorbij zijn van een voorgaande episode.

Voor elke episode wordt de patiënt slechts 1 maal geregistreerd.

#### 22. VRAAG NAAR HIV-TESTEN (1988-2000)

Definitie:

Elke vraag (al of niet expliciet) voor een HIV-test ongeacht of u beslist hierop in te gaan en elke HIV-test door u aangevraagd.

#### 23. NIEUWE KANKERGEVALLEN (1985-2007)

Definitie:

Uitsluitend de nieuwe gevallen van borst-, cervix-, colon-rectum-, prostaat- en huidkanker worden geregistreerd, niet recidieven noch metastasen.

Uitsluitend invasieve cervixkankers worden geregistreerd, niet carcinoma's in situ, noch cervixdysplasieën. De registratie gebeurt na bevestiging door een gericht onderzoek.

Ook de nieuwe gevallen niet gediagnosticeerd door u, maar waarvan u achteraf bericht krijgt, worden geregistreerd.

#### 24. KANKER: GESTOORDE CERVIXCYTOLOGIE (1995-1996)

Definitie:

- matige dysplasie, CIN II, of PAP III;
- sterke dysplasie, CIN III of PAP IV;
- Bethesda II

#### 25. KANKER: PREVENTIEVE ONDERZOEK (AFWIJKENDE MAMMOGRAFIE) (1995-1996)

Definitie:

Elke radiologische afwijking die aanleiding geeft tot verder onderzoek.

#### 26. PREVENTIE KANKERONDERZOEKEN (1990-2004)

Definitie:

Uitsluitend de onderzoeken die om preventieve redenen (in afwezigheid van symptomen/klachten) worden aangevraagd/uitgevoerd, worden geregistreerd en dus niet follow-up of diagnostische onderzoeken.

Voor cervix-uitstrijkjes, occult bloed in faeces, rectale touchers en PSA worden uitsluitend de onderzoeken aangevraagd/uitgevoerd door uzelf geregistreerd.

Voor de mammografieën gaat het om alle screeningsmammografieën, met uitzondering van deze aangevraagd door een andere arts buiten het kader van de georganiseerde opsporingscampagne.

#### 27. KANKER: SLEUTELSYMPTOMEN (1993-1994)

- ANAAL BLOEDVERLIES:

Definitie:

Voor opname in het onderzoek geldt het verhaal van de patiënt over het vinden van bloed in de toiletpot of van een grote hoeveelheid bloed die uit de anus loopt, los van alle andere mogelijke klachten of symptomen. Niet voldoende zijn het vinden van bloedstreepjes op het toiletpaper, op de kleding of op de stoelgang. Ook melena valt hier niet onder.

Aangezien een follow-up gebeurt, wordt dezelfde patiënt met dezelfde symptomen geen tweede maal geregistreerd, zelfs indien deze episode door u als afgewerkt wordt beschouwd.

Patiënten bij het begin van de registratieperiode bekend met deze symptomen worden niet geregistreerd.

#### - BORSTSYMPTOMEN BIJ VROUW:

Definitie:

Het gaat hierbij zowel om afwijkingen die door vrouwen opgemerkt en als klacht gebracht worden als om bevindingen van de arts bij klinisch of aanvullend onderzoek.

Aangezien een follow-up gebeurt, wordt dezelfde patiënte met dezelfde symptomen geen tweede maal geregistreerd, zelfs indien deze episode door u als afgewerkt wordt beschouwd.

Patiënten bij het begin van de registratieperiode bekend met deze symptomen worden niet geregistreerd.

#### - HOESTEN $\geq$ 6 WEKEN:

Definitie:

Voor opname in het onderzoek volstaat de mededeling van de patiënt dat hij gedurende een ononderbroken periode van 6 weken of langer hoest, los van bijkomende klachten en symptomen en los van eventuele behandeling gedurende deze periode.

Aangezien een follow-up gebeurt, wordt dezelfde patiënt met dezelfde symptomen geen tweede maal geregistreerd, zelfs indien deze episode door u als afgewerkt wordt beschouwd.

Patiënten bij het begin van de registratieperiode bekend met deze symptomen worden niet geregistreerd.

#### - MACROSCOPISCHE HEMATURIE:

Definitie:

Voor opname in het onderzoek volstaat zowel het verhaal van een patiënt over het door hem/haar gezien bloed bij de urine, als de vaststelling door de arts van macroscopische hematurie.

Aangezien een follow-up gebeurt, wordt dezelfde patiënt met dezelfde symptomen geen tweede maal geregistreerd, zelfs indien deze episode door u als afgewerkt wordt beschouwd.

Patiënten bij het begin van de registratieperiode bekend met deze symptomen worden niet geregistreerd.

#### - PROSTAATVERGROTING OF -ASYMMETRIE:

Definitie/

Voor opname in het onderzoek geldt het vinden bij anaal toucher door de arts van een prostaatvergroting (niet aanhaakbaar), asymmetrie of opvallende onregelmatigheden in de prostaat, los van de preciese aard of consistentie ervan en los van de aanleiding tot het onderzoek.

Aangezien een follow-up gebeurt, wordt dezelfde patiënt met dezelfde symptomen geen tweede maal geregistreerd, zelfs indien deze episode door u als afgewerkt wordt beschouwd.

Patiënten bij het begin van de registratieperiode bekend met deze symptomen worden niet geregistreerd.

#### 28. MAZELEN (1979-1980, 1982-2000)

Definitie:

Aan drie van volgende criteria moet worden voldaan :

- veralgemeende maculo-papulaire rash van min. 3 dagen;
- temperatuur hoger of gelijk aan 38,3°C;
- één van volgende symptomen : hoesten, coryza, conjunctivitis

#### 29. MENINGITIS (1979-1980)

Definitie:

Klinische diagnose gebaseerd op typische symptomen zoals koorts hoofdpijn, braken, meningeale tekens.

#### 30. MONONUCLEOSIS INFECTIOSA (1984)

Definitie:

Diagnose gebaseerd op minstens één van volgende laboratoriumcriteria :

- Bloedformule : stijging van lymfocyten en monocytën met aanwezigheid van 10 tot 20 % abnormale mononucleairen.
- Paul en Bunnell : > 1/128.
- Andere positieve agglutinatie-test
- Immunofluorescentie : > 1/80.

#### 31. ONGEVALLEN

- THUIS (1984)

Definitie:

Elk ongeval dat zich voordoet in de woning (huis, appartement, . . . ), haar annexen (garage,...), evenals tuin en toegangswegen, met uitzondering van opzettelijk verwekte ongevallen.

- SPORTONGEVALLEN (1985-1986)

Definitie:

Ongeval overkomen tijdens de uitoefening van een sporttak, of het om een wedstrijd gaat of niet.

- BIJ PERSONEN  $\geq$  60 JAAR (excl. verkeers- of arbeidsongevallen) (1995)

Definitie:

Een ongeval is een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis die resulteert in een materieel en/of fysiek letsel met uitzondering van letsels opgelopen ten gevolge van persoonlijke agressie of zelfmoorpoging.

Ongevallen in de privé sfeer zijn alle ongevallen, met uitzondering van verkeers- en arbeidsongevallen.

Het gaat om ongevallen in en om de verblijfplaats van de persoon, daar waar hij sport beoefent en zijn vrije tijd doorbrengt.

De registratie omvat uitsluitend de ongevallen, waarbij de huisarts de eerste hulpverlener is.

- EXCL. ARBEIDS-, VERKEERS-, SCHOOL- EN SPORTGEVALLEN IN CLUBVERBAND (1996)

Definitie:

Een ongeval is een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis die resulteert in een materieel en/of fysiek letsel met uitzondering van letsels opgelopen ten gevolge van persoonlijke agressie of zelfmoordpoging.

De registratie omvat alle ongevallen, met uitzondering van arbeids- en verkeersongevallen, schoolongevallen en sportongevallen in clubverband.

De registratie omvat uitsluitend de ongevallen, waarbij de huisarts de eerste hulpverlener is.

- ALLE SOORTEN (sport, werk, verkeer, thuis, school) (2002)

Definitie:

Een ongeval is een plotseling optredende, ongewilde en onvoorziene gebeurtenis die resulteert in een materieel en/of fysiek letsel met uitzondering van letsels opgelopen ten gevolge van persoonlijke agressie of zelfmoordpoging.

De registratie omvat alle ongevallen, waarvoor de huisarts de eerste hulpverlener is.

De registratie omvat verkeers-, arbeids-, sport- en schoolongevallen alsook ongevallen in de privé sfeer.

- BIJ PERSONEN VAN 65 JAAR EN OUDER in de privésfeer (2009)

Definitie:

Een ongeval is een plotse, ongewenste en onopzettelijke gebeurtenis, veroorzaakt door een samenloop van omstandigheden, die aanleiding geeft tot het ontstaan van letsels.

De privé-sfeer is het gebied in en om de woning en de plaats waar men sport beoefent of vrijetijd doorbrengt. Uitgesloten zijn dus de arbeidsongevallen en verkeersongevallen. Een verkeersongeval is een gebeurtenis op de openbare weg die verband houdt met het verkeer en waarbij minstens één rijdend voertuig is betrokken. Een val met de fiets op de openbare weg beschouwen we als een ongeval in de privé-sfeer als er geen conflict was met een ander rijtuig en geen verband met de verkeerssituatie.

Een val kan worden gedefinieerd als “een onbedoelde verandering van de lichaamspositie, die resulteert in het neerkomen op de grond of een ander lager niveau”.

Inclusie

Alle nieuwe ongevallen in de privé-sfeer bij thuiswonende patiënten van 65 jaar en ouder waarbij de huisarts de eerste zorgverlener is en die gezien werden in de praktijk of op huisbezoek.

Exclusie

- geen verkeersongevallen of arbeidsongevallen;
- geen ongevallen waarvoor eerder al een zorgverlener werd geraadpleegd;
- geen letsels die met opzet door anderen of de persoon zelf zijn toegebracht;
- geen patiënten die verblijven in een rustoord, alleen privé-patiënten.

32. PILL (VRAAG MORNING AFTER PILL) (1982-1983, 1993-1995)

Definitie:

De registratie omvat elke vraag naar morning after pill ongeacht wie ze formuleert.

Uitsluitend de eerste consultatie wordt geregistreerd.

33. DEFINITIEVE OPNAME VAN EEN VOLWASSENE WAARBIJ DE HUISARTS BETROKKEN IS (1994, 2003-2004)

Definitie:

De registratie betreft iedere volwassen patiënt waarbij een als definitief beschouwde opname in een instelling gebeurt. Het kan gaan om een rustoord, RVT, psychiatrisch verzorgingstehuis, verpleging in een gezin, enz...

#### 34. PNEUMONIE (1982-1983)

Definitie:

Gebaseerd op de interpretatie van de geneesheer.

#### 35. SCHILDKLIERPATHOLOGIE (1996-1997, 2005-2006)

Definitie:

Alle nieuwe gevallen van schildklierandoeningen gediagnosticeerd door de huisarts of waarover hij is geïnformeerd, b.v. door het medisch schooltoezicht of door de gynecoloog of andere specialist.

#### 36. STERFGEVALLEN (patiënten van 1 jaar of ouder) (2005-2009)

Definitie 2009:

Deze registratie betreft alle\* sterfgevallen (patiënten van 1 jaar of ouder) die deel uitmaakten van uw (groeps)praktijk al dan niet door uzelf geattesteerd.

\* zowel plotse als niet plotse sterfgevallen

Registreer het geval VAN ZODRA u beschikt over de informatie betreffende het overlijden.

#### 37. ZELFMOORDPOGINGEN (1982-1983, 1990-1995, 2000-2001, 2007-2008)

Definitie:

Alle handelingen, met al dan niet fatale afloop, van zelfverwonding of zelfintoxicatie (wat in het geval van intoxicatie door geneesmiddelen betekent dat de voorgeschreven dosis bewust werd overschreden) worden geregistreerd, ongeacht of de huisarts de eerste hulpverlener was.

De suicidepogingen bij één van uw patiënten, niet gezien door uzelf, maar door een collega huisarts tijdens een wachtdienst, dienen ook te worden geregistreerd.

Ook de gevallen die rechtstreeks (d.i. zonder tussenkomst van de huisarts) in het ziekenhuis worden opgenomen, maar waarvan u achteraf bericht krijgt, worden geregistreerd.

#### 38. SYFILLIS (1979-1980)

Definitie:

Hier enkel recente gevallen vermelden (1e of 2e stadium) – laboratoriumbevestiging is hier uiteraard onontbeerlijk.

#### 39. TEKENBETEN EN/OF VERMOEDEN ZIEKTE VAN LYME (2003-2004, 2008-2009)

Definitie:

De registratie van tekenbeten omvat alle eerste consultaties omwille van een bevestigde tekenbeet. Zowel de bevestigde tekenbeten met bijkomende symptomen als de symptoom-loze bevestigde tekenbeten worden geregistreerd.

Definitie bevestigde tekenbeet : tekenbeet waarbij de teek nog aanwezig is of tekenbeet waarvan de patiënt bevestigt actief de teek te hebben verwijderd.

De registratie van het vermoeden van de ziekte van Lyme omvat alle eerste consultaties voor een vermoeden van die ziekte op basis van de klinische symptomen, ongeacht of er een tekenbeet in de voorgeschiedenis was of niet. Als er een bevestigde tekenbeet in de voorgeschiedenis was die u nog niet registreerde, gelieve dan ook alle vragen over tekenbeten te beantwoorden.

#### 40. THORACALE PIJN OF DRUK (2003-2004)

Definitie:

De registratie betreft alle patiënten met een nieuwe episode van thoracale pijn of druk (excl. pijn van de thoracale wervelzuil), niet aansluitend op een trauma en niet langer dan 3 dagen aanwezig.

Enkel het eerste contact van een nieuwe episode wordt geregistreerd.

#### 41. URETRITIS BIJ DE MAN (1982-1983, 1988, 1993-1994)

Definitie:

De diagnose is gebaseerd op de aanwezigheid van purulent, mucopurulent of mocoïde uretraal verlies al dan niet met dysurie. De registratie betreft zowel een patiënt die zich voor het eerst met een probleem van urethritis bij de huisarts meldt, als een patiënt die zich opnieuw aanbiedt, na het totaal voorbij zijn van een voorgaande episode.

Voor elke periode van urethritis wordt de patiënt slechts 1 maal geregistreerd.

#### 42. URINAIRE INFECTIES (1982-1983)

Definitie:

Elk geval waarbij ten minst één van de volgende symptomen voorkomt :

- pollakisurie
- «urgency»
- terminale mictiepijn

Alleen nieuwe gevallen mogen worden geregistreerd. Als nieuw geval zal beschouwd worden, elke patiënt die zich, hetzij voor de eerste keer met een urinaire infectie meldt bij de arts, hetzij méér dan 3 maanden na een voorafgaande episode.

#### 43. VACCINATIES (1993-2004)

Definitie:

Het gaat uitsluitend om de dosissen toegediend in uw eigen praktijk. Naast het aantal wordt ook gevraagd naar de reden van vaccinatie.

#### 44. VARICELLA (2006-2009)

Definitie:

De registratie betreft elk nieuw geval van varicella, gedefinieerd als vesiculair exantheem dat in opeenvolgende groepen opkomt, met laesies die zich snel ontwikkelen van oppervlakkige papels tot vesikels en uiteindelijk tot korstjes (zie International Classification of Primary Care, ICPC-2, code A72).

Geregistreerde gegevens op het wekelijks formulier 2009:

- Identificatie van patiënt (leeftijd, geslacht)
- Gevaccineerd tegen varicella
- Diagnose (klinisch/laboratorisch)

#### 45. VARICOCELE (1994)

Definitie:

De registratie betreft iedere patiënt warrbij de diagnose van varicocele gesteld wordt en/of het beleid besproken wordt.

#### 46. ZONA (2006-2009)

Definitie:

De registratie betreft elke nieuwe episode van zona, gedefinieerd als groepen vesikels, eenzijdig gelokaliseerd over het gebied van één enkel dermatoom (zie International Classification of Primary Care, ICPC-2, code S70).

47. ZWANGERSCHAPSONDERBREKING EN MORNING AFTER PILL  
(zwangerschapsonderbreking: 1982-1983, 1993-1995; morning after pill: 1982-1983,  
1993-1995)

Definitie:

De registratie omvat elke vraag naar zwangerschapsonderbreking ongeacht wie ze formuleert.

Uitsluitend de eerste consultatie wordt geregistreerd.

#### Time characteristics

a. Periodicity & delays of updates

Continuous during the period of the survey. Weekly forms are submitted. Each survey lasts at least during one year.

b. Longitudinality

Not possible. There is no patient identifier and the set of date of birth, sex (and possibly practitioner) does not invariantly uniquely identifies a patient.

c. Period covered by the data

From 1979 onwards. Data for specific themes typically cover few years, possibly repeated after some interval.

d. Date (of versions / updates)

Not applicable.



## ICU\_NATIONALE SURVEILLANCE VAN NOSOCOMIALE INFECTIES OP INTENSIEVE ZORGEN

Up to date

2009

Contact

Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

Marie-Laurence Lambert

Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*

Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN

Tél. +32(0)2/642 57 42  
E-mail: [mllambert@iph.fgov.be](mailto:mllambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

De surveillance van nosocomiale infecties op intensieve zorgen eenheden (IZE) werd opgestart in 1996 in samenwerking met de Belgische Vereniging voor Intensieve Zorgen en Urgentiegeneeskunde (SIZ). Het huidige protocol voor de surveillance van nosocomiale infecties (NI) op IZE is ontstaan uit de Helics-samenwerking (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance). Het werd ontworpen om te beantwoorden aan de vereisten van de Beschikking 2119/98 van het Europese Parlement en de Raad betreffende het oprichten van een netwerk voor de surveillance van overdraagbare aandoeningen in de Europese Unie (EU). In 2003 werd een nieuw [Helics/ICU surveillanceprotocol](#) opgemaakt welke voor de Belgische situatie werd aangepast. Surveillancegegevens van nosocomiale infecties in IZE, verzameld op nationaal niveau, worden vanaf 2003 ook op Europees niveau bijeengebracht en geanalyseerd.

De surveillance van nosocomiale infecties (NI) op intensieve zorgen eenheden (IZE) kadert in het geheel van activiteiten van kwaliteitsborging en heeft als hoofddoel het meten van de omvang van een nosocomiaal probleem én de identificatie van de domeinen waar preventieve acties noodzakelijk zijn, teneinde de incidentie van nosocomiale infecties op IZE in de Belgische acute ziekenhuizen te verminderen. De surveillance draagt aldusdanig bij tot de essentiële elementen van een efficiënt infectiepreventieprogramma in de ziekenhuizen, zoals werd aangetoond in de Senic studie (Haley, Culver, et al., 1985).

Surveillancegegevens van nosocomiale infecties in IZE, verzameld op nationaal niveau, worden vanaf 2003 ook op Europees niveau bijeengebracht en geanalyseerd.

Het Nationaal programma voor de surveillance van nosocomiale infecties (NI) op intensieve zorgen eenheden (IZE) beantwoordt aan volgende specifieke doelstellingen:

- Aanbieden van de noodzakelijke definities en bepalingen aan de deelnemende ziekenhuizen. Op deze manier worden de gegevensverzameling en -analyse gestandaardiseerd.

- Deelnemende ziekenhuizen kunnen hun eigen resultaten opvolgen in de tijd en deze situeren ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio en in het land. Zonder dat een dergelijk opzet echt tot betrouwbare vergelijkingen tussen ziekenhuizen kan leiden, is het toch uiterst nuttig voor het identificeren van "outliers" in positieve zowel als in negatieve zin.
- Verkrijgen van een globaal beeld van de epidemiologische situatie m.b.t. de ziekenhuisinfecties en de voornaamste hiermee verbonden risicofactoren en gevolgen in ons land (o.a. Identificatie van nosocomiale pathogenen, antibioticaresistentie), en - op termijn - van de evolutie ervan in de tijd.
- Op Europees (HELICS) niveau: monitoren en beschrijven van de epidemiologie van nosocomiale infecties in IZE in de Europese Unie in navolging en antwoord op de doelstellingen zoals geformuleerd door de Beschikking 2119/98 van het Europese Parlement en de Europese Raad (Decision N° 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council of 24 September 1998, Official Journal of the European Communities 1998).

## Methodology

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) nodigt, sinds 1997, elk kwartaal alle Belgische ziekenhuizen uit om vrijwillig aan de nationale surveillance van nosocomiale infecties op IZE deel te nemen. Het Helics/ICU surveillanceprotocol bestaat uit 2 luiken. U kunt NI op IZE registreren via niveau 1 en/of niveau 2.

- Surveillance volgens niveau 1 (unit-based)  
Noemergegevens (o.a. aantal opnames en aantal patiëntendagen) worden verzameld uit administratieve bronnen voor de dienst intensieve zorgen. Voor elke nosocomiale infectie (m.n. een nosocomiale pneumonie, septicemie, urineweginfectie en/of catheterinfectie) worden opnamegegevens, ontslaggegevens en een minimum aan infectiegegevens verzameld. De geïsoleerde micro-organismen worden tevens geregistreerd. Optioneel kunnen resistentieprofielen van de geïsoleerde micro-organismen worden ingegeven. Een NI wordt als nosocomiaal beschouwd als ze optreedt na 48 uur verblijf op een IZE.

- Surveillance volgens niveau 2 (patient-based)  
De gegevens worden verzameld voor alle patiënten die in de IZE worden opgenomen en er meer dan 48 uur verblijven, met een maximale follow-up van drie maanden (softwarebegrenzing) en dertig dagen na het beëindigen van een surveillancetrimester. Voor elke patiënt worden basislijn gegevens bij opname verzameld (bv. severeiteits-score SAPS II), dagelijkse gegevens (bv. ventilatie en catheter-gebruik) en de status bij ontslag. Bij geïnfecteerde patiënten moeten infectiegegevens worden ingevuld. Optioneel kunnen resistentieprofielen van de geïsoleerde micro-organismen worden ingegeven.

## Data recorded

PARAMETERS (minimale vereiste gegevens en *optionele gegevens*)

Niveau 1

- noemergegevens :
  - ziekenhuiscode
- IZE code
- periode
  - aantal patiënten op IZE (patiënten met verblijf >2 dagen ( $\geq 3d$ ) + *alle patiënten*)
  - aantal ligdagen op IZE (patiënten met verblijf >2 dagen ( $\geq 3d$ ) + *alle patiënten*)
  - aantal catheterdagen van patiënten met verblijf >2 dagen (*patiëntentotaal*)
- infectiegegevens :
  - unieke patiëntenhospitalisatiecode

- opnamedatum in IZE
- datum begin infectie
- infectieplaats
- IDU : blootstelling aan invasieve procedure in 48 uur voor optreden infectie: intubatie (pneumonie), centrale catheter (BSI) of urinaire catheter (UTI)
- SEP ORI : Oorsprong van septicemie: C:catheter-gerelateerd; S:secondair: pulmonair (S-PUL), urinair (S-UTI), digestief (S-DIG), postoperatieve wondinfectie (S-SSI), huid en zacht weefsel (S-SST), andere (S-OTH); U:niet gekend
- AMT : anti-microbiële behandeling voor deze infectie (Y als AMT is gestart)
- VAL : voor validatie (bv. In geval van elektronische surveillance) als infectie nosocomiaal is en ze voldoet aan de definitiecriteria, Y/N;°=optioneel
- Micro-org 1, 2, 3 : karakter micro-organisme; voor resistentie-profielcode zie volgend blad (optioneel, behalve methicillin/oxacillin resistentie voor S.aureus), indien micro-org. niet beschikbaar: NONID (micro-organisme niet geïdentificeerd of niet gevonden), NOEXA (onderzoek niet uitgevoerd) of STERI (steriel onderzoek)
- infectiegegevens en resistentieprofielgegevens :
  - Antimicrobiele therapie
  - Penicillin
  - Ampicillin
  - Amoxicillin-clavulanic acid
  - Methicillin/oxacillin (B-lactamase res.pen.)
  - Piperacillin/ticarcillin (anti-pseudom. peni.)
  - Piperacillin/ticarcillin + enzyme inhibitor
  - Cefalotin/cefazolin (1st gen. ceph.)
  - Cefuroxim/cefamandole/cefoxitin (2nd GC)
  - Cefotaxime/ceftriaxone (3rd GC)
  - Ceftazidime (anti-pseudom. 3rd GC)
  - Cefepime/cefpirome (4th GC)
  - Extended-spectrum Beta-lactamase
  - Meropenem/imipenem
  - Co-trimoxazole (sulfamethox. + trimeth.)
  - Tetracycline/doxycycline/minocycline
  - Erythromycin (macrolides)
  - Clindamycin (lincosamides)
  - Quinupristin-dalfopristin (streptogramins)
  - Gentamicin
  - Netilmicin
  - Tobramycin
  - Amikacin
  - Ciprofloxacin/ofloxacin
  - Levofloxacin
  - Gatifloxacin/sparfloxacin

- Moxifloxacin/trovafloxacin
- Nalidixic acid
- Vancomycin/teicoplanin
- Colistin
- Fusidic acid
- Fosfomycin
- Linezolid
- .....
- Ketoconazol
- Fluconazole
- Itraconazol
- Amphotericin B
- Flucytosine
- Echinocandins (ex. caspofungin)

#### Niveau 2

- infectiegegevens :
  - infectiedatum
  - infectieplaats
- blootstelling aan invasieve procedure in 48 uur voor optreden infectie: intubatie (pneumonie), centrale catheter (BSI) of urinaire catheter (UTI)
- Oorsprong van septicemie: C:catheter-gerelateerd; S:secondair: pulmonair (S-PUL), urinair (S-UTI), digestief (S-DIG), postoperatieve wondinfectie (S-SSI), huid en zacht weefsel (S-SST), andere (S-OTH); U:niet gekend
  - antimicrobiële behandeling voor deze infectie (Y als AMT is gestart)
- voor validatie (bv. In geval van elektronische surveillance) als infectie nosocomiaal is en ze voldoet aan de definitiecriteria, Y/N;°=optioneel
  - CVC volgnummer – voor CRI in optie b, link met CVC risicofactoren
- karakter micro-organisme; resistentieprofiel zie volgend blad (optioneel, behalve methicillin/oxacillin resistentie voor S.aureus), indien micro-org. niet beschikbaar: NONID (micro-organisme niet geïdentificeerd of niet gevonden), NOEXA (onderzoek niet uitgevoerd) of STERI (steriel onderzoek).
- infectiegegevens en resistentieprofielgegevens :
  - Antimicrobiele therapie
  - Penicillin
  - Ampicillin
  - Amoxicillin-clavulanic acid
  - Methicillin/oxacillin (B-lactamase res.pen.)
  - Piperacillin/ticarcillin (anti-pseudom. peni.)
  - Piperacillin/ticarcillin + enzyme inhibitor
  - Cefalotin/cefazolin (1st gen. ceph.)
  - Cefuroxim/cefamandole/cefoxitin (2nd GC)
  - Cefotaxime/ceftriaxone (3rd GC)

- Ceftazidime (anti-pseudom. 3rd GC)
  - Cefepime/cefpirome (4th GC)
  - Extended-spectrum Beta-lactamase
  - Meropenem/imipenem
  - Co-trimoxazole (sulfamethox. + trimeth.)
  - Tetracycline/doxycycline/minocycline
  - Erythromycin (macrolides)
  - Clindamycin (lincosamides)
  - Quinupristin-dalfopristin (streptogramins)
  - Gentamicin
  - Netilmicin
  - Tobramycin
  - Amikacin
  - Ciprofloxacin/ofloxacin
  - Levofloxacin
  - Gatifloxacin/sparfloxacin
  - Moxifloxacin/trovafloxacin
  - Nalidixic acid
  - Vancomycin/teicoplanin
  - Colistin
  - Fusidic acid
  - Fosfomycin
  - Linezolid
  - .....
  - Ketoconazol
  - Fluconazole
  - Itraconazol
  - Amphotericin B
  - Flucytosine
  - Echinocandins (ex. caspofungin)
  - surveillance van nosocomiale infecties in intensieve zorgeenheden
- basisgegevens
- ziekenhuiscode
  - IZE code
  - hospitalisatie ID
  - opnamedatum in ziekenhuis
  - *dienst*
  - geboortedatum
  - geslacht
  - opnamedatum IZE

- bednummer
- ontslagdatum IZE
- ontslagstatus
- SAPS II score en / of APACHE II score of PRIM score
- herkomst van patiënt
- type van opname
- trauma
- verminderde immuniteit
- antimicrobiële behandeling
- acute coronaire zorg
- plaats van chirurgie
- dag / datum :
  - centraal veneuze catheter(s)
  - intubatie
  - naso/oro-intestinale sonde
  - voeding door naso/oro-intestinale sonde
  - parenterale voeding
  - *urinaire catheter*

Optie a : additionele variabelen :

- Glasgow coma schaal bij opname : geschat + gemeten
- dag / datum :
  - mechanische invasieve ventilatie
  - mechanische ventilatie, niet-invasief
  - tracheotomie
  - re-intubatie
  - SOFA score componenten (dag 1, 3, 5, 7,...)
    - respiratie (PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>)
    - coagulatie (trombocyten +10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>)
    - lever (bilirubine)
    - cardiovasulair (hypotensie)
    - CZS (Glasgow coma schaal)
    - renaal (creatinine / urinaire output)

Optie b : centraal veneuze cathetersurveillance

Voor iedere centraal veneuze catheter :

- datum plaatsing CVC
- plaats
- AB perfusie
- datum verwijdering

- andere infectie bij verwijdering
- > I orgaanfalen bij verwijdering

Optie c : antimicrobieel gebruik in de IZE

- Per dag :
- proylaxis
- SDD
- empirische therapie
- AB therapie gebaseerd op micro-organisme of gramkleuring
- AB therapie gebaseerd op antibiogram

### *Feedback van het wiv*

Elk deelnemend ziekenhuis ontvangt na het opsturen van een surveillancetrimester een gedetailleerde terugkoppeling van de individuele resultaten van de surveillancedegevens van nosocomiale infecties in intensieve zorgen eenheden. Het betreft een individuele kwartaalfeedback (1 surveillancedkwartaal). Het deelnemend ziekenhuis ontvangt verder twee maal per jaar een individuele jaarfeedback (1 surveillancedjaar) alsook een feedback met de gecumuleerde gegevens voor de surveillancedtrimesters waaraan de IZE deelnam van januari 1997 tot op heden. Deze feedback ontvangt u per e-mail. Op vraag wordt de feedback u per post opgestuurd.

De geïndividualiseerde feedback bevat:

- Tabellen (uw kwartaalresultaten - jaarresultaten - cumulatieve resultaten)
- Grafieken (uw resultaten vergeleken met de resultaten van de referentiepopulatie én evolutiegrafieken)

Verder ontvangt u:

- Een woordje uitleg voor de interpretatie van de feedback
- Een aanvraagformulier waarmee u een supplementaire analyse kan aanvragen, (bv. analyse inclusief de patiënten die op dag 2 de IZ-éénheid verlieten, resultaten met als referentiepopulatie de Vlaamse ziekenhuizen, enz.).

De ziekenhuizen ontvangen daarnaast jaarlijks een nationale feedback waarmee zij hun individuele resultaten kunnen vergelijken. De nationale feedback en bijbehorende uitleg kan u raadplegen via de download pagina.

- De nationale ICU feedback 2003 , tabellen
- De nationale cumulatieve ICU feedback jan'97 - dec'03 , tabellen
- De nationale ICU feedback 2002 , tabellen
- Inhoudstafel ICU feedback en verklarende uitleg
- Aanvraagformulier voor supplementaire analyses

### *Feedback in het kader van het vlaams kwaliteitsdecreet*

Deelnemende ziekenhuizen ontvangen een speciale "Kwaliteitsdecreet feedback". Deze terugkoppeling bevat onder meer de kwaliteitsindicatoren met betrekking tot nosocomiale infecties die de Vlaamse ziekenhuizen in het kader van het Vlaams kwaliteitsdecreet moeten verzamelen en overmaken aan de Vlaamse overheid zoals voorgeschreven in het Besluit 23/07/1997 (BS 09/04/1997). Ga naar de download pagina voor de wetteksten.

De feedback volgens het kwaliteitsdecreet bevat:

- Tabellen met een gecumuleerd jaaroverzicht
- Resultaten per trimester



- - Vergelijkende benchmarkgrafieken

Het ziekenhuis dient jaarlijks zelf deze cijfers over te maken aan de Vlaamse Gemeenschap (via de IZAG -toepassing).

- Download een voorbeeld van de Kwaliteitsdecreet feedback, tabellen
- Download een voorbeeld van de Kwaliteitsdecreet feedback, grafieken
- Download de bijbehorende uitleg

Feedback :

- Download een voorbeeld van de Kwaliteitsdecreet feedback, tabellen
- Download een voorbeeld van de Kwaliteitsdecreet feedback, grafieken
- Download de bijbehorende uitleg

Rapporten in het kader van het Vlaams kwaliteitsdecreet:

- Rapport jaar 2000
- Rapport jaar 2001

Wetteksten:

- Omzendbrief van 15/12/1999
- Besluit 15/02/1999
- Besluit 23/07/1997

Time characteristics

sinds 1997

# MRSA\_NATIONALE SURVEILLANCE VAN METHICILINE-RESISTENTE STAPHYLOCOCCUS AUREUS

Up to date

2009

## Contact

### Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

### Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

### Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

### Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

### Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

### Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

### Marie-Laurence Lambert

Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*

Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN

Tél. +32(0)2/642 57 42

E-mail: [mlambert@iph.fgov.be](mailto:mlambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

Tijdens de laatste twee decennia nam het probleem van Methicilline-Resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) wereldwijd bedreigende proporties aan. De resistentiecijfers van *Staphylococcus aureus* stegen van enkele procenten of minder tot cijfers die schommelden tussen 15% en 40% in de meeste West-Europese landen.

In de Europese methicilline-resistente *Staphylococcus aureus* studie publiceerde Voss (1994) de resistentieproporties voor Europa: globaal 12.8 %. Sommige landen zoals Scandinavië en Nederland hadden zeer lage cijfers. Spanje, Frankrijk en Italië hadden zeer hoge resistentieproporties. In België waren 25% van de *S. aureus*-stammen methicilline-resistent. Ook in de Verenigde Staten werden zeer hoge resistentiecijfers geobserveerd.

Tussen 1983 (WIV-rapport, 1987) en 1988 (Van der Auwera P, et col., 1990) steeg de proportie van MRSA-stammen in bloedkweken in Belgische ziekenhuizen van 11.3% tot 20%. Er werden grote variaties waargenomen volgens instelling en regio.

In het begin van de jaren '90 verrichtte de Belgische Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in Ziekenhuizen (GOSPIZ) onderzoek naar de in de ziekenhuislaboratoria gebruikte methoden om MRSA op te sporen. In 1993 organiseerde zij tevens in samenwerking met de ziekenhuishygiëneteam een grote consensusvergadering met elektronische stembeurt omtrent "nationale aanbevelingen ter beheersing en preventie van MRSA overdracht in Belgische ziekenhuizen".

In 1994 startte het WIV in samenwerking met de GOSPIZ een multi-centrische surveillance van MRSA in de acute Belgische ziekenhuizen. Onderstaande figuur geeft de evolutie weer van het MRSA-resistentiecijfer en van het nosocomiaal MRSA-incidentiecijfer voor ziekenhuizen die minimum 5 periodes aan de surveillance deelnamen (evolutie 1994 - 2006).

Deze surveillance beoogt een dubbele doelstelling:

- enerzijds laat zij toe om de evolutie van de MRSA-proportie en MRSA-incidentie in Belgische ziekenhuizen op te volgen in de tijd en aldus over nationale gegevens te beschikken omtrent deze resistente kiem.

- anderzijds laat deze surveillance aan de deelnemende instellingen toe om de eigen resultaten op te volgen in de tijd en deze te vergelijken met de nationale resultaten.

## Methodology

De deelnemende ziekenhuizen verzamelen retrospectief, aan de hand van een surveillanceformulier, geaggregeerde gegevens met betrekking tot MRSA in hun ziekenhuis voor de voorbije zes maanden.

De te verzamelen gegevens zijn:

- het totaal aantal patiënten met *S.aureus*- en MRSA-isolaten uit:
  - klinische stalen en
  - screeningstalen (nosocomiaal & niet-nosocomiaal),
- het aantal nieuwe gevallen van nosocomiaal verworven MRSA (eerste positieve kweek > 48 uur na opname) en
- het aantal opnames en patiënten dagen gedurende de betreffende periode.

De gegevensverzameling gebeurt op gestandaardiseerde wijze: iedere patiënt wordt slechts éénmaal geteld. Dubbels worden dus uitgesloten. Het WIV staat in voor de gegevensinvoer, analyse en benchmarking.

## Type feedback

Deelnemers krijgen een individuele en globale feedback voor het voorbije semester. Het globaal rapport bevat de nationale cijfers voor het semester en hun evolutie in de tijd, terwijl het individueel rapport het lokale resistentie- en incidentiecijfer voor het ziekenhuis en de tijdsevolutie van deze cijfers op grafische wijze weergeeft.

Alle globale MRSA-surveillance-rapporten kunt u downloaden.

## Data recorded

- Algemene gegevens:

- periode
- ziekenhuis
- NSIH-code

- Resistentiecijfer:

- aantal MRSA
- totaal aantal staphylococcus aureus
- (- betekenis van de hierboven opgegeven cijfers)

- Incidentie van patiënten, draggers van MRSA bij opname

Totaal aantal nieuw opgenomen patiënten met een eerste MRSA-positief staal tijdens de eerste 48 uur na opname, zonder gekend dragerschap van- of infectie met MRSA in de voorgeschiedenis (12 laatste maanden) en

- Transfer van- of recent verblijf (gedurende 12 laatste maanden) enkel in een acuut ziekenhuis of dagzieken-huis

- In klinische stalen
- In screening stalen enkel

- Transfer van- of recent verblijf (gedurende 12 laatste maanden) enkel in een rusthuis of in een rust- en verzorgingstehuis

- In klinische stalen

- In screening stalen enkel
- Transfer van- of recent verblijf (gedurende 12 laatste maanden) ZOWEL in een acuut ziekenhuis of dagziekenhuis dan in een rust- en verzorgingstehuis
  - In klinische stalen
  - In screening stalen enkel
- Géén enkel contact met deze verzorgingsinstellingen gedurende de 12 laatste maanden
  - - In klinische stalen
  - - In screening stalen enkel
- Contacten met verzorgingsinstellingen in de voorbije 12 maanden ongekend
  - - In klinische stalen
  - - In screening stalen enkel

Totaal aantal nieuw opgenomen patiënten met eerste MRSA-positief staal (klinisch of screening) tijdens de eerste 48 uur na opname en gekend dragerschap van- of infectie met MRSA in de voorgeschiedenis (12 laatste maanden)

- Incidentie van nosocomiaal verworven MRSA (> 48 uur na opname)

Totaal aantal nieuw opgenomen patiënten met nosocomiaal verworven MRSA (eerste MRSA-positief staal later dan 48 uur na opname) **EN** geen gekend dragerschap tijdens de voorbije 12 maanden

- - In klinische stalen
- - in screening stalen enkel
- Incidentie van nosocomiaal verworven MRSA per type afdeling

Totaal aantal nieuw opgenomen patiënten met nosocomiaal verworven MRSA (>48 uur) uit klinische- en screeningstalen :

- - Eerste positief staal afgenomen in een :
  - - intensieve zorgafdeling
  - - andere acute ziekenhuisafdeling
  - - sub acute / chronische ziekenhuisafdeling
- Incidentie van nosocomiaal verworven MRSA per type klinisch staal

Totaal aantal nieuw opgenomen patiënten met nosocomiaal verworven MRSA (> 48u) uit klinisch staal :

- - bloedkweken
- - andere klinische stalen

- Screening

Werden er de voorbije 6 maanden screeningstalen afgenomen in uw ziekenhuis ?

- bij opname van een patiënt in het ziekenhuis (<48 uur na opname):
  - - Ja, systematisch bij opname: alle patiënten en in alle afdelingen
  - - Ja, in geval van een epidemie in de verwijsinstelling
  - - Ja, bij opname in bepaalde diensten (IZ, geriatrie, heelkunde, ...)
  - - Ja, in functie van de herkomst van de patiënt (ander ziekenhuis, RVT, andere)
  - - Ja, in functie van het risico voor de patiënt
  - - Neen, nooit

- tijdens het verblijf van een patiënt in het ziekenhuis (> 48 na opname):
  - - Ja, in geval van epidemie,
  - - Ja, routinematig in bepaalde diensten (IZ, geriatrie, heekunde, ...)
  - - Ja, in functie van het risico voor de patiënt
  - - Neen, nooit

Screening tijdens de eerste 48 uur na opname

- - totaal aantal screeningstalen (gescreende sites)
- - totaal aantal patiënten

Screening later dan 48 uur na opname

- - totaal aantal screeningstalen (gescreende sites)
- - totaal aantal patiënten

- Noemergegevens

- totaal aantal opnames gedurende de voorbije 6 maanden :

- totaal aantal hospitalisatiedagen gedurende de voorbije 6 maanden :

- aantal bedden waarop deze surveillance betrekking heeft

### Time characteristics

Deelname door de ziekenhuizen gebeurt op vrijwillige basis. Jaarlijks zijn er twee surveillanceperiodes: van 1 januari tot 30 juni en van 1 juli tot 31 december.

Om de zes maanden krijgt ieder ziekenhuis, naast het nationaal MRSA-surveillance-rapport tevens een nieuw surveillanceformulier toegestuurd voor de retrospectieve gegevensverzameling. Meer info over de methodologie vindt u in het surveillanceprotocol (draft).

# PRIKACCIDENTEN\_NATIONALE SURVEILLANCE VAN ACCIDENTEEL BLOEDCONTACT

Up to date

2009

## Contact

### Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

### Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

### Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

### Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

### Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

### Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

### Marie-Laurence Lambert

Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*

Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN

Tél. +32(0)2/642 57 42

E-mail: [mllambert@iph.fgov.be](mailto:mllambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

In mei 2006 startte het WIV i.s.m. een wetenschappelijke stuurgroep een studie die de onderrapportering van prik- en spatongevallen bij 5000 ziekenhuispersoneelsleden wil onderzoeken. De resultaten zijn beschikbaar.

Op 1 juni 2003 startte het WIV met de nationale surveillance van prik-, snij-, bijt- en spatwonden bij het personeel in de Belgische ziekenhuizen. Nieuwe resultaten zijn nu beschikbaar (juni 2003 - december 2007).

Het belang en de doelstellingen van de surveillance, de ontwikkeling van het registratieformulier en de feedbackmogelijkheden worden beschreven in het artikel "Het opstarten van een nationale surveillance van accidenteel bloedcontact".

De inschrijvingsformulieren, registratieformulieren, het surveillanceprotocol en de gebruiksaanwijzing voor de EPINet™ software, kan u downloaden. Het software pakket kan u gratis verkrijgen door contact op te nemen met de verantwoordelijke van de surveillance.

In november 2002 begon het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid in samenwerking met een wetenschappelijke stuurgroep (arbeidsgeneesheren, preventieadviseurs, ziekenhuishygiënist, microbiologen, epidemiologen en spoedartsen) met het brainstormen rond een nationaal registratieformulier voor accidenteel bloedcontact bij het ziekenhuispersoneel. Het basisdocument voor de consensusdiscussies was een EPINET™-based\* registratieformulier, aangepast aan de Belgische situatie en getest door IDEWE (externe dienst voor preventie en arbeidsgeneeskunde) in de Universitaire ziekenhuizen te Leuven en Gent.

Het huidige nationale registratieformulier is een verkorte variant van het EPINET™ registratieformulier dat in grote mate vergelijkbaar blijft met de oorspronkelijke EPINET™ versie (beschikbaar in "full" of "light" versie). Er werd een evenwicht gezocht tussen het epidemiologische - en onderzoeksbelang, en de werklast die het invullen van een meldingsformulier met zich meebrengt voor het slachtoffer en andere betrokken diensten.



## Methodology

Voor elk accidenteel bloedcontact (AB) bij het ziekenhuispersoneel, wordt een registratieformulier ingevuld en later in het EPINet-computerprogramma ingevoerd. Na één jaar surveillance worden alle gegevens op een gecodeerde wijze naar het W.I.V. gestuurd die de gegevens centraliseert voor analyse en benchmarking en de resultaten naar de ziekenhuizen terugkoppelt. De deelname aan de surveillance is vrijwillig en kosteloos voor alle Belgische acute ziekenhuizen (start 1 juni 2003). De minimum surveillanceperiode bedraagt 1 jaar.

Een AB is een ongeval dat gepaard gaat met blootstelling aan bloed, weefsel of andere lichaamsvochten (al of niet besmeurd met bloed) door een percutane verwonding door naald of scherp voorwerp of door contact (spatten) met slijmvlies of niet intacte huid (huid met schaafwonde, wonde, eczeem).

Het ziekenhuis kan kiezen tussen een volledige versie van het registratieformulier ("full") of een vereenvoudigde versie ("light"). Deze laatste versie laat toe enkel de meest essentiële gegevens te verzamelen. De te verzamelen gegevens voor de "full" en "light" versie worden weergegeven in deze tabel. De registratieformulieren zijn goedgekeurd door EPINet US.

Er is een aparte fiche voorzien voor het verzamelen van de noemergegevens op het einde van de surveillanceperiode. Deze jaargegevens zijn nodig om een aantal indicatoren te berekenen (bv. aantal prikongevallen per 100 bezette bedden, aantal prikongevallen per 100 VTE verpleegkundigen, enz.) en vergelijkingen te kunnen maken tussen ziekenhuizen.

De data worden ingebracht door het ziekenhuis in een Microsoft®Access® toepassing (EPINet™). Het softwarepakket kan u gratis verkrijgen door contact op te nemen met de projectcoördinator. De software laat toe onmiddellijk na het invoeren van de gegevens locale standaardrapporten te genereren voor uw ziekenhuis. De gegevens worden Jaarlijks naar het WIV verstuurd voor analyse en benchmarking.

## Data recorded

- administratieve gegevens (algemeen)
- afdeling van tewerkstelling
- datum en tijdstip van het incident
- datum en tijdstip van aangifte
- beroepscategorie
- Omstandigheden van het ongeval (algemeen)
- plaats van het ongeval
- toestand van de bronpatiënt (gekend, besmet)
- plaats van verwonding of bespating
- tijdens routinehandeling of urgentietoestand
- aantal uren gewerkt voor het ongeval
- korte beschrijving van de omstandigheden
- Genomen voorzorgsmaatregelen op moment van het ongeval (algemeen)
- hoeveel en welke bescherming gedragen werd
- nabijheid van naaldcontainer
- maatregel dat ongeval had kunnen voorkomen
- Verzorging (algemeen)
- tijd verlopen tussen ongeval en eerste zorg

- ernst van de verwonding
- specifieke vragen
  - prik
    - oorspronkelijke gebruiker van het voorwerp
- graad van bevuilding van het voorwerp
- oorspronkelijk gebruik van oorzakelijk voorwerp
- oorzakelijk voorwerp
- gebruik van beveiligd materiaal (safety design)
- Uitgevoerde handeling bij ongeval
  - spat
    - aard van betrokken lichaamsvocht
- graad van bloedcontaminatie van lichaamsvocht
- blootgestelde lichaamsdelen
- mate van contact met het lichaamsvocht
- duur van contact met het lichaamsvocht
- oorzaak van blootstelling
- standaardopvolging (medisch)
- HBV serostatus van de werknemer
- Serologie direct na het ongeval
- Serologie na 6 maanden
- Follow-up na gekende positieve bron
- noemergegevens
  - Aantal bedden (gemiddelde per jaar)
- Aantal patiënten per jaar (totaal per jaar, specificeer de consultaties, hospitalisaties, spoedopnames 's nachts en anderen)
  - Aantal patiëntendagen per jaar (totaal per jaar)
  - Aantal personeelsleden ("koppen") per beroepscategorie (gemiddelde per jaar)
  - Aantal VTE per beroepscategorie (gemiddelde per jaar).

#### Time characteristics

De surveillance is op 1 juni 2003 van start gegaan.

## PWI\_NATIONALE SURVEILLANCE VAN POSTOPERATIEVE WONDINFECTIES

Up to date

2009

### Contact

#### Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

#### Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

#### Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

#### Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

#### Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

#### Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

#### Marie-Laurence Lambert

Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*

Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN

Tél. +32(0)2/642 57 42

E-mail: [mllambert@iph.fgov.be](mailto:mllambert@iph.fgov.be)

Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiëncampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

De surveillance van postoperatieve wondinfecties (PWI) is zowat het archetype van de nosocomiale surveillance, omwille van het overduidelijke nosocomiale karakter en de grote zichtbaarheid ervan, maar ook omdat op dit vlak reeds enorm veel onderzoek werd verricht en, met name, het preventieve potentieel van een goede surveillance duidelijk werd aangetoond.

Ondanks de vooruitgang wat betreft de maatregelen voor infectiecontrole (sterilisatiemethodes, chirurgische technieken, ventilatie operatiekamer, antibioticaprofylaxis, e.a.) blijven PWI een belangrijke oorzaak van verhoogde morbiditeit en mortaliteit bij patiënten die een heelkundige ingreep ondergaan. Het risico om een PWI op te lopen na een ingreep wordt beïnvloed door

het type ingreep

de ernst van de onderliggende conditie van de patiënt

karakteristieken van het personeel

karakteristieken van het ziekenhuis.

Een systematische en realistische benadering waarbij rekening gehouden wordt met deze verschillende factoren is noodzakelijk wil men het risico op PWI verminderen.

Het NSIH PWI-protocol biedt de Belgische ziekenhuizen de mogelijkheid om een aantal geselecteerde heelkundige ingrepen te registreren, gegroepeerd in verschillende operatiecategorieën.

## Methodology

### Data recorded

#### **Optie I : klassieke registratiemethode :**

- patiëntgegevens
  - Familienaam en voornaam
- Geboortedatum
- Geslacht
- Hospitalisatienummer

- Opnamedatum
- Dienst opname
- Verpleegeenheid
- Heelkundige ingreep
  - Aantal heelkundige ingrepen
- Operatiedatum
- Identiteit van de chirurg
- OK-team
- Optie Kwaliteitsdecreet
- Procedurecode (ICD-9-CM code)
- Wondklasse
- Besmet/geïnfecteerd
- ASA-score
- Duur van de ingreep
- Tijdstip incisie
- Tijdstip sluiten
- Laparo-/endoscopie
- Electieve ingreep
- Optie Antibioticaprofylaxis
- AB toegediend (profylactisch of therapeutisch)
- Patient follow-up
  - Datum van ontslag of overlijden
  - Status bij ontslag
  - Gegevens na ontslag beschikbaar
  - Datum van laatste gegevens
  - Verstrekker van de gegevens
  - Patiënt gezien na ontslag
  - Periode postoperatief van laatste contact
  - Datum van laatste contact
  - Type van laatste contact
- Postoperatieve wondinfectie
  - Infectiedatum
  - Infectieplaats/-site
  - Vaststelling van de PWI
  - Secundaire septicemia
  - Heringreep
  - Heropname
- Kweek afgenomen
  - Micro-organisme code of naam
  - Aard van het staal

- Commentaar
- Labonummer
- Heelkundige antibioticaprofylaxis
  - Antibioticum code of naam
  - Start datum
- Start tijdstip
  - Duur
- Wijze van toediening
- Timing dosissen

**Optie 2 : minimale gegevens en registratie per ingreep**

- operative procedure report form
  - Operatiedatum
- Patiënt ID
- Geboortedatum
- Geslacht
- NNIS-operatiecategorie
- Wondklasse
- ASA score
- Duur van de ingreep
- Laparo-/endoscopie
- Meervoudige ingreep
- NNIS risico index categorie
- Optioneel veld
- Ontslagdatum

**Optie 3: Minimale gegevens - registratie van ingreepgegevens onder geaggregeerde vorm**

- aggregated denominator data
  - Periode
- NNISoperatiecategorie
- Chirurg
- Totaal aantal ingrepen
- Aantal meervoudige ingrepen
- Totaal aantal ligdagen postoperatief
- Aantal ingrepen met follow-up < 30 dagen postoperatief
- infection form (*for aggregated denominator data only*)

Time characteristics

## REGISTER VAN AIDS-PATIENTEN

### Up to date

2009

### Contact

Dr. A. Sasse

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Juliëtte Wytsmanstraat 14

1050 Brussel

Tel:02/642 50 39

Fax:02/642 54 10

E-mail: [Andre.Sasse@iph.fgov.be](mailto:Andre.Sasse@iph.fgov.be)

### Aims

### Methodology

- - De HIV-geïnfecteerden:

In België zijn er zeven door de FOD Volksgezondheid erkende AIDS-referentielaboratoria (zie bijlage). Tot hun taken behoort het uitvoeren van confirmatietests van de sera die positief bevonden werden bij een opsporingstest. Aangezien alleen deze zeven laboratoria bevoegd zijn voor deze tests, geeft de registratie van de bevestigde nieuwe seropositieven een volledig beeld van het totaal aantal gekende seropositieven in België. Daar de registratie anoniem gebeurt, en er in veel gevallen meerdere keren een confirmatietest wordt gedaan, is er veel kans op dubbelstellingen. De analyses worden enkel uitgevoerd op een bestand van seropositieven waarvoor voldoende gegevens beschikbaar zijn om dubbelstelling te vermijden. Naast de registratie van het aantal nieuwe seropositieven trachten de laboratoria ook epidemiologische basisgegevens te verzamelen. Hiertoe wordt aan iedere arts die een HIV-infectie diagnosticeert een gestandaardiseerd formulier toegestuurd met de vraag om informatie betreffende geslacht, leeftijd, nationaliteit, mogelijke wijze van besmetting en klinisch stadium op het ogenblik van diagnose.

De AIDS-patiënten worden op onafhankelijke wijze aangegeven door de behandelende artsen. Ook hier wordt de anonimiteit van de patiënten gewaarborgd. Aangezien dezelfde registratiecode wordt gebruikt als voor de HIV-seropositieve patiënten aangegeven door de laboratoria, is het mogelijk beide bestanden samen te voegen zodat er een completer beeld van de epidemiologische situatie van HIV/AIDS in dit land kan worden gegeven.

- - AIDS-patiënten:

De in september 1982 door de Centers for Disease Control and Prevention (CDC) voorgestelde AIDS-definitie wordt in België gebruikt sedert de epidemiologische surveillance aanving in maart 1983. De CDC vulden deze eerste definitie aan in augustus 1987 met richtlijnen voor AIDS-diagnose bij patiënten met onbekende of negatieve HIV-serologie en met nieuwe aandoeningen die op AIDS wijzen (HIV-encefalitis, HIV-wasting syndroom). Deze gewijzigde definitie wordt sedert begin 1988 in België toegepast. Sinds januari 1993 is er een nieuwe wijziging met toevoeging van drie bijkomende pathologieën (longtuberculose, recidiverende pneumonie en baarmoederhalskanker) aan de lijst van de AIDS-definiërende aandoeningen.

De AIDS-patiënten worden anoniem geregistreerd via een gestandaardiseerd formulier (bijlage). Zesmaandelijks worden de aangegeven gevallen gevalideerd overeenkomstig de CDC-definitie. De dienst Epidemiologie van het WIV verwerkt de gegevens nadat dubbele aangiften werden uitgesloten.

De volgende gegevens worden geregistreerd: datum van aangifte en diagnose, leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, nationaliteit, etnische oorsprong, verblijfplaats, waarschijnlijke overdrachtswijze, HIV1- en/of HIV2-serologie, ziekte(n) kenmerkend voor AIDS. Een follow-up betreffende eventueel overlijden of nieuwe aandoeningen wordt jaarlijks georganiseerd.

- - HIV-patiënten medisch opgevolgd in België:

Sinds het gebruik van antiretrovirale behandelingen is gestart in 1996, is de levensverwachting van geïnfecteerde personen aanzienlijk verbeterd en is de populatie van HIV-patiënten in medische opvolging sneller gestegen. Teneinde dit aspect van de evolutie, dat meer aansluit bij de prevalentie, te kunnen beschrijven en bestuderen, worden gegevens over de populatie in medische opvolging ingezameld volgens een methodologie gelijkaardig aan deze gebruikt door het epidemiologische surveillancesysteem dat sinds 1985 de incidentiegegevens van HIV-infectie en AIDS inzamelt.

De patiënten worden beschouwd als zijnde medisch opgevolgd als in de loop van het afgelopen jaar minstens één virale lading werd gemeten. Aangezien de AIDS Referentie Laboratoria instaan voor het geheel van de metingen van virale lading, is het mogelijk om het aantal personen in medische opvolging te kennen. De volgende grafieken beschrijven de populatie medisch opgevolgd in de loop van het jaar 2007.

- - Geselecteerde gegevens Elisa-centrum van het UMC Sint-Pieter:

Een vragenlijst\* wordt ingevuld bij elke "risico-episode". Deze omschrijft het sociologische profiel van de patiënt, het motief van de test, de soorten en de context van de risicohandelingen (seksuele contacten of druggebruik), de karakteristieken van de seksuele partner(s), de frequentie van en de problemen bij condoomgebruik, enz. De vragenlijsten worden gecodeerd en geanalyseerd in EPI-INFO versie 6.04

- - Gegevens ingezameld in het kader van een gratis vaccinatieproject tegen hepatitis bij sekswerkers:

Espace P... is een vereniging die actief is in het prostitutiemilieu in de Franse Gemeenschap van België sinds 1989. Ze is samengesteld uit vier antennes gelegen in Brussel, Luik, de provincie Henegouwen en de provincie Namen. Ze verdeelt informatie over seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), over de middelen om zich te beschermen tegen misbruik, over druggebruik en over anticonceptie. Zij biedt een gratis en anonieme screening van HIV, syfilis, hepatitis B en C aan, alsook een gratis vaccinatie tegen hepatitis B. Ze vergemakkelijkt eveneens de toegang tot sociale hulp.

## Data recorded

De gevallen worden anoniem op een standaard formulier geregistreerd, dat aan de Commissie wordt gestuurd. De Commissie bevestigt de aangegeven gevallen volgens de AIDS-definitie van de CDC (Centers for Disease Control, USA) en elimineert de dubbel geregistreeerde gevallen.

Op het aangifteformulier voor AIDS-gevallen worden volgende parameters opgenomen:

### a) socio-demografische parameters

- geboortedatum
- geslacht
- burgerlijke staat
- nationaliteit
- etnische oorsprong
- woonplaats - land van verblijf voor niet-residenten

### b) waarschijnlijke wijze van overdracht

### c) HIV - serologie

### d) diagnose van de aandoeningen die op AIDS wijzen



e) datum van overlijden (dag, maand, jaar)

De aangegeven gevallen worden als volgt verdeeld:

- residenten (alle nationaliteiten die minstens 5 jaar in België verblijven)
- niet-residenten

#### Time characteristics

Epidemiologische surveillance van AIDS in België door middel van de registratie van AIDS-patiënten die aan de AIDS-Commissie (bestaande uit klinici, virologen en epidemiologen) werden gemeld vanaf oktober 1984.

## REGISTRE DES SÉROPOSITIFS CONFIRMÉS PAR LABOS DE RÉFÉRENCE

Up to date

2009

Contact

Dr. A. Sasse  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Juliëtte Wytmanstraat 14  
1050 Brussel  
Tel: 02/642 50 39  
Fax:02/642 54 10  
E-mail: [Andre.Sasse@iph.fgov.be](mailto:Andre.Sasse@iph.fgov.be)

*AIDS-referentielaboratoria:*

Prof. Dr J. Plum  
Universiteit van Gent  
Universitair Ziekenhuis Blok A  
Laboratorium voor Bacteriologie en Virologie  
De Pintelaan, 185  
9000 Gent  
Tél. 09/240 36 35

Pr A. Gothot  
Université de Liège  
Domaine Universitaire du Sart-Tilman  
Centre de Transfusion Sanguine  
Niveau 0 - Bât. B35  
4000 Sart-Tilman via Liège I  
Tél. 04/366 75 39

Prof. C. Liesnard  
Université Libre de Bruxelles  
Hôpital Universitaire Erasme  
Laboratoire de Virologie  
Route de Lennik, 808  
1070 Bruxelles  
Tél. 02/555 34 53 ou 42 62

Prof. Dr. P. Goubau  
Université Catholique de Louvain  
Unité de Microbiologie  
Tour Claude Bernard  
Avenue Hippocrate 54  
1200 Bruxelles  
Tel: 02/764 54 92

Prof. Dr. Marc Van Ranst  
Katholieke Universiteit Leuven  
Universitaire Ziekenhuizen Leuven  
Gasthuisberg - CDG8  
Herestraat 49

3000 Leuven  
Tel 016/34 79 08

Dr. K. Fransen  
Instituut voor Tropische Geneeskunde  
Laboratorium voor Microbiologie  
Nationalestraat 155  
2000 Antwerpen  
Tel: 03/247 63 20

ARL-VUB, afdeling UZ-Brussel  
Prof. Dr. Denis Piérard (coördinator)  
Universitair Ziekenhuis Brussel  
Laarbeeklaan 101  
1090 Brussel  
Tel. : 02/477 50 00

ARL-VUB, afdeling UMC Sint-Pieter  
Dr. Anne Dediste  
Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter  
Hoogstraat 322  
1000 Brussel  
Tel. 02/535 45 31

## Aims

Jaarlijkse en halfjaarlijkse rapporten over de AIDS-epidemiologieën HIV-infectie in België worden opgesteld en gepubliceerd door het Departement Epidemiologie.

## Methodology

De seropositieve gevallen bevestigd door deze laboratoria worden anoniem geregistreerd.

## Data recorded

De rapporten kunnen ook geconsulteerd worden op de website van [Epidemiologie](#).

De incidentie van de bevestigde seropositieven wordt in het halfjaarlijks rapport voorgesteld volgens een verdeling per:

- geslacht en leeftijdsgroep (5 jaar)
- nationaliteit (Belgen en niet-Belgen)
- geslacht en overdrachtswijzecategorie

De geïnformatiseerde gegevens zijn niet beschikbaar.

De seropositieve gevallen bevestigd door deze laboratoria worden anoniem geregistreerd op een formulier dat op voorhand gecodeerd wordt met volgende informatie:

### a) algemene gegevens

- patiëntencode
- referentie van AIDS-referentielaboratorium
- referentie van vragende arts
- datum van ontvangst van staal bij het referentielabo
- geboortedatum
- geslacht

- type HIV
- nationaliteit
- huidige woonplaats
- indien in België, postcode
- land van herkomst
- indien niet in België geboren: jaar van aankomst
  
- b) risicofactoren
  - seksuele contacten met: ander geslacht, zelfde geslacht, beide geslachten, geen enkel
  - seksuele contacten met partners:
    - HIV gediagnosticeerd
    - druggebruiker
    - nationaliteit
    - prostituee
    - onbekende
  - besmetting door bloed:
    - druggebruiker
    - hemofilie
    - transfusie: jaar + land
    - geen enkele
  - kind van HIV-positieve moeder
  - professioneel risico
  - jaar van vermoedelijke besmetting
  - land van vermoedelijke besmetting
- c) klinische factoren
  - aantal CD4/mm<sup>3</sup>
  - viruslast: ... log kopies/ml
  - klinisch stadium:
    - recente infectie (<6 maanden)
    - asympomatische drager
    - symptomatische drager
  - reden van test:
    - vraag van de patiënt
    - klinische argumenten
    - pre-operatief
    - prenataal
    - administratieve redenen
    - andere redenen

Time characteristics

## RESOPRIM

### Up to date

2009

### Contact

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Afdeling Epidemiologie  
Programma NSIH  
Juliette Wytmanstraat 14  
B-1050 Brussel

Viviane Van Casteren Tel. : + 32 2 642 50 30

### Aims

- Een stabiel experimenteel netwerk/kader ontwikkelen voor de inzameling, vanuit het Electronisch Medisch Dossier bij de huisarts (EMD), de analyse en de verspreiding van gegevens uit de eerstelijnsgezondheidszorg
- Een referentie netwerk/kader worden met de formulering van aanbevelingen voor andere gezondheidsinformatie netwerken in de eerstelijnsgezondheidszorg in België

#### FASE 1:

##### - Algemene doelstelling:

- Het kader bepalen nodig voor het opzetten, in de tweede fase, van een pilootnetwerk (+/- 100 huisartsen) voor het verzamelen van gegevens uit de eerstelijnsgezondheidszorg

##### - Specifieke doelstellingen:

1. De organisatie en het beheer van het netwerk bestuderen
2. De mogelijkheden en beperkingen nagaan van gegevensexploitatie in het domein van de epidemiologie, de kwaliteit van zorgen, de gezondheidseconomie, het gezondheidsinformatiesysteem
3. De nood aan vorming van de huisartsen met betrekking tot deelname aan een dergelijk netwerk en de (verwachte/ervaren) voor- en nadelen van deelname bestuderen

#### FASE 2:

##### - Specifieke doelstellingen

1. Meer in detail de gegevens verzameld in de eerste fase analyseren, rekening houdende met de procedure van kwaliteitscontrole van de extractiemodules
2. Een pilootnetwerk van ongeveer 100 huisartsen opzetten voor de retrospectieve en de prospectieve gegevensinzameling
3. Een brede verspreiding en een wetenschappelijke exploitatie van de resultaten verzorgen
4. Aanbevelingen ter ondersteuning van andere netwerken formuleren

### Methodology

#### FASE 1:

##### a. Voor doelstelling 1, 2:

- Literatuurstudie die leidde tot formulering van de in fase 1 te beantwoorden onderzoeksvragen
- Ontwikkeling van de netwerk structuur en vastlegging van de gegevensstroom
- Ontwikkeling van een steekproefkader voor het op te richten netwerk van huisartsen

- Oprichting van een embryonaal netwerk met 30 huisartsen
- Definitie van indicatoren en datasets
- Datacollectie:
  - Retrospectieve datacollectie via automatische gegevensextractie uit het EMD voor de jaren 2002, 2003, 2004
  - Prospectieve datacollectie gedurende 6 weken, deels via automatische gegevensextractie uit het EMD, deels via een specifiek invoerscherm
- Technische opvolging van het embryonaal netwerk tijdens de datacollectie
- Verdere analyse van gegevens uit vroegere door het WIV gecoördineerde registraties over de kwaliteit van zorg bij huisartsen

b. Voor doelstelling 3:

- Literatuurstudie die leidde tot formulering van de in fase I te beantwoorden onderzoeksvragen
- Kwalitatief onderzoek via focusgroepen en face to face interviews van huisartsen die aan vroegere studies deelnamen, huisartsen die aan ResoPrim wilden deelnemen, maar niet werden geselecteerd (op basis van selectiecriteria) en huisartsen die niet aan dit netwerk wensten deel te nemen

FASE 2:

a. Voor doelstelling 1:

- Kwantitatieve en kwalitatieve analyses

b. Voor doelstelling 2:

- Ontwikkeling van de netwerk structuur en vastlegging van de gegevensstroom
- Ontwikkeling van een steekproefkader voor het op te richten netwerk van huisartsen
- Oprichting van een piloot netwerk met 100 huisartsen
- Definitie van indicatoren en datasets
- Datacollectie:
  - Retrospectieve datacollectie via automatische gegevensextractie uit het EMD voor de jaren 2004, 2005, 2006
  - Prospectieve datacollectie gedurende 6 weken (mei, juni), deels via automatische gegevensextractie uit het EMD, deels via een specifiek invoerscherm
- Technische opvolging van het piloot netwerk tijdens de datacollectie

c. Voor doelstelling 3:

- Voorstelling van de resultaten op nationale en internationale congressen
- Wetenschappelijke rapporten en artikelen in nationale en in internationale wetenschappelijke tijdschriften publiceren

d. Voor doelstelling 4:

- Ontwikkeling van aanbevelingen op basis van de bevindingen van fase I en 2

### Data recorded

- Retrospectieve datacollectie via automatische gegevensextractie uit het EMD voor de jaren 2002, 2003, 2004, 2005, 2006
- Prospectieve datacollectie gedurende 6 weken, deels via automatische gegevensextractie uit het EMD, deels via een specifiek invoerscherm

## Time characteristics

Fase 1 : oktober 2003 - november 2005

Fase 2 : december 2005 - november 2007

Data collected : 2002 > 2006

## SEP\_NATIONALE SURVEILLANCE VAN NOSOCOMIALE SEPTICEMIEËN

Up to date

2009

Contact

Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytmanstraat 14

B-1050 Brussel

Tel : +32(0)2/642 51 11

Fax : +32(0)2/642 54 10

E-mail informatie NSIHsurveillances: [nsih@iph.fgov.be](mailto:nsih@iph.fgov.be)

E-mail voor het opsturen van surveillancegegevens: [nsihdata@iph.fgov.be](mailto:nsihdata@iph.fgov.be)

Boudewijn Catry

Algemeen verantwoordelijke van het NSIH programma

Tel. : +32-(0)2/642 57 64

E-mail: [boudewijn.catry@iph.fgov.be](mailto:boudewijn.catry@iph.fgov.be)

Erik Hendrickx

Sofie Vaerenberg

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie ; programma ABUH, EARSS en BAPCOC

Gebruik van antibiotica, Anti-microbiële resistentie

Tel: +32(0)2/642 54 02

E-mail: [erik.hendrickx@iph.fgov.be](mailto:erik.hendrickx@iph.fgov.be)

Tel: +32-(0)2/642 57 45

E-mail: [sofie.vaerenberg@iph.fgov.be](mailto:sofie.vaerenberg@iph.fgov.be)

Béatrice Jans

Verantwoordelijke van de surveillance MRSA en ESBL+ in de ziekenhuizen

Studies m.b.t. rusthuizen (infecties, epidemies, aanbevelingen, tevredenheidsmeting, screening) op nationaal en internationaal niveau (ESAC-3, HALT)

Tél. +32(0)2/642 57 36

E-mail: [bea.jans@iph.fgov.be](mailto:bea.jans@iph.fgov.be)

Katrien Latour

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 57 62

E-mail: [katrien.latour@iph.fgov.be](mailto:katrien.latour@iph.fgov.be)

Laetitia Fontaine

Studies m.b.t. rusthuizen

Tél. +32(0)2/642 47 44

E-mail: [laetitia.fontaine@iph.fgov.be](mailto:laetitia.fontaine@iph.fgov.be)

Marie-Laurence Lambert

Verantwoordelijke van de surveillance *Clostridium difficile*

Verantwoordelijke voor Work package 6 van het Europese project BURDEN

Tél. +32(0)2/642 57 42

E-mail: [mllambert@iph.fgov.be](mailto:mllambert@iph.fgov.be)



Eva Leens  
Surveillance van accidentele bloedcontacten in de ziekenhuizen  
Nationale Handhygiënecampagne in de ziekenhuizen  
Tél. +32(0)2/642 57 45  
E-mail: [eva.leens@iph.fgov.be](mailto:eva.leens@iph.fgov.be)

Ingrid Morales  
Verantwoordelijk van de surveillance ICU en SEP in de ziekenhuizen.  
Technische assistentie voor de Europese surveillance HELICS - IPSE  
Tél. +32(0)2/642 54 03  
E-mail: [ingrid.morales@iph.fgov.be](mailto:ingrid.morales@iph.fgov.be)

Karl Mertens  
Verantwoordelijk van de surveillance SSI in de ziekenhuizen.  
Tél. +32(0)2/642 57 95 - 35  
E-mail: [karl.mertens@iph.fgov.be](mailto:karl.mertens@iph.fgov.be)

Jérôme Antoine  
Statistische ondersteuning  
Tel: +32(0)2/642 57 61  
E-mail: [jerome.antoine@iph.fgov.be](mailto:jerome.antoine@iph.fgov.be)

## Aims

Septicemieën behoren tot de ernstige ziekenhuisinfecties en worden gekenmerkt door een hoge mortaliteit. Omwille van de ernst van én de impact op het ziekenhuisverblijf van de patiënt startte het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) in 1992 met de nationale surveillance van septicemieën (hospital-wide). Na een onderbreking van de surveillance in 1996, werd de SEP-surveillance in oktober 1998 terug opgestart. Septicemieën worden geregistreerd in het gehele ziekenhuis op basis van laboratoriumuitslagen (alle significante positieve hemoculturen). De surveillance van nosocomiale septicemieën maakt daarom een onderscheid tussen primaire (waaronder kathetergeassocieerde) en secundaire nosocomiale septicemieën (gerelateerd aan andere infecties).

De surveillance van ziekenhuisinfecties kadert in het geheel van activiteiten van kwaliteitsborging en heeft als hoofddoel het verminderen van de incidentie van nosocomiale infecties in de Belgische acute ziekenhuizen.

Het Nationaal programma voor de Surveillance van Hospitaalinfecties beantwoordt verder aan de volgende doelstellingen:

- Aanbieden van de noodzakelijke definities en bepalingen aan de deelnemende ziekenhuizen. Op deze manier worden de gegevensverzameling en -analyse gestandaardiseerd.
- Deelnemende ziekenhuizen kunnen hun eigen resultaten opvolgen in de tijd en deze situeren ten opzichte van andere ziekenhuizen in de regio en in het land.
- Verkrijgen van een globaal beeld van de epidemiologische situatie m.b.t. de ziekenhuisinfecties en de voornaamste hiermee verbonden risicofactoren en gevolgen in ons land, en - op termijn - van de evolutie ervan in de tijd.

## Methodology

Sinds oktober 1992 nodigt het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) alle Belgische ziekenhuizen uit om vrijwillig aan de nationale surveillance van nosocomiale septicemieën (hospital-wide) deel te nemen.

De surveillance is *hospital-based*, d.w.z. noemergegevens (o.a. aantal opnames en aantal patiëntendagen) worden verzameld uit administratieve bronnen voor het ganse ziekenhuis. Het verzamelen van noemergegevens voor de dienst intensieve zorgen is optioneel.

Een septicemie wordt als nosocomiaal beschouwd als ze optreedt na 48 uur ziekenhuisverblijf.

De ziekenhuizen sturen hun surveillancegegevens na drie maanden registratie naar het WIV voor analyse, benchmarking en feedback.

Ingezonden gegevens worden na een eerste controle toegevoegd aan het nationale bestand. De gegevens worden gecheckt op hun interne validiteit. Analyses gebeuren op individueel, regionaal en op nationaal niveau.

#### Data recorded

- Patiëntgegevens :
  - Familienaam en voornaam
- Geboortedatum
- Geslacht
- Opnamedatum
- SIS-nummer
- Hospitalisatienummer
- Dienst opname
- Verpleegeenheid
- Datum einde follow-up
- Ontslag
- Klinisch verloop
- Herkomst patiënt
  
- Septicemiegegevens :
  - Infectiedatum
  - Dienst/afdeling waar septicemie werd vastgesteld
  - Opnamedatum in deze dienst
  - Klinische gegevens
  - Ongekend
  - Koorts
  - Rillingen
  - Hypotensie
  - Hypothermie
  - Hypothermie: < 37°C
  - Apnee
  - Bradycardie
  - Klinisch verloop
  - Oorsprong septicemie
  - Verband met centrale katheter
  - Verband met perifere katheter
  - Verband met arteriële katheter
  - Verband met invasieve procedure

- Verband met vreemd voorwerp
- Verband met andere infectie (secundaire SEP)
- Lokalisatie andere infectie
- Septicemie van ongekende oorsprong
- Micro-organisme(n) / NSIH
- Volgnummer
- Labonummer
- Datum staalafname
- Micro-organisme code
- Optie CDC/KD
- Centrale katheter <48h op IZ
- Gepaste Antibiotica therapie gestart
- 1 positieve hemocultuur
- Positieve antigeentest

#### Time characteristics

Start : 1992

## TAHIB

### Up to date

2009

### Contact

#### Adres:

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid

Afdeling Epidemiologie

Programma NSIH

Juliette Wytsmanstraat 14

B-1050 Brussel

- Stefaan Demarest Tel. : + 32 2 642 57 94

- Rana Charafeddine Tel. : + 32 2 642 57 39

### Aims

- Description of the social inequalities in health, mortality and life expectancy without limitations (DFLE) and evaluation of differential compression/expansion of DFLE by socio-economic status in time.
- Analysis of social inequalities in health in relationship with longitudinal changes in socio-economic status (SES) between 1991 and 2001 by the follow-up of the sample of the Census 1991 and study of the longitudinal effect of the (changing) socio-economic status on health and lifestyle, based on the Panel Study on Belgian Households (PSBH).
- Study of the effect of contextual factors on social inequality in health and mortality.
- Evaluation of the time trend in the connection between social inequality in health and social inequality in lifestyle.
- Set of policy recommendations, aimed at a reduction of the observed inequalities.

### Methodology

#### Data recorded

- Used data:
  - Census (General socio-economic survey) 1991 en 2001;
  - Panel Study on Belgian Households (PSBH) 1992-2002;
  - National mortality database (NMD): figures of the follow-up of mortality during 5 years;
  - Health Interview Survey (HIS): 1997, 2001, 2004;
- Linking of databases:
  - HIS and Census
  - PSBH and Census
  - HIS and NMD
  - Census and NMD
- Used health indicators:
  - Subjective health
  - Presence of chronic conditions
  - Presence of physical limitations

- Life expectancy without limitations (DFLE).
  
- Used lifestyle indicators:
  - smoking
  - alcohol consumption
  - physical activity
  - diet
  
- Used socio-economic indicators:
  - education
  - income
  - professional situation
- composite indicator on the basis of the comfort level of residence and material possessions

### Time characteristics

Jaar van uitvoering: 2006 - 2009

## DEEL 8 : NIS - INS

### REGISTRE DE DÉCÈS

#### Up to date

2009

#### Contact

Mevr. Leïla Bellamammer

Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (DG SIE ex INS)

Leuvense weg 44

1000 Brussel

Tel: 02/277.73.44

E-mail: [leila.bellamammer@economie.fgov.be](mailto:leila.bellamammer@economie.fgov.be)

#### Aims

Het verkrijgen van het aantal doden per leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, doodsoorzaak.

Het opmaken van sterftetafels. Sinds verscheidene jaren worden de sterftetafels niet meer berekend van het aantal overlijdens vernoemd op de overlijdensformulieren, maar van het Rijksregister teneinde recentere en regelmatigere gegevens te verkrijgen.

#### Methodology

De methode van gegevensverzameling gebeurt door statistische certificaten die ingevuld worden bij elk overlijden. Deze verzameling gebeurt op gemeentelijk niveau en wordt niet gefinancierd. Alle gevallen (100%) worden opgenomen in dit register. De grootte van het register is  $\pm 105.000$  eenheden per jaar.

Deze gegevensverzameling is verplicht: Koninklijk Besluit (K.B.) van 17 juni 1999 dat de invoering van de jaarlijkse sterftestatistiek volgens doodsoorzaken voorschrijft (het laatste besluit heeft het K.B. van 6 oktober 1966 herroepen, gewijzigd door de K.B. van 14 maart 1977 en 20 oktober 1983).

Er bestaan twee register volgens leeftijd: enerzijds de statistische certificaten voor sterfte van kinderen jonger dan één jaar en voor de doodgeboren kinderen en anderzijds de statistische certificaten voor de overlijdens van personen van één jaar en ouder.

#### Data recorded

Het is niet mogelijk om onmiddellijk toegang te hebben tot de geïnformatiseerde gegevens. Er zijn beperkingen voor de gegevens identificeerbaar o.b.v. de doodsoorzaak. De kosten om toegang te hebben tot een bestand hangt af van de vraag. Er bestaat een codificatielijst voor het gebruik van het bestand. (De gegevens worden voor onbepaalde tijd bewaard.)

De toegang tot de individuele gegevens hangt af van twee aspecten:

een voorafgaand akkoord van de Commissie ter bescherming van het privéleven

een contract van vertrouwelijkheid te tekenen met de DG SIE (ex NIS)

Basistabellen zijn beschikbaar op de website van de DG SIE (ex NIS).

*Parametres enregistres pour les années 1983 à 1997 / geregistreerde parameters voor de jaren 1983 tot 1997*

A. Kindersterfte (Model III D)

a) statistisch jaar

Vanaf deel D:

b) gemeente de facto

c) gemeente van geboorte

d) type kind (levend geboren/zonder leven/doodgeboren)

e) inlichtingen betreffende de vader

- geboortedatum (DDMMJJJJ)

- beroep

- vorig beroep

- socioprofessionele status

- nationaliteit

f) inlichtingen betreffende de moeder

- geboortedatum (DDMMJJJJ)

- beroep

- vorig beroep

- socioprofessionele status

- nationaliteit

- woonplaats

- burgerlijke stand

g) trouwdatum

h) plaats van het huwelijk

i) inlichtingen betreffende de vorige kinderen uit het huidige huwelijk

- jongens levend gepresenteerd

- jongens zonder leven gepresenteerd

- jongens doodgeboren

- jongens nog in leven

- meisjes levend gepresenteerd

- meisjes gepresenteerd zonder leven

- meisjes doodgeboren

- meisjes nog in leven

- geboortedatum van het vorige kind

- geslacht van het vorige kind

Vanaf deel B:

j) inlichtingen betreffende de overledene

- datum van overlijden (DDMMJJJJ)

- uur van overlijden

- minuut van overlijden
- geboortedatum (DDMMJJJJ)
- uur van geboorte
- minuut van geboorte
- toestand bij de geboorte (levendgeboren of doodgeboren)
- geboorteplaats
- plaats van overlijden
- geslacht

k) inlichtingen betreffende een meerlingen bevalling

- jongens levend geboren
- jongens doodgeboren
- meisjes levend geboren
- meisjes doodgeboren
- volgnummer

Vanaf deel C:

l) medische inlichtingen

- terminale (onmiddellijke) oorzaak
- oorspronkelijke oorzaak
- toestand van de moeder tijdens de zwangerschap
- wijze van bevalling
- toestand van het kind bij de bevalling
- zwangerschapsduur (weken)
- geboortewicht
- Apgar-score na 1 minute
- schedelomtrek
- moment (verkeersongeval)

B. Overlijden van personen ouder dan 1 jaar (Model III C)

a) statistisch jaar

Vanaf deel D:

- b) gemeente de facto
- c) gemeente van de overledene (woonplaats)
- d) inlichtingen betreffende de overledene
  - geboortedatum (DDMMJJJJ)
  - burgerlijke stand
  - nationaliteit
  - geboortedatum van de echtgenoot (DDMMJJJJ)
  - datum van het laatste huwelijk (DDMMJJJJ)
  - beroep of situatie
  - laatste beroep uitgeoefend



- sociale beroepsgroep

Vanaf deel B:

- datum van overlijden (DDMMJJJJ)

- plaats van overlijden

- geslacht

Vanaf deel C:

e) medische inlichtingen

- terminale (onmiddellijke) oorzaak

- oorspronkelijke oorzaak

- aard van trauma of van stof (indien gewelddadige dood)

- feit en middel (indien gewelddadige dood)

- moment (indien verkeersongeval)

*Parametres enregistres a partir de 1998/geregistreeerde parameters vanaf 1998:*

A. Kindersterfte (MODELE III D)

Vanaf deel D:

Variable	Long	Type	Inhoud
MIIIDvd1	6	A	Commune/Pays - Gemeente/Land
MIIIDvd3	6	A	Commune/Pays - Gemeente/Land
MIIIDvd4a	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvd4b	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvd5a	2	A	Instruction - Opleiding
MIIIDvd5b	60	A	
MIIIDvd5c	2	A	Instruction - Opleiding
MIIIDvd5d	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd6a	2	A	Situation professionnelle parent - Beroepstoestand ouder
MIIIDvd6b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd6c	2	A	Situation professionnelle parent - Beroepstoestand ouder
MIIIDvd6d	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd7a	2	A	Etat social profession ouder - Sociale staat beroep ouder
MIIIDvd7b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd7c	2	A	Etat sociale profession ouder - Sociale staat beroep ouder
MIIIDvd7d	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd8a	13	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd8b	4	A	Code profession - Code beroep
MIIIDvd8c	13	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvd8d	4	A	Code profession - Code beroep
MIIIDvd9a	3	A	Pays - Land
MIIIDvd9b	3	A	Pays - Land
MIIIDvd9c	3	A	Pays - Land
MIIIDvd9d	3	A	Pays - Land
MIIIDvd10	6	A	Commune/Pays - Gemeente/Land
MIIIDvd11	1	A	Etat civil - Burgerlijke staat

MIIIDvdI2	1	A	Etat d'union mère - Gezinstoestand moeder
MIIIDvdI3	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvdI4a	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvdI4b	2	N	Nombre - Getal

Vanaf deel B:

Variable	Long	Type	Contenu
MIIIDvb1a	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvb1b	4	HHMM	Heure - Tijdstip
MIIIDvb2a	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvb2b	4	HHMM	Heure - Tijdstip
MIIIDvb3	1	A	Etat enfant - Toestand kind
MIIIDvb4a	1	A	Lieu naissance - Plaats geboorte
MIIIDvb4b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvb5a	1	A	Lieu décès < 1 an - Plaats overlijden < 1 jaar
MIIIDvb5b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvb6	1	A	Sexe - Geslacht
MIIIDvb7a	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvb7b	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7c	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7d	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7e	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7f	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7g	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7h	1	N	Nombre - Getal
MIIIDvb7i	1	N	Nombre - Getal

Vanaf deel C:

Variable	Long	Type	Contenu
MIIIDvcA1a	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvcA1b	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvcA1c	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvcA1d	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvcA2	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvcA3e	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA3a	1	A	1/3 Facteurs risques médicaux - medische risicofactoren
MIIIDvcA3b	1	A	2/3 Facteurs risques médicaux - Medische risicofactoren
MIIIDvcA3c	1	A	3/3 Facteurs risques médicaux - Medische risicofactoren
MIIIDvcA3d	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA4	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA5a	1	A	Présentation enfant - Ligging kind
MIIIDvcA5b	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA6a	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA6b	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA6c	1	A	1/3 Type assistance accouchement - Aard assistentie bevalling
MIIIDvcA6d	1	A	2/3 Type assistance accouchement - Aard assistentie bevalling
MIIIDvcA6e	1	A	3/3 Type assistance accouchement - Aard assistentie bevalling
MIIIDvcA6f	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA6l	1	A	Indicateur - Indicator (pas d'indication maternelle)
MIIIDvcA6g	1	A	Indicateur - Indicator (césarienne antérieure)

MIIIDvcA6h	1	A	Indicateur - Indicator (dystocie)
MIIIDvcA6i	1	A	Indicateur - Indicator (autres)
MIIIDvcA6j	1	A	Indicateur - Indicator (pathologies placentaires)
MIIIDvcA6k	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA6q	1	A	Indicateur - Indicator (pas d'indication fœtale)
MIIIDvcA6m	1	A	Indicateur - Indicator (souffrance fœtale)
MIIIDvcA6n	1	A	Indicateur - Indicator (autres)
MIIIDvcA6o	1	A	Indicateur - Indicator (anomalie présentation)
MIIIDvcA6p	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA7a	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA7b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA7c	1	A	Détresse respiratoire - Ademnood
MIIIDvcA7d	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA7e	1	A	Indicateur - Indicator
MIIIDvcA7f	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA7q	1	A	Indicateur - Indicator (pas d'anomalie congénitale)
MIIIDvcA7g	1	A	Indicateur - Indicator (anencephalie)
MIIIDvcA7h	1	A	Indicateur - Indicator (spina bifida)
MIIIDvcA7i	1	A	Indicateur - Indicator (hydrocéphalie)
MIIIDvcA7j	1	A	Indicateur - Indicator (fente labiale/palatine)
MIIIDvcA7k	1	A	Indicateur - Indicator (autres)
MIIIDvcA7l	1	A	Indicateur - Indicator (imperforation anale)
MIIIDvcA7m	1	A	Indicateur - Indicator (réduction des membres)
MIIIDvcA7n	1	A	Indicateur - Indicator (hernie diaphragmatique)
MIIIDvcA7o	1	A	Indicateur - Indicator (omphalocèle/gastroschisis)
MIIIDvcA7p	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcA8	4	N	Nombre - Getal
MIIIDvcA9a	2	A	Indice Apgar - Apgarscore
MIIIDvcA9b	2	A	Indice Apgar - Apgarscore
MIIIDvcA9c	2	A	Indice Apgar - Apgarscore
MIIIDvcA10a	1	A	1/3 Soins immédiats - Onmiddellijke zorgen
MIIIDvcA10b	1	A	2/3 Soins immédiats - Onmiddellijke zorgen
MIIIDvcA10c	1	A	3/3 Soins immédiats - Onmiddellijke zorgen
MIIIDvcA10d	80	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcB1	1	A	Moment décès fœtale - Tijdstip foetaal overlijden
MIIIDvcB2	1	A	Type décès < 1 an - Aard overlijden < 1 jaar
MIIIDvcB3	5	A	Circonstances décès - Omstandigheden overlijden
MIIIDvcB4a	1	A	Lieu accident < 1 an - Plaats ongeval < 1 jaar
MIIIDvcB4b	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIIDvcB4c	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIIDvcB4d	2	N	Nombre - Getal
MIIIDvcB5a	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5b	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5c	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5d	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5e	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5f	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB5g	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIIIDvcB6	1	A	Autopsie
MIIIDvcB7	1	A	Indicateur - Indicator

## B. Overlijden van personen ouder dan een jaar (MODELE III C)

Vanaf deel D:

Variable	Long	Type	Contenu
MIIICvd1	6	A	Commune/Pays - Gemeente/Land
MIIICvd3	6	A	Commune/Pays - Gemeente/Land
MIIICvd4	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIICvd5A	2	A	Instruction - Opleiding
MIIICvd5B	25	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvd6A	1	A	Situation professionnelle décédé - Beroepstoestand overledene
MIIICvd6B	25	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvd7A	1	A	Etat social profession décédé - Sociale staat beroep overledene
MIIICvd7B	25	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvd8A	13	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvd8B	4	A	Code profession - Code beroep
MIIICvd8C	13	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvd8D	4	A	Code profession - Code beroep
MIIICvd8E	13	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvdF	4	A	Code profession - Code beroep
MIIICvd9	3	A	Pays - Land
MIIICvd10	1	A	Etat civil - Burgerlijke staat
MIIICvd11A	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIICvd11B	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIICvd12A	1	A	Manière de vivre décédé - Levenswijze overledene
MIIICvd12B	25	A	Texte libre - Vrije tekst

Vanaf deel B:

Variable	Long	Type	Contenu
MIIICvb1A	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIIICvb1B	4	HHMM	Heure - Tijdstip
MIIICvb2A	1	A	Lieu décès >= 1 an - Plaats overlijden >= 1 jaar
MIIICvb2B	25	A	Texte libre - Vrije tekst
MIIICvb3	1	A	Sexe - Geslacht

Vanaf deel C:

Variable	Long	Type	Contenu
MIII Cvc1	1	A	Type décès >= 1 an - Aard overlijden >= 1 jaar
MIII Cvc2	5	A	Circonstances décès - Omstandigheden overlijden
MIII Cvc3A	1	A	Lieu accident - Plaats ongeval
MIII Cvc3B	60	A	Texte libre - Vrije tekst
MIII Cvc3C	8	JJMMAAAA	Date - Datum
MIII Cvc3D	4	HHMM	Heure - Tijdstip
MIII Cvc4A	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4B	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4C	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4D	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4E	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4F	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc4G	5	A	Cause décès -Doodsoorzaak
MIII Cvc5A	1	A	Indicateur - Indicator
MIII Cvc5B	1	A	Indicateur - Indicator
MIII Cvc6	1	A	Autopsie
MIII Cvc7	1	A	Indicateur - Indicator

#### Time characteristics

Start 1948. De verzameling is continu. Sinds het jaar 1969, kan de registratie rekenen op de steun van de informatica.

## REGISTRE DE NAISSANCES

### Up to date

2009

### Contact

Mr. M. Willems

Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie

Leuvense weg 44

1000 Brussel

Tel: 02/277.76.41 of centrale: 02/277.55.03

Fax: 02/277.50.29

E-mail: michel.willems@economie.fgov.be

### Aims

Invoering van het aantal geboorten volgens de verschillende administratieve gehelen van België, volgens de karakteristieken van de ouders, volgens de rang van geboorte en de afgelopen tijdsinterval sinds de vorige geboorte, berekening van de vruchtbaarheid.

### Methodology

De methode van gegevensverzameling gebeurt door statistische certificaten die ingevuld worden bij elke geboorte. Deze verzameling gebeurt op gemeentelijk niveau en wordt niet gefinancierd. Alle gevallen (100%) worden opgenomen in dit register. De geboortes die plaatsvonden in het buitenland, waarvan de moeders hun vertrouwde woonplaats in België hebben, worden evenwel niet opgenomen in het register ; terwijl de geboortes die in België plaatsvonden, maar waarvan de moeders niet resident zijn, worden opgenomen. Deze laatsten worden niet weerhouden voor het opstellen van de statistiek van de levendgeborenen DE DROIT (functie van de vertrouwde residentieplaats van de moeder) *Ces dernières ne seront pas retenues pour l'établissement de la statistique des naissances vivantes de droit (fonction de la résidence habituelle de la mère).*

De grootte van het register is  $\pm$  120.000 eenheden per jaar. De verzameling is continu.

Sinds het jaar 1969, kan de registratie rekenen op de steun van de informatica.

Deze gegevensverzameling is verplicht: Koninklijk Besluit (K.B.) van 14 juni 1999 dat de invoering van de jaarlijkse geboortestatistieken voorschrijft (vervangt wat betreft de geboorten het K.B. van 26 augustus 1966, gewijzigd door de K.B. van 3 mei 1977, 20 oktober 1983 en 1 maart 1988).

Sinds 1998 worden de gegevens die vermeld worden in statistische rapporten geverifieerd en verzameld door de federale entiteiten (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid voor de Vlaamse gemeenschap, Direction générale de la Santé voor de Franse gemeenschap et Observatoire de la santé et du social voor de Communautaire Commissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Deze doen een eerste verkenning van de gegevens uit hun gebied en geven hun databanken voor aan het DG SIE die de statistieken overbrengt en valideert op nationaal niveau.

### Data recorded

De geregistreerde parameters sinds 1998 zijn de volgende:

- a) statistisch jaar
  - b) gemeente de facto
  - c) inlichtingen betreffende de vader
- geboortedatum (DDMMJJJJ)

- graad van opleiding
- beroepstoestand
- huidige beroep
- sociale staat in het beroep
- nationaliteit (oorspronkelijke en huidige)
- d) inlichtingen betreffende de moeder
  - geboortedatum (DDMMJJJJ)
  - graad van opleiding
  - beroepstoestand
  - huidige beroep
  - sociale staat in het beroep
  - nationaliteit (oorspronkelijke en huidige)
  - gemeente van residentie
  - burgerlijke stand
  - gezintoestand
  - datum van het huidige huwelijk
- e) inlichtingen betreffende de pasgeborene
  - geboortedatum (DDMMJJJJ)
  - uur en minuut van de geboorte
  - geboorteplaats
  - geslacht
- f) inlichtingen betreffende de vorige kinderen
  - kinderen levendgeborenen
  - kinderen doodgeboren
  - kinderen nog in leven
  - geboortedatum van het vorige kind
- g) inlichtingen betreffende de vorige kinderen uit het huidige huwelijk
  - aantal van levend geboren
  - aantal van doodgeborenen
- h) inlichtingen betreffende een meerlingen bevalling
  - (aantal en geslacht van de kinderen geboren in de loop van dezelfde bevalling)
  - jongens levend geboren
  - jongens doodgeboren
  - meisjes levend geboren
  - meisjes doodgeboren
  - levend geboren van onbepaald geslacht
  - doodgeborenen van onbepaald geslacht
  - volgnummer
- i) medische inlichtingen
  - zwangerschapsduur (weken)

- toestand van de moeder tijdens de zwangerschap (medische risicofactoren)
- ligging van het kind
- wijze van bevalling (inductie, assistentie)
- toestand van het kind bij de bevalling
- geboortegewicht
- Apgar-score na 1 minuut en na 5 minuten
- congenitale afwijkingen
- onmiddelijk zorgen aan de pasgeborene

Time characteristics



## PSBH

### Up to date

2009

### Contact

PSBH teams Antwerpen en Luik

Address:

1. Universiteit Antwerpen (UA)

Faculteit Politieke en Sociale Wetenschappen

Universiteitsplein 1

2610 ANTWERPEN

2. Université de Liège (ULg)

Faculté d'Economie, de Gestion et de Sciences Sociales

Bd du Rectorat 7, B31 Bte 45

4000 LIEGE

### Managing organisation

Website: <http://www.psbh.be/index.html> (NI)

en <http://www.psbh.ulg.ac.be/index.htm> (Fr)

#### a. Responsible persons

Prof. dr. Dimitri Mortelmans

Centrum voor Longitudinaal en Levensloop Onderzoek (CELLO)

Telephone 03/265.55.35

Fax 03/265.57.93

E-mail [dimitri.mortelmans@ua.ac.be](mailto:dimitri.mortelmans@ua.ac.be)

Marie-Thérèse Casman

[mt.casman@ulg.ac.be](mailto:mt.casman@ulg.ac.be)

### Aims

In 2003 werd de Panelstudie van Belgische Huishoudens afgerond. De PSBH startte in 1990 aan de universiteiten van Antwerpen en Luik. Vanaf 1992 werden tot 4.439 huishoudens (meer dan 11.000 gezinsleden) geïnterviewd. Ieder jaar opnieuw werden dezelfde mannen en vrouwen van die basissteekproef opnieuw ondervraagd over samenstelling van het huishouden, opvoeding, beroepsactiviteit, tewerkstelling, inkomen, toelagen, uitgaven, welvaart, gezondheid, sociale participatie, tijdsbesteding, waarden, relaties, rolpatronen, huisvesting, migratie en mobiliteit.

De PSBH (en de daaruit afgeleide Europese enquête ECHP fff ) is multidimensioneel van opzet. Twee belangrijke gebieden worden gedetailleerd behandeld: namelijk inkomen en economische activiteit. Daarenboven worden een hele reeks van andere topics behandeld, zoals de individuele sociale relaties en verantwoordelijkheden, gezondheid, pensioenen en verzekeringen, graad van

tevredenheid met verschillende aspecten van werk en leven, de opleiding en scholing, en biografische informatie. In vergelijking met andere sociale enquêtes in Europa heeft de PSBH (en ECHP) een veel breder en integratief karakter: ze heeft als doel om vergelijkbare en gerelateerde informatie te geven omtrent, bij voorbeeld, inkomsten en sociale uitkeringen en arbeid en werksituatie en woonsituatie en familiestructuren en sociale relaties en gedragingen.

Informatie over sommige van deze thema's is misschien minder gedetailleerd of minder correct dan in monothematische bronnen, maar hier is elk thema een deel van een enkele microgegevens bron waarop de onderlinge verbanden tussen verschillende domeinen en de relevantie van specifieke factoren voor de individuele leefomstandigheden kunnen geanalyseerd worden.

### *Purpose of database*

- het opbouwen van een longitudinaal gegevensbestand
- gebaseerd op een steekproef die representatief is voor de analyseniveau's huishouden en individu
- waarin een brede waaier van sociaal-economische en gezinssociologische thema's (i.f.v. beleidsvoorbereidend en -toetsend onderzoek) aan bod komen
- dat principieel gratis ter beschikking gesteld wordt van universitaire onderzoekscentra en erkende wetenschappelijke instituten in de non-profit sector

### *Methodology*

In 1992 werden 4439 huishoudens die samen ruim 11000 gezinsleden telden met succes geïnterviewd. Sindsdien worden dezelfde personen van die basissteekproef jaarlijks opnieuw bevraagd (mogelijks in een nieuwe huishoudelijke context). Elke bevragingronde resulteert in een 400-tal variabelen op het niveau huishouden en een 800-tal variabelen op het niveau individu. De behandelde onderwerpen zijn: demografie, samenstelling van het huishouden, opvoeding, beroepsactiviteit, tewerkstelling, inkomen, toelagen, uitgaven, welvaart, gezondheid, sociale participatie, tijdsbesteding, waarden, relaties, rolpatronen, huisvesting, migratie en mobiliteit. Uiteraard werden maatregelen voorzien om de anonimiteit van de respondenten bij de analyses te waarborgen.

In 1998 resulteerde een supplementaire steekproef in Vlaanderen in 860 extra bevrageerde huishoudens. In 2002 vond de laatste bevraging plaats. Het PSBH gegevensbestand omvat dus 11 jaar van het leven in België. Het aantal respondenten neemt wel af over de jaren omwille van de uitval (verhuis, overlijden,...).

In het kader van de ECHP enquête, is heel wat werk verzet om de kwaliteit van de dataverzameling en verwerking te waarborgen en te verbeteren. Een document dat de kwaliteit beschrijft is te vinden op de CIRCA server van de europese commissie: [http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/echpanel/library?l=/doc\\_pan/quality\\_analysis&vm=detailed&sb=Title](http://forum.europa.eu.int/Public/irc/dsis/echpanel/library?l=/doc_pan/quality_analysis&vm=detailed&sb=Title) waarin aandacht is voor de aspecten "toegankelijkheid & duidelijkheid, tijdigheid, vergelijkbaarheid, data accurateid en coherentie".

De betrouwbaarheid van de gegevens wordt bepaald door de gecombineerde effecten van de steekproeftrekking, de non-respons (zowel wat betreft de deelname aan de enquête als voor het beantwoorden van de individuele vragen) en de foutieve antwoorden. Deze aspecten werden geëvalueerd voor de eerste drie golven van de ECHP voor België en de andere deelnemende Europese landen.

Er ontbreken vooral gegevens van de verschillende inkomenscomponenten: inkomen uit kapitaal, inkomen als zelfstandige, vervangingsinkomen bij ziekte of invaliditeit/

Externe validiteit van de resultaten werd nagegaan door een vergelijking te maken van de resultaten uit de ECHP enquête met de HBS (European household budget survey) voor het inkomen. Het inkomen ligt voor België 10% lager in de HBS dan in de ECHP (2e golf). Ook de distributie van de inkomens is vergelijkbaar. De vergelijking van de inkomenscomponenten is heel wat moeilijker omdat de methodologie en/of definities van de variabelen niet steeds geharmoniseerd is. De verdeling tussen de inkomens uit arbeid, uit privémiddelen en uit de sociale zekerheid is niet geheel gelijk tussen beide enquêtes (+/- 2-5%). Voor de andere componenten zijn de verschillen in België eerder klein (<4%). De vergelijking in eigenaarschap van de woning verschilt sterker (tot 6%).

Een vergelijking van bepaalde items tussen de eerste en tweede ECHP golf, toont aan dat de gegevens sterk overeenkomen, al kan de afwijking voor individuele items wel oplopen tot 5% en meer.

## Data recorded

Een uitgebreide beschrijving en resultaten van dit onderzoek werd samengebracht in het afsluitende werk van Dimitri Mortelmans, Marie Thérèse Casman, René Doutrelepon (ed.), Elf jaar uit het leven in België. Socioeconomische analyses op het Gezinsdemografisch Panel PSBH. Gent, Academia Press, 2004, 615 p. ISBN 90-382-0676-3

Daarnaast is er een vragen/variabelendatabase beschikbaar die als waarnemingen alle vragen bevat die ooit in de PSBH aan bod kwamen (in de vragenlijsten 'Huishouden', 'Volwassene' en 'Kinderen'), samen met enkele eigenschappen. 129 variabelen komen (al dan niet in gewijzigde vorm) voor in de huishoudenlijst van alle golven; 227 variabelen in de volwassenelijst en 39 in de lijst voor de kinderen. Van deze variabelen en hun vraagstelling werden er 100 in één of meerdere golven gewijzigd. Tijdens de laatste 4 golven (1998-2002) waren er geen wijzigingen meer.

In de beschrijving hieronder werden enkel die variabelen of variabelensets weerhouden die in alle golven voorkomen. De beschrijving is deze van de laatste golven. De variabelen in het vet staan voor een reeks van vraagstellingen die niet gedetailleerd zijn opgenomen. Een uitgebreider overzicht van de variabelenlabels, zoals opgenomen in de variabelendatabase, is achteraan deze

annex opgenomen.

Vele thema's en specifieke vraagstellingen (met uitzondering van de „meningen%”) zijn opnieuw opgenomen in de verplichte Europese enquête EU-SILC.

Elke bevragingsgolf leidt tot vier gegevensbestanden:

- contactenblad: (wXcont) samenstelling huishouden, bevat de gegevens uit veldwerkdokument 'contactenblad'. Hier vind je bvb. informatie om kinderen en ouders of de twee personen in een koppel aan elkaar te koppelen.

- vragenlijst huishouden: (wXhh) niveau huishouden (bvb. woningkenmerken, gezinsinkomen, ...), bevat de gegevens uit veldwerkdokument 'Vragenlijst Huishouden'.

- vragenlijst volwassene: (wXadult) individueel niveau, personen van 16 of ouder (biografie, onderwijs, inkomen, waardenbeleving, mobiliteit, gezondheid, ...), bevat de gegevens uit

veldwerkdokument 'Vragenlijst Volwassene'. Voor sommigen is deze vragenlijst beknopt gehouden. Deze lijst is voor volwassenen die niet bereid zijn om de uitgebreide lijsten in te

vullen. Ook tijdelijk afwezig worden eventueel opgevolgd met een beknopte vragenlijst, ingevuld door een huisgenoot (proxy). Deze beknopte vragenlijst bevat geen gezondheidsgegevens.

- vragenlijst kind: (wXchild) individueel niveau, personen jonger dan 16 (biografie, onderwijs, vrijetijdsbesteding, kinderopvang, gezondheid, ...), bevat de gegevens uit veldwerkdokument

'Vragenlijst Kinderen' (achteraan in de 'Vragenlijst Huishouden').

1) Life style

2) Health status

3) Access to care

4) Health care use

5) General information

d. Evolution of contents (new variablesets ?)

## Time characteristics

Start : 1992 ; discontinu ; jaarlijks ; Suspension / Stop : 2002

## SOCIO-ECONOMISCHE ENQUETE - ENQUÊTE SOCIO-ECONOMIQUE

Up to date:

2006

### Contact

MANAGING ORGANISATION : Federal Public Service Economy, SMEs, Self-Employed and Energy – Statistics Division, Statistics Belgium (Acronym: NIS = National Institute for Statistics)

- Address: City-Atrium C, Rue du Progrès 50, 1210 Brussels
- And: Rue de Louvain 44 (statistics production)
- Telephone +32 [0]2.277.51.11
- Web-site: [www.enquete2001.be](http://www.enquete2001.be) ; <http://www.statbel.fgov.be/census/>

Responsible persons:

Name: director survey 2001

- Contact person: Edouard Wiliquet
- Telephone 02 548 6636

### Aims

The days of classic censuses in Belgium are long gone. It no longer concerns a census of the population but an actual general socio-economic survey. Therefore we no longer speak of the "General Population and Housing Census 2001", but of the "General Socio-Economic Survey 2001", or simply "Survey 2001". The original term "census", in Dutch, had the incorrect connotation that it only concerned a "counting" of the population. Since 1991, though, the population figure has been determined on the basis of demographic data from the National Register. The change of name wants to indicate specifically that it not relates to a pure counting of the population but to an actual general socio-economic survey.

•Censuses are a useful source of information to receive a better knowledge of our society. Originally, they were an administrative matter. Since 1856, they make it possible to make a socioeconomic profile of a country. Each census is a kind of "photo" of the Belgian population in demographic, geographic, socioeconomic and cultural terms. The size, composition and living circumstances of the population can be learned about. Reliable data from population and housing censuses have become an indispensable tool for political policy and planning, research purposes, enterprises and private persons. Information from censuses can easily be cross-referenced, to obtain a wide knowledge of whole fields of the economic and social life of civilians.

### Methodology

Law of 01/10/2001: The survey is compulsory and exhaustive; the respondents are persons inscribed in the National Register of Natural Persons, except those that belong to classes that are possibly exempt by the Minister. This includes all persons in the Population Register and Foreigners Register, but not those in the Waiting Register (see Law concerning the Foundation of the Waiting Register - 24/05/1994 Art. 4). There is no individual questionnaire to be filled in by children born after 01/01/1996. This also excludes persons that are not registered at all: some homeless and illegals.

### Data recorded

See <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/index.jsp>

Bron: KCE report vol 30.S

*General data linked to the population register (Law of 01/10/2001):*

- Number in the National Register
- Name and first names
- Sex
- Date of birth and place
- Civil state
- Nationality
- Complete address
- Relationship with the reference person I of the household
- Main residence of the mother at birth
- Nationality at birth

*Individual questionnaire:*

- Professional status
- 1. Status (student, active, /)
- Date of stopping work
- Fertility (women aged 14 or over)
- 5.a Number of live-born children
- 5.b Birth years of these children
- Marital status
- 6.a Year of marriage
- 6.b Year of cohabiting (inside or outside marriage)
- Education and professional instruction (aged 15 and over)
- 7. Received or receiving education
- 8. Total number of years of education
- 9.a Highest level of education, successfully completed
- 9.b Age at completion
- 9.c Where (Belgium or abroad)
- 10. Branch of studies (vocational training or technical secondary education)
- 11.a Certificates taken in higher education
- 11.b Names of certificates
- 12. Type of training leading a certificate of vocational training
- 13. Type of education currently taking
  - fulltime
  - part time during the daytime (separate course included)
  - evening and/or weekend education
  - correspondence course
- 14. Kind of education or vocational training currently receiving
- Professional activities

15. Current employment situation
- 16.a Professional statute (both main and sideline jobs)
- 16.b Activity sector of the company
17. full name of the company, administration or institution you run or where you work
18. business of your employer at the place where you work
19. full title of your main job  
rank, title and/or qualification of your function
20. Employers: how many people do you pay
21. number of hours working per week
22. Employee: kind of work
  - stable contract
  - work as a temp
  - seasonal work
  - fixed-term contract
  - work as an employment promotion employee
  - apprenticeship, work as a trainee or alternating training
  - student contract
  - casual work (without any formal contract) or other
- Working hours and place
- 23.a Working hours
- 23.b Work place
- 23.c Doing any work between 01/10/2001 & 07/10/2001
- 23.d Reasons for not doing work in this period
24. Address of the place where you actually work or receive education
25. Starting point to go to work or school
- Transport
24. Address of the place where you actually work or receive education
25. Starting point to go to work or school
- 26.a Number of times per day this journey is usually made
- 26.b Number of times per week this journey is usually made
- 26.c Type of transportation means usually to do this journey
- 26.d Distance (in km)
- 26.e Departure and arrival times of last journey
- 26.f Number of times per week the journey (apart for journeys there and back) is combined with other activities
  - run errands
  - bring a child to school/

- day care centre
- other (sport, culture, visit, etc.)

*Household questionnaire:*

- Dwelling
- 1.a Type of accommodation
- 1.b Sharing of rooms
- 2.a Number of dwellings in the building
- 2.b Number of floors
- Living floor
- Number of letterbox
- Code of own dwelling (several dwellings on one floor)
- Number of lifts in the building
- 3. Building destination
- 4.a Kind and number of these rooms
  - studio or loft
  - separate kitchen (min. 4 m<sup>2</sup>)
  - equipped kitchen integrated into another room
  - living (living room and dining room)
  - separate living room
  - separate dining room
  - office for private use
  - play room, recreation room, etc.
  - bedroom (attic rooms included)
- 4.b Total number of these rooms
- 4.c Total surface of these rooms
- 5. Number of other rooms
  - room for professional use
  - attics and attic rooms (not equipped as a dwelling room)
  - ironing room, storage room and cellar (except garage)
- 6.a Period of construction
- 6.b Alterations or modifications
- Possession and income
- 7.a Ownership of dwelling
- 7.b Renting furnished
- 7.c Rent per month
- Comfort and environment
- 8. Method of heating
- 9. Energy source for heating
- 10. Natural gas mains in your street
- 11. Alternative (renewable) energy sources

12. Insulation

13. Waste water drainage

14. 14. Kind and number of sanitary utilities

- Bad room

- Toilet

15. Other conveniences

- Garage, private parking

- Rain drain

- Garden

16. State of the dwelling or building

17. Consideration of the close vicinity

18. Consideration of the facilities (amenities) that are provided in your neighbourhood

- footpaths

- bicycle paths

- streets

- green spaces

- public transport

- shops

- health services (doctor, nurse, etc.)

- administrative amenities

- liberal professions except for those concerning health

- social and school amenities

- day care centres and childminders

- cultural and recreational amenities

Household conveniences

19. Number of vehicles

- bicycle

- moped

- motor cycle

- car

20. Other conveniences

- fixed telephone connection

- GSM

- computer

- internet connection

Household composition

List of household members unrelated to the reference person I

I. Number of children born between 01/01/1996 and 30/09/2001 that are part of your household



2. How many of them are
- are attending nursery school?
  - are going to a crèche (day care centre)?
  - are being held by a childminder?
  - are mainly held by a member of the household?
  - are mainly held by family or someone of your acquaintances

#### Time characteristics

The survey fits in the 10-yearly population and housing censuses, which were held from 1846 onwards. This 10-yearly interval has not been obeyed at all times. While until 1981 the census used a limited sample to do the questioning, from 1991 the complete population (by means of population and foreigner register) was interviewed. For 2001 the census was abandoned because at that time population data was available from the National Register. Instead a survey was done on the complete population (based on the national register). After 2001, no new updates are foreseen for this census.

## HUISHOUBUDGETONDERZOEK – ENQUÊTE BUDGET DES MÉNAGES

Up to date:

2006

### Contact

MANAGING ORGANISATION : Federal Public Service Economy, SMEs, Self-Employed and Energy – Statistics Division Statistics Belgium (Acronym: NIS = National Institute for Statistics)

- Address: City-Atrium C, Rue du Progrès 50, 1210 Brussels
- And : Rue de Louvain 44 (statistics production)
- Telephone +32 [0]2.277.51.11

Responsible persons:

Véronique Renard

- Telephone 02 548 6236
- E-mail Veronique.Renard@statbel.mineco.fgov.be

### Aims

The first Belgian household budget survey was held in 1853 by impulse of Quételet. From then on, these surveys were held every 7 to 8 years. After three yearly surveys, starting in 1995, the surveys are done continuously starting in 1999. Every month about 300 private households are asked to write down all expenses and revenues in a household diary. Through additional questionnaires data is collected about the dwelling, amenities and the socioeconomical and demographical characteristics of these households. The primary purpose of this survey is the calculation of the average yearly budget per individual, per household with possible disaggregating by region, number of actives in the household, household type or number of children to support.

- Identifying the average yearly household budget spent on, controlled for individual characteristics, household characteristics (number and age of children), region
- To update the weighting of goods and services for the consumption price index and to provide the data to Eurostat and the Institute of National Accounts.
- To put the data at the disposal of universities, ministries, research institutions etc.

De meeste Europese Lidstaten waaronder België hebben deelgenomen aan het European Community Household Panel (ECHP) (communautair panel van huishoudens), dat op flexibele wijze (geen verordeningstekst, geen verplichte deelname) gecoördineerd werd door Eurostat. In 2003/2004 werd een nieuwe enquête naar de levensomstandigheden van de huishoudens gelanceerd, het EU-SILC programma (European Statistics on Income and Living Conditions), rekening houdend met wat uit de ECHP geleerd werd. Er worden transversale (één referentiejaar) en longitudinale (vier opeenvolgende jaren) indicatoren gepland, waardoor bijvoorbeeld fenomenen van tijdelijke en structurele armoede kunnen bestudeerd worden. De methodologie van EU-SILC/ECHP verschilt wel van deze van het huishoudbudgetonderzoek. De SILC-data laten diepgaander onderzoek toe, maar zijn minder gedetailleerd bvb. voor de verschillende uitgavenposten.

## Methodology

Every month more than 300 households write down expenses and revenues; the number of households to be followed during one year is over 3000. The data which are delivered by these households are extrapolated to the about four million households in Belgium. These statistics become available per region and for the country and deliver information about the detail of the expenses per product class and per service used, disaggregated by the age of the reference person and his professional status.

- Sample size (net): the results of the survey 1999 are based on data of 3,745 households.
- Sample design: random (probability sampling)
- Stratification: three criteria of stratification:
  - o geographical characteristics (regions: Flanders, Wallonia and Brussels)
  - o five socio-professional categories (reference person):
    - (1) non manual workers, (2) manual workers (3) self-employed persons, (4 and 5) inactive (pensioners or not) combined with 2 age groups (less than 60 and 61 and more)
    - o household size (1, 2, 3, 4 and 5 or more persons)
- Sample representativity: the sample is big enough to obtain reliable data on the expenditure structure of the average household at the national and the regional level (Flanders, Wallonia, Brussels). This includes an oversampling of the Brussels area.
- Sampling frame : selection of 35 little geographical groups of households each month from the national population register. Each month a sample is stratified of based on a short questionnaire completed by the households when they confirm their participation. The households in excess are refused. The not complete strata are completed by households in excess in near stratum.
- Response rate : 9,93 % but the HBS is coupled (in 1999) to a Time Use Survey. (in the 1997-1998 survey it was 19% - 2213 households).
- Substitution : in the course of the month of survey a household drop-out is not replaced by another.

The data collection process, differed significantly over different waves. During the encoding of the answers there are some controls built into the software. They serve to signal incoherence in the answers. After the encoding step, the control suite signals a number of errors, omissions and elements incompatible with the personal status of the respondent. Before any results are published, a global validation is made for the complete year.

## Data recorded

Bron: KCE report vol 30.S

The actual survey consists of 3 documents :

- a household questionnaire,
- a budget diary and
- an individual questionnaire for household members aged 12 and above.

### *First Level: Individual*

Household member number

Relationship with the household reference person

Household questionnaire:

Regular expenses

Insurances (yearly paid amounts)

Life insurances

Pension savings

Individual questionnaire: (aged 12 and higher)

Professional status

Status type (13 classes)

Employment

Full or Part-time

Contract duration

Professional class (10 classes)

Searching employment

Are you searching?

Are you free to start?

Actions taken during the last 4 weeks (different answers possible)

Education

Level of education currently taken

Level of education attained

Income °

Net monthly income commonly earned

(10 different types of income)

Absence

Absent for at least two nights during the survey month

Number of days absent

Number of days food was not store bought

### *Second Level: Family/ Household*

Anonymous Household number

Household questionnaire:

Dwelling

Type

“Cadastral” Income

Year of construction

Number and area of rooms (per room type)

Amenities (from a list)

Heating source (select one from a list or other)

Rent or owner (7 classes)

Estimate of standard monthly rent

Year of acquisition (for owners)

Total value of real-estate (excluding dwelling)

Financial arrangement for garbage collection

Durable goods

Car

Number of cars

Ownership

*Possession of durable goods at the end of the survey month*

Number (for each item in a list)

*Purchase of durable goods during the last 4 months*

Date of purchase

Amount (for each item in a list)

Regular expenses

*For the dwelling*

Periodicity

Amount during the survey month

Last amount before the survey month (for each item in a list)

Yearly water consumption and price

*Purchase by deferred payments, mortgage, personal loans*

Type and subject

Date

Periodicity

Amount paid during survey month

Usual amount

#### Time characteristics

Start 1995, discontinu, jaarlijks

## DEEL 9 : GEMEENSCHAPPEN & GEWESTEN – COMMUNAUTES ET REGIONS

### DONNEES D'AGREMENT REGIONALES DES INSTITUTIONS DE SOINS

Up to date

2006

Contact

Managing organization

- Vlaamse Gemeenschap

Name: Ministerie of Vlaamse Gemeenschap

Address: Administratie Gezondheidszorg, Afdeling Verzorgingsvoorzieningen,  
Markiesstraat 1 - 4de verdieping, 1000 Brussel

- Région Wallonne

Name: Ministère de la Région Wallonne

Address: Direction générale de l'action sociale et de la santé, Avenue Bovesse, 100,  
5100 NAMUR

- Communauté Germanophone

Name: Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft

Address: Abteilung Familie, Gesundheit und Soziales, Abteilungsleitung, Gospertstraße 1,  
4700 Eupen

- Commission Communautaire Commune

Name: Commission communautaire commune

Address: Service santé, Avenue Louise 153, 1050 Bruxelles

Responsible persons:

- Vlaamse Gemeenschap

Name Herwin Dekind

Telephone: 02 553.34.53

E-mail: Herwin.Dekind@wvc.vlaanderen.be

- Région Wallonne -hôpitaux

Name: Mme C. Bierme, Direction de la Santé curative

Telephone: 081/32.72.40

E-mail: c.bierme@mrw.wallonie.be

- Région Wallonne – MR- MRS

Name: Mr Marc Delwaide et Mr Pierre Gillet

Telephone: 081/327.318 et 081/327.337

E-mail: M.Delwaide@mrw.wallonie.be et P.Gillet@mrw.wallonie.be

- Communauté germanophone

Name: Mme Piraprez

Telephone: 087/59.63.49.

- Commission Communautaire Commune

Name: Mme Poot  
Telephone: 02 552.01.28  
E-mail: epoot@ccc.irisnet.be

## Aims

Bases de données d'agrément de la Vlaamse Gemeenschap, Région Wallonne, Commission Communautaire Commune et Communauté Germanophone concernant les institutions de soins (hôpitaux, MR-MRS, maisons de soins psychiatriques). Données descriptives et informations de contact sur les institutions de soins.

Centralisation régionale des données concernant les institutions de soins.

Utilisation interne des données (échéances, titres de fonctionnement, diffusion d'informations, programmation et prévisions, ...).

## Methodology

Data sources (organisations/databases): Institutions de soins

Data quality plan: Détails non connus

## Data recorded

Bron: KCE report vol 30.S

### *Vlaamse Gemeenschap – hôpitaux*

Adresse et téléphone de l'hôpital

Type d'hôpital

Hôpital général

Hôpital psychiatrique

Numéro d'agrément

Adresse des différents sites d'exploitation

Date de décision

Date de début d'agrément

Date de fin d'agrément

Statut (agrément provisoire, prolongation d'agrément, ...)

Nombre total de lits agréés

Nombre de lits agréés pour les services d'hospitalisation

A(d+n) : Service neuropsychiatrique d'observation et de traitement

A(d) : Hospitalisation de jour en service A

A(n) : Hospitalisation de nuit en service A

C : Service de diagnostic et de traitement chirurgical

C(i) : Lits C de soins intensifs

D : Service de diagnostic et de traitement médical

D(i) : Lits D de soins intensifs

CD: service d'hospitalisation mixte C + D

CD(i) : Lits CD de soins intensifs

E: Service de pédiatrie

E(i) : Lits D de soins intensifs

G : Service exclusivement gériatrique  
K(d+n) : Service de neuropsychiatrie infantile  
K(d) : Hospitalisation de jour en service K  
K(n) : Hospitalisation de nuit en service K  
L: Service des maladies contagieuses  
M: Service de maternité  
MIC : Service de soins intensif maternels  
NIC : Service de soins néonataux intensifs  
Sp-Card: Service spécialisé pour affections cardio-pulmonaires  
Sp-Loce: Service spécialisé pour affections locomotrices  
Sp-Neur: Service spécialisé pour affections neurologiques  
Sp-Pall: Service spécialisé pour soins palliatifs  
Sp-Chro: Service spécialisé pour maladies chroniques  
Sp-Psyg: Service spécialisé pour psycho-gériatrie  
T (d+n) : Service neuropsychiatrique de traitement  
T(d) : Hospitalisation de jour en service T  
T(n) : Hospitalisation de nuit en service T  
Tg (d+n) : Hospitalisation de jour et de nuit pour patients gériatriques nécessitant un traitement neuropsychiatrique

Fonctions hospitalières reconnues

Tf-bed : Assistance médicale à domicile – lits (pour hôpitaux psychiatriques)  
Tf-pl : Assistance médicale à domicile – places (pour hôpitaux psychiatriques)  
ZA : Officine hospitalière  
Pall fie : Soins palliatifs  
Spoed gesp. : Soins d'urgence spécialisés  
Spoed (e/o) : Première prise en charge des urgences  
Dagzh :Hospitalisation chirurgicale de jour  
IZ : Soins intensifs (nombre de lits)  
IZ(C) : lits de soins intensifs C  
IZ(CD) : lits de soins intensifs CD  
IZ(D) : lits de soins intensifs D  
IZ(E) : lits de soins intensifs E  
N\* : Soins néonataux locaux  
P\* : Soins périnataux régionaux  
MUG : Service mobile d'urgence

Services médicaux agréés

Transplant. : Centre de transplantation

Services médico-techniques agréés

CT : CT scan (nombre)  
MRT : RMN (nombre < ou > à 1 Tesla)



PET scan (nombre)  
Radiothérapie  
Niercentr : Centre de dialyse  
Zh :Service d'hémodialyse chronique en milieu hospitalier  
Cad :Service d'autodialyse collective  
Peritd :Service de dialyse péritonéale ambulante  
Thuisd :Service de dialyse à domicile  
Ped : Service de dialyse hospitalière pédiatrique  
Programmes de soins reconnus  
IvfA : Médecine reproductive de type A  
IvfB : Médecine reproductive de type B  
Card pat A : Programme de soins cardiologie A  
Card pat B1 Programme de soins B1 cardiologie invasive  
Card pat B2 Programme de soins B2 cardiologie interventionnelle  
Card pat B3 Programme de soins B3 cardiologie chirurgie  
Card pat C Programme de soins C chirurgie cardiaque infantine  
Card pat E Programme de soins cardiologie E (electrophysiologie)  
Card pat P Programme de soins cardiologie P (stimulateur cardiaque)  
Card pat T Programme de soins cardiologie T (transplantation)  
Oncol bas : Programme de soins de base d'oncologie  
Oncol : Programme de soins d'oncologie

#### *Vlaamse Gemeenschap – maisons de soins psychiatriques et habitations protégées*

Maisons de soins psychiatriques  
Numéro d'agrément  
Nom et adresse de la maison de soins  
Adresses des différents sites d'exploitation  
Nombre total de lits agréés ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux  
Nombre total de lits définitifs ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux  
Nombre total de lits appelés à disparaître (« uitdovend bedden ») ; dont lits agréés pour l'accueil d'handicapés mentaux  
Habitations protégées  
Nom et adresse de l'habitation protégée  
Numéro d'agrément  
Nombre de places agréées  
Nombres d'habitations individuelles

#### *Région Wallonne – hôpitaux*

La structure de la base de données n'a pas été fournie. Cependant, les variables disponibles les plus importantes sont :  
Adresse et téléphone de l'hôpital  
Numéro d'agrément

Adresse des différents sites d'exploitation  
Nombre total de lits agréés  
Nombre de lits agréés pour les services d'hospitalisation (total + par site)  
A(d) : Hospitalisation de jour en service A  
A(n) : Hospitalisation de nuit en service A  
C : Service de diagnostic et de traitement chirurgical  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
D : Service de diagnostic et de traitement médical  
C+D(i) : Lits C+ D en unité de soins intensifs  
E: Service de pédiatrie  
E(i) : Lits D de soins intensifs  
G : Service exclusivement gériatrique  
K: Service de neuropsychiatrie infantile  
M: Service de maternité  
MIC : Service de soins intensif maternels  
NIC : Service de soins néonataux intensifs  
Sp-Card: Service spécialisé pour affections cardio-pulmonaires  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
Sp-LoCo: Service spécialisé pour affections locomotrices  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
Sp-Neur: Service spécialisé pour affections neurologiques  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
Sp-Pall: Service spécialisé pour soins palliatifs  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
Sp-Chro: Service spécialisé pour maladies chroniques  
Nombre de chambres à 1 lit  
Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
Sp-Psyg: Service spécialisé pour psycho-gériatrie  
Nombre de chambres à 1 lit

Nombre de chambres à 2 lits  
Nombre de chambres à > 2 lits  
T: Service neuropsychiatrique de traitement  
Fonctions hospitalières agréées  
Officine hospitalière  
Soins palliatifs  
Soins d'urgence spécialisés (SUS)  
Première prise en charge des urgences (PPCU)  
Hospitalisation chirurgicale de jour  
Nombre de salles d'opération spécifiques  
Soins intensifs  
Nombre de lits  
Nombre de lits par unité  
N\* : Soins néonataux locaux  
P\* : Soins périnataux régionaux  
Service mobile d'urgence (SMUR)  
Section agréée  
Mort subite du nourrisson  
Services médicaux agréés  
Transplant. : Centre de transplantation  
Services médico-techniques agréés  
Génétique humaine  
PET scan  
Nombre d'admissions durant l'année écoulée  
En hospitalisation classique  
En hospitalisation de jour  
Nombre d'examens effectués durant l'année écoulée  
Examens oncologiques  
Examens pour autres indications  
% d'examens avec remboursement INAMI  
Nombre d'examens effectués avec gamma caméra de coïncidence durant l'année écoulée  
Nombre moyen d'explorations du corps entier auquel l'appareillage peut répondre par jour (compte tenu du délai de transport des traceurs)  
Nombre de PET scans  
Type-marque  
Année de construction et d'installation  
CT scan  
Nombre d'examens/an  
Nombre de scanners

Type-marque  
Année de construction et d'installation  
Nombre d'appareillage d'angiographie digitalisée  
RMN  
Nombre d'exams/an  
Nombre de RMN  
Type-marque  
Année de construction et d'installation  
Nombre de Tesla  
Radiothérapie  
Nombre d'accélérateurs nucléaires  
Type-marque  
Année de construction et d'installation  
Nombre d'appareils de cobalt  
Type-marque  
Année de construction et d'installation  
Nombre d'appareils pour la thérapie de surface et de contact (50 kV)  
Type-marque  
Année de construction et d'installation  
Autodialyse  
Nombre de dialyses chroniques effectuées les 3 dernières années (avant demande d'agrément)  
Dans le service d'hémodialyse chronique  
Dans le service d'autodialyse collective  
Nombre de dialyses aiguës effectuées pendant l'année précédente (de la demande d'agrément)  
Nombre de transplantés à partir du centre depuis les 10 dernières années  
% retournés en hémodialyse  
Programmes de soins agréés  
Médecine reproductive de type A  
Médecine reproductive de type B  
Programme de soins cardiologie A  
Nombre de défibrillations réalisées durant l'année écoulée  
Nombre de thrombolyse coronaires réalisées durant l'année écoulée  
Nombre de placements d'un stimulateur cardiaque provisoire réalisés durant l'année écoulée  
Nombre de monitorings des pressions cardiaques droites et intra artérielles réalisés durant l'année écoulée  
Nombre d'échocardiographies réalisées durant l'année écoulée  
Nombre de monitorings de Holter réalisés durant l'année écoulée  
Programme de soins cardiologie B

Nombre de coronarographies diagnostiques réalisées durant l'année précédente et en moyenne au cours des 3 dernières années

Nombre de salles de cathétérisme cardiaque

Nombre de salles équipées pour la cardiologie interventionnelle

Nombre de salles d'opération équipées pour la chirurgie cardiaque

Nombre de lits de soins intensifs occupés en moyenne par des patients en chirurgie cardiaque

Programme de soins C chirurgie cardiaque infantile

Programme de soins cardiologie E (electrophysiologie)

Programme de soins cardiologie P (stimulateur cardiaque)

Nombre de premiers placements de stimulateurs cardiaques effectués durant l'année écoulée

Nombre de réimplantations durant l'année écoulée

Programme de soins cardiologie T (transplantation)

Programme de soins de base d'oncologie

Programme de soins d'oncologie

Liste du staff médical avec spécialisation, affectation et temps de prestation

Liste du staff infirmier avec formation, affectation et temps de prestation

Liste du staff para-médical avec formation, affectation et temps de prestation

Nombre de salles d'opération au sein du Q.O

Nombre de salles d'opération en dehors du Q.O

Nombre de lits de la salle de réveil

Nombre de salles d'accouchement

Nombre de salles de travail

Nombre de salles mixtes accouchement-travail

Nombre de boxes d'isolement en pédiatrie

#### *Région Wallonne – maisons de repos*

Numéro d'agrément

Type d'institution

MR

Centre de jour

Résidence-service

Nom et adresse de l'institution

Type de pouvoir organisateur

ASBL

SPRL

SCRL

SA

Personne privée

CPAS

Intercommunale

Commune  
Nombre de lits agréés  
Capacité de court séjour en lits  
Agrément spécial pour personnes âgées désorientées (capacité)

#### Time characteristics

La remise à jour se fait lors des nouvelles demandes d'agrément ou des prorogations d'agrément.

## PATIENTENREGISTRATIE VAN DE CENTRA GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

#### Up to date

2009

#### Contact

Samenwerkingsplatform FDGG - VVI  
p/a V.V.G.G.  
Tenderstraat 14  
9000 Gent  
Tel: 09/221.44.34  
Fax: 09/221.77.25  
E-mail: luc@vvgg.be  
Verantwoordelijke: Luc Claeys

#### Aims

De centra de mogelijkheid bieden om zich op een systematische wijze een beeld te vormen van hun cliënteel en de ermee verbonden activiteiten. Dit als basis voor het evalueren van de eigen werking van het centrum.

Uitgangspunten vormen voor onderzoek: in functie van beleidsadvisering, behandelingsondersteuning en evaluatie.

Vanaf 2003 werd deze registratie vervangen door de "ARCADE"-registratie (Administratie Gezondheidszorg Vlaamse Gemeenschap) en nu EPD.

Zie: [http://vvgg.be/wat-doet-de-vvgg/wetenschappelijke-ondersteuning-van-de-vlaamse-ggz/uitkomstenmanagement\\_254.aspx](http://vvgg.be/wat-doet-de-vvgg/wetenschappelijke-ondersteuning-van-de-vlaamse-ggz/uitkomstenmanagement_254.aspx)

#### Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

#### Data recorded

Volgende parameters worden geregistreerd:

- a) socio-demografische gegevens
  - geslacht
  - geboortejaar
  - wettelijke burgerlijke staat
  - werkelijke leefsituatie
  - hoofdberoep

- onderwijsniveau
- onderwijsfase
- bronnen van inkomsten
- b) aanmeldingsproblematiek
- c) verwijzing / doorverwijzing
- d) vroegere contacten met geestelijke gezondheidszorg
- e) huidige toestand behandeling  
(einde therapie of op 31 december van het registratiejaar)
- f) diagnose
- D.S.M.4 MET ICD-10 codes
- g) hulpverleningsactiviteiten
- h) vrije variabelen
- i) Vlaamse registratie middelengebruik (V.R.M.)
- j) basisset variabelen registratie convenants kindermishandeling

#### Time characteristics

2008 is het laatste registratiejaar.

## REGISTRE DE LA TUBERCULOSE (FARES): REGION WALLONNE - REGION DE BRUXELLES-CAPITALE - BELGIQUE

Up to date

2009

### Contact

Managing Organization : Communauté française de Belgique

Contact person : Dr. M. Wanlin - Directrice médicale

Fonds des Affections Respiratoires : F.A.R.E.S.asbl

(Communauté Française)

rue de la Concorde 56

1050 Bruxelles

Tél.: 02/512 29 36

Fax: 02/512 32 73

E-mail: maryse.wanlin@fares.be

### Aims

Le FARES élabore le registre des cas actifs de tuberculose pour la Communauté française de Belgique (CFB). Dans ce dernier cas, elle travaille en étroite collaboration avec sa consœur néerlandophone, la VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) de même que pour l'élaboration du Registre relatif à la Belgique.

Les deux associations continuent le travail entrepris, en 1972, par l'ONBDT (Œuvre Nationale Belge de Défense contre la Tuberculose) après la création (A.R. 20 novembre 1972) des différentes commissions sectorielles pour la lutte contre la tuberculose.

Objectifs :

- Etablir l'incidence annuelle des cas actifs de TBC en région wallonne et en région bruxelloise et leurs caractéristiques
- Surveiller l'évolution de l'incidence de la TBC dans ces régions
- Etablir, après mixage des 3 registres régionaux, un registre de la tuberculose pour la Belgique

### Methodology

Tout nouveau cas de tuberculose doit être obligatoirement déclaré au médecin inspecteur d'hygiène du ressort. L'enregistrement des doublons est évité grâce à la déclaration nominative.

La collecte, la validation et le traitement des données est confié au FARES chargé de la surveillance de la tuberculose en CFB. Ceci est réalisé dans le respect de la plus stricte confidentialité.

Extrapolation possible pour la Belgique: via VRGT

### Data recorded

Les paramètres de l'enregistrement concernent:

a) données socio-démographiques

- initiales nom/prénom

- secteur

- année d'enregistrement



- numéro de dossier
- date de naissance
- sexe
- code postal
- code I.N.S.
- nationalité
- pays de naissance
- risque de tuberculose
  - prisonnier
  - demandeur d'asile
  - personne socio-économiquement défavorisée (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - sans-abri
  - V.I.H. +
  - toxicomane I.V. (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - illégal
  - personne travaillant avec un des groupes à risque ci-dessus (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - personnel médico-social (y compris stagiaires et volontaires) (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - contact récent (< 2 ans) avec un patient tuberculeux (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - alcoolisme chronique (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - diabète (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - insuffisance rénale (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - pneumoconiose (silicose) (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - traitement immunosuppresseur (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - cancer cou/tête, leucémie, lymphome de Hodgkin (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - lésions fibrotiques à la RX thorax (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - dénutrition (> 10% en-dessous du poids idéal) (seulement Bruxelles et Wallonie)

b) dépistage

- date de dépistage
- déclarants (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - unité de secteur
  - secteur préventif
  - hôpital / médecin spécialiste
  - médecin généraliste
  - mutuelle

- laboratoire
- autre
- origine du dépistage: secteur préventif, secteur curatif (seulement Bruxelles et Wallonie)
- circonstances du dépistage
  - consultation spontanée en présence de symptômes
  - examen de l'entourage d'un patient tuberculeux ou d'un virage
  - dépistage actif chez une personne à haut risque
- c) catégorie diagnostique
- d) localisation
  - broncho-pulmonaire
  - laryngée ou des voies respiratoires supérieures (y compris ORL)
  - ganglionnaire intra-thoracique
  - miliaire
  - pleurale
  - ganglionnaire extra-thoracique
  - méningée
  - système nerveux autre que méninges
  - mal de Pott
  - ostéo-articulaire
  - uro-génitale
  - cutanée
  - intestinale/digestive
  - autre localisation extra-respiratoire
- e) examen bactériologique
  - date de l'examen
  - résultat de l'examen direct, de la mise en culture et PCR sur:
    - sécrétions respiratoires
    - urine
    - liquide céphalo-rachidien
    - pus/liquide ponction ganglionnaire
    - liquide pleural
    - matériel anatomo-pathologique
    - sang
    - autre
- f) examen anatomo-pathologique
  - date de l'examen
  - type d'échantillon
  - résultat histologique
- g) résultat de l'antibiogramme avant l'instauration du traitement

- date du prélèvement et/ou de la mise en culture
- sensibilité à:
  - INH
  - RMP
  - EMB
- h) identification de la mycobactérie
- i) antécédents tuberculeux?
  - si présents: année atteinte précédente
  - durée et type de traitement antérieur
- j) traitement actuel
  - date de début
  - type de traitement (+ détail tuberculostatiques)
  - supervision
- k) intervention de l'unité de secteur (seulement Bruxelles et Wallonie)
  - pour le patient, l'entourage familial, à l'école, milieu de travail, milieu de loisirs, autre
  - origine de la demande d'intervention
  - type d'intervention de l'unité de secteur
    - dépistage de l'entourage
    - suivi du traitement
    - visite à domicile pour renseignements
    - suivi éducation du patient
    - démarches sociales

### Time characteristics

Dernières données disponibles : 2007

## BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA TUBERCULOSE (MULTI)RESISTANTE EN BELGIQUE

### Up to date

2009

### Contact

Managing Organization : Communauté française de Belgique  
Contact person : Dr. M. Wanlin - Directrice médicale  
Fonds des Affections Respiratoires : F.A.R.E.S.asbl  
(Communauté Française)  
rue de la Concorde 56  
1050 Bruxelles  
Tél.: 02/512 29 36  
Fax: 02/512 32 73  
E-mail: maryse.wanlin@fares.be

### Aims

En 1993, le FARES et la VRGT ont créé un réseau de surveillance de la (multi)résistance en Belgique en collaboration avec les laboratoires de référence pour les mycobactéries, l'ISP et les laboratoires effectuant des antibiogrammes de souches tuberculeuses.

Les objectifs sont:

- établir la proportion de (multi)résistants parmi les cas testés par antibiogramme;
- établir le nombre annuel de nouveaux cas de TBC multirésistante en Belgique
- suivre l'évolution de la tuberculose (multi)résistante en Belgique

### Methodology

#### Data recorded

Pour tous les patients testés par antibiogramme: résultat de la sensibilité à l'isoniazide, rifampicine (éthambutol depuis 2000);

a) plus spécifiquement pour les patients multirésistants

- sexe
- âge
- nationalité
- statut de résident en Belgique
- localisation de la tuberculose
- statut VIH
- type de multirésistance: primaire ou secondaire

Pour les nouveaux cas à partir de 2006

- antibiogramme étendu
- Suivi à 12, 24 et 36 mois
- Typage moléculaire (Spoligo, Miru, Rflp, génotype Beijing)

### Time characteristics

2007 est la dernière année d'enregistrement.

## REGISTER VAN DE TUBERCULOSE (VRGT): VLAAMS GEWEST - BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST - BELGIE

### Up to date

2009

### Contact

V.R.G.T.

Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Dr. A. Aerts

Eendrachtstraat 56

1050 Brussel

Tel: 02/510 60 90

Fax: 02/511 46 14

E-mail: [info@vrgt.be](mailto:info@vrgt.be)

### Aims

Sinds haar oprichting in 1982 stond de VRGT in voor de registratie van tuberculose in het Vlaams Gewest. Sinds 1.1.1999 is de registratie overgenomen door de gezondheidsinspectie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, administratie sociale en preventieve gezondheidszorg. Voor de tuberculoseregistratie in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest werkt de VRGT samen met haar zusterorganisatie FARES (Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé), die ook zorg draagt voor de registratie in het Waals Gewest. Beide organisaties maken samen het Belgisch tuberculoseregister op. De vereiste maatregelen worden getroffen om dubbele registraties te elimineren en de confidentialiteit van de gegevens te waarborgen.

### Methodology

Zie REGISTRE DE LA TUBERCULOSE (FARES)

### Data recorded

Zie REGISTRE DE LA TUBERCULOSE (FARES)

### Time characteristics

2007 is het laatste registratiejaar.

## DATABANK VAN DE (MULTI)RESISTENTE TUBERCULOSE IN BELGIE

### Up to date

2009

### Contact

V.R.G.T.

Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Dr. A. Aerts

Eendrachtstraat 56

1050 Brussel

Tel: 02/510 60 90

Fax: 02/511 46 14

E-mail: info@vrgt.be

### Aims

In 1993 richtten VRGT en FARES (samen BELTA: Belgian Lung and Tuberculosis Association) in samenwerking met de Belgische laboratoria, die gevoeligheidstests voor tuberculostatica verrichten, een netwerk op voor de surveillance van de multiresistente tuberculosegevallen in België.

De bedoeling is:

- de prevalentie en de incidentie van multiresistente tuberculose te bepalen
- de trend van multiresistente en mono-resistente (aan INH-RMP-EMB) tuberculose in België te volgen

### Methodology

Zie BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA TUBERCULOSE (MULTI)RESISTANTE EN Belgique (FARES)

### Data recorded

Zie BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA TUBERCULOSE (MULTI)RESISTANTE EN Belgique (FARES)

### Time characteristics

Zie BASE DE DONNÉES RELATIVE À LA TUBERCULOSE (MULTI)RESISTANTE EN Belgique (FARES)

## OFFICE DE LA NAISSANCE ET DE L'ENFANCE : BANQUE DE DONNEES MEDICO-SOCIALES (BDMS)

### Up to date

2009

### Contact

Monsieur Benoît Parmentier : Administrateur général de l'ONE

Docteur Marie-Christine MAUROY : Médecin coordonnateur de l'ONE

Maître de fichier de la Banque de Données Médico-Sociales

Chaussée de Charleroi, 95

1060 Bruxelles

Téléphone : 02 542 15 43

Fax : 02 542 12 51

e-mail : mc.mauroy@one.be

Madame Murielle LIEGEOIS et Monsieur Samuel NDAME EBONGUE : Gestionnaires de la Banque de Données Médico-Sociales - ONE

Collaborateurs gestionnaires de projets à la Direction Etudes et Stratégies

Chaussée de Charleroi, 95

1060 Bruxelles

Téléphones : 02 542 15 42 – 02 542 14 17

Fax : 02 542 15 04

e-mails : murielle.liegeois@one.be et samuel.ndame@one.be

### Aims

La BDMS est un outil d'évaluation qualitative et quantitative des actions médico-sociales de l'ONE, et de l'état de santé de la population infantile et de femmes enceintes sur le territoire de la Communauté française et dans un souci premier de respect de la vie privée.

### Methodology

#### Data recorded

- i) Données socio-démographiques :
  1. date de naissance de la mère
  2. date de naissance de l'enfant
  3. Commune de résidence
  4. état civil de la mère
  5. situation relationnelle de la mère
  6. gestité et parité
  7. instruction de la mère
  8. situation professionnelle de la mère
- ii) Données concernant le style de vie
  1. habitudes tabagiques
  2. allaitement maternel et sa durée

3. suivi (précocité) de la grossesse
- iii) Données obstétricales :
  1. mode d'accouchement
  2. Poids de naissance
  3. durée gestationnelle
  4. Apgar
  5. analgésie
  6. induction
- iv) Développement de l'enfant
  1. Vaccination
  2. Croissance
  3. santé buccodentaire
  4. allergies
  5. langage
  6. dépistages (visuel, surdité, ...)
  7. développement psychomoteur et cognitif
  8. alimentation
  9. accidents domestiques

#### Time characteristics

Dernières données disponibles : 2007



## REGISTRE DE NEPHROLOGIE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE (R.N.C.F.B.)

### Up to date

2009

### Contact

Dr F. Collart  
CHU Brugmann  
Place A.Van Gehuchten, 4  
1020 Bruxelles  
02 477 2111 bip 54704

### Aims

- étude de l'épidémiologie de la maladie rénale et évaluation de la qualité de la pratique néphrologique
  - système informatisé de collecte de données basé sur une fiche de données par patient traité
- Depuis 2007, un rapport fédéral de données est établi conjointement avec le registre néerlandophone.

### Methodology

Extrapolation possible pour la Belgique : non

### Data recorded

Les paramètres enregistrés sont les suivants:

A/ Données à la prise en traitement :

- données signalétiques de base dont date de naissance, sexe, cause de la maladie rénale
- données spécifiques : code postal de la commune de résidence, fonction rénale à la prise en charge, durée du follow-up néphrologique et questionnaire social et de comorbidité (questionnaire de Charlson étendu)

B/ Suivi global du patient en insuffisance rénale chronique (optionnel) et en dialyse par l'enregistrement des shifts entre modalités thérapeutiques (date du traitement, type de traitement et centre où il est appliqué)

C/ Suivi annuel du patient en dialyse

- mesure du Kt/V en hémodialyse ou dialyse péritonéale
- inscription du patient sur la liste de greffe rénale
- paramètres biométriques : poids, taille, pression artérielle moyenne du mois précédent
- paramètres biologiques : hémoglobine, paramètres du métabolisme phosphocalcique

D/ Questionnaire géré par les infirmières

- état des accès vasculaires

### Time characteristics

Dernière année d'enregistrement est 2008.

## GEGEVENS BANK VAN HET STUDIECENTRUM VOOR PERINATALE EPIDEMIOLOGIE

### Up to date

2009

### Contact

Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie

Dhr. Guy Martens - Directeur

Prof. Dr. P. Defoort - Voorzitter

Hallepoort 27

1060 Brussel

Tel: 02/533 12 10

Fax: 02/534 13 82

E-mail: [guy.martens@kindengezin.be](mailto:guy.martens@kindengezin.be)

### Aims

Elk jaar wordt voor iedere deelnemende kraamkliniek een jaarrapport opgemaakt, met daarin een profileringsbalans, waarbij de mogelijkheid geboden wordt de eigen resultaten te vergelijken met deze van andere kraamklinieken. Ten slotte ontvangt iedere kraamkliniek een evaluatie van de registratie in haar totaliteit.

### Methodology

Alle kraamklinieken van het Vlaams Gewest nemen deel aan de verwerking van het register. Maandelijks of om de twee maanden sturen zij de dossiers van de door hen geregistreerde verlossingen naar het verwerkingscentrum. Aldaar worden de gegevens via een eigen ontworpen inbrengprogramma ingebracht. Na controle van de ingebrachte gegevens worden deze per kraamkliniek gecontroleerd d.m.v. een foutendetectieprogramma.

Lijsten van ontbrekende en/of foutieve gegevens worden naar de verantwoordelijke arts van elke kraamkliniek teruggestuurd met de vraag deze correct te willen invullen. Na ontvangst in het verwerkingscentrum worden deze nieuwe gegevens toegevoegd en de definitieve versie wordt per ziekenhuis gestockeerd.

28 kraamklinieken werken op een automatische basis, d.w.z. dat het verwerkingscentrum de gegevens eenmaal per jaar toegestuurd krijgt op diskette of via e-mail.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

### Data recorded

A. Obstetrisch en perinataal dossier

Volgende parameters worden geregistreerd:

a) identificatie van de moeder

- geboortedatum

- postcode - woonplaats

b) vorige geboorten

- waren er geboorten voor deze zwangerschap? Zo ja,

. aantal levendgeboren kinderen

. aantal doodgeboren kinderen

- . aantal kinderen nog in leven
  - . datum van de laatste bevalling (dag/maand/jaar)
  - was er een keizersnede bij een vorige zwangerschap?
  - c) huidige zwangerschap
    - pariteit (deze bevalling inbegrepen)
    - ontstaan van de zwangerschap
    - hypertensie
    - diabetes
    - meerlingzwangerschap
    - HIV
  - d) bevalling
    - duur zwangerschap bij bevalling (weken)
    - ligging voor de geboorte
    - inductie van de baring
    - epidurale analgesie
    - GBS-kolonisatie
    - geboortedatum van het kind (dag/maand/jaar)
    - geboortetijdstip (uur/minuut)
    - wijze van verlossing
    - episiotomie
    - hoofdindicatie voor sectio
  - e) toestand bij de geboorte
    - geboortegewicht
    - geslacht
    - Apgar-score na 1 min en 5 min
    - beademing van de pasgeborene
    - aangeboren misvormingen
  - f) post partum
    - transfer naar neonatale afdeling (ja/nee)
  - g) perinatale sterfte
    - doodgeboren
    - vroeg-neonatale sterfte
    - klassificatie oorzaak van perinatale sterfte
  - h) maternale morbiditeit en mortaliteit
    - maternale morbiditeit
    - maternale sterfte (tot 3 maanden postpartum)
- B. Neonataal dossier
- Volgende parameters worden geregistreerd:
- a) gegevens i.v.m. het kind
    - geboortedatum van het kind

- b) transfer naar NIC-dienst
- c) opnamedatum van het kind in het ziekenhuis (dag/maand/jaar)
- d) redenen van opname (combinaties mogelijk)
  - laag geboortegewicht < 2.500 g
  - peripartale asfyxie en gevolgen
  - neurologische adaptatie of aandoeningen
  - circulatoire adaptatie of aandoeningen
  - respiratoire adaptatie of aandoeningen
  - gastro-intestinale adaptatie of aandoeningen
  - metabole adaptatie of aandoeningen
  - hyperbilirubinemie
  - bewezen infectie =< 7 d
  - aangeboren misvormingen
  - sectio
  - preterme geboorte < 37 w
  - andere
- e) Endotracheale beademing
- e) specifieke pathologie
  - intracraniële bloeding
  - convulsies
  - ernsige infecties
  - acute longziekten
  - aangeboren misvormingen
- f) ontslagdatum van het kind (dag/maand/jaar)
- g) bestemming van het kind
  - naar huis
  - interne transfer
  - externe transfer
  - overleden
- h) toestand bij ontslag
  - klinische neurologische evaluatie
  - hypoxisch-ischemische encefalopatie
  - ROP stadium  $\geq$  III/IV
  - visusstoornis
  - neurosensorieel gehoordeficiet
  - digestieve sequelen
  - latrogene sequelen
- i) gegevens bij het overlijden (uur/minuut)
  - datum van overlijden (dag/maand/jaar)

- tijdstip van overlijden (uur/ minuut)
- obductie
- vermoedelijke doodsoorzaak
- j) classificatie van de doodsoorzaak
  - normaal gevormde (niet) gemacereerde doodgeborene
  - aangeboren misvorming
  - laag geboortegewicht
  - hypertensieve zwangerschapsverwikkelingen en maternale ziekte
  - loslating van de placenta
  - asfyxie en/of trauma
  - andere specifieke doodsoorzaak
  - onbekend

#### Time characteristics

2007 is het laatste registratiejaar

## KIND&GEZIN-KINDEREN DATABANK - SYSTEEM IKAROS

### Up to date

2009

### Contact

Kind en Gezin  
Dhr. L. Vandenberghe  
Administrateur-generaal  
Hallepoortlaan 27  
1060 Brussel  
Tel: 02/533 12 11  
Fax: 02/534 13 82  
Contactpersoon: Mevr. Bea Buysse  
E-mail: [bea.buysse@kindengezin.be](mailto:bea.buysse@kindengezin.be)

### Aims

Omschrijving Ikaros staat voor: Geïntegreerd Kind Activiteiten Regio OndersteuningsSysteem.

De doelstellingen van Ikaros zijn een ondersteuning van de hele werking van de preventieve gezinsondersteuning zowel op operationeel, tactisch als op beleidsniveau.

In de databank worden gegevens opgeslagen betreffende alle kinderen vanaf de geboorte. Dossiers worden afgesloten wanneer er gedurende 15 maanden geen contact meer is geweest met een regioteamlid van Kind en Gezin.

De gegevens worden geregistreerd door regioteamleden van Kind en Gezin tijdens contacten met gezinnen met jonge kinderen (bezoeken aan bed in de kraamkliniek, huisbezoeken, aanmeldingen op een consultatiebureau voor het jonge kind,...)

Ikaros is sedert 1/1/99 operationeel in de gehele Vlaamse Gemeenschap.

Per 1 januari 2010 Ikaros wordt vervangen door een nieuwe toepassing (Mirage)

### Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

### Data recorded

#### GEREGISTREERDE INFO EN PARAMETERS.

##### I. KINDDOSSIER.

##### I.1. Identificatiegegevens

- Geboortedatum van het kind
- Naam en voornaam van het kind
- Woongemeente bij geboorte
  - Sinds 1 januari 2001.
- Straat, huis- en busnummer van het officieel adres
- Telefoonnummer van het officieel adres
- Postnummer van het officieel adres
- Deelgemeente van het officieel adres

- Gemeente van het officieel adres
- Provincie van het officieel adres
- Land van het officieel adres
- dezelfde gegevens ook voor de bezoekplaats
- Adreshistoriek
- Geslacht van het kind  
(man/vrouw/onbekend)
- Geboorteplaats (vrij veld)
- Nationaliteit van het kind  
Lijst met 250 codes nationaliteiten.
- Regio van Kind en Gezin: zowel voor woonplaats, bezoekplaats als consultatie

#### 1.2. Bevallingsgegevens:

- Datum bezoek aan bed
- Kraamkliniek  
Lijst van de kraamklinieken in het Vlaams en Brussels Gewest.  
Nieuw sinds 1 april 2005: ook de kraamklinieken van Wallonië.

Nieuw sinds 1 oktober 2005: KK Buitenland voor de bevallingen in het buitenland.

- Datum tot wanneer kinddossier in regio kraam aanwezig is  
Naam gewijzigd op 1 mei 2006
- Datum van het verlaten van de kraamkliniek door de moeder  
Geschrapd op 1 mei 2006
- Kraaminfo

Nieuw sinds 22 april 2003: thuisbevalling/poliklinische bevalling.

Nieuw sinds 1 april 2005: thuisbevalling, kort, verkort, normaal en lang ziekenhuisverblijf.

Nieuw sinds 1 mei 2006: thuisbevalling en andere, kort, verkort, normaal en lang ziekenhuisverblijf.

- NICU-dienst  
Nieuw sinds 22 april 2003: lijst van de NICU diensten.
- Protocol vroedvrouwen

Nieuw sinds 1 april 2005: lijst van alle vroedvrouwen en diensten die instaan voor thuisbevallingen.

#### 1.3. Medische gegevens :

- Pariteit van het kind / rangorde bij adoptiekindjes  
Vanaf 22 april 2003. Voor 22 april 2003: rangorde voor alle kinderen.
- Aantal borelingen (meerlingzwangerschap)
- Vorm van prenataal toezicht

Lijst : Gemengd toezicht, geen toezicht, gynaecoloog, huisarts, prenataal CB, vroedvrouw.

- Zwangerschapsduur in weken
- Wijze van uitdrijving  
(lijst met 2 opties: vaginaal, sectio)

- Aangeboren afwijking (vrij veld)
- MBS bij geboorte  
(Ja, nee, onbekend)  
Geschrapd op 1 mei 2006
- Geboortegewicht in kg
- Geboortelengte in cm
- Hoofdomtrek bij de geboorte in cm
- Startvoeding : Borstvoeding, Flesvoeding, Gemengd of onbekend
- Einddatum uitsluitend borstvoeding – sinds 22 april 2003
- Uitsluitend Borstvoeding na 3 maanden (Ja/Nee) – sinds 22 april 2003
- Datum overlijden + Specificatie  
(doodgeboren)  sinds 22 april 2003

#### I.4. Gegevens van de wettelijke moeder:

- Geboortedatum van de moeder
- Naam en voornaam van de moeder
- Nationaliteit van de moeder
- Nationaliteit bij geboorte van de moeder
- Beroep van de wettelijke moeder (vrij veld)
- Hoogste opleidingsniveau van de moeder  
(Lijst :  
10 Lager onderwijs of geen onderwijs  
20 1e en 2e graad (ASO, TSO...) of lager secundair  
21 Leercontracten en deeltijds leren en werken  
30 3e graad of hoger secundair  
31 Algemeen  
32 Kunst  
33 Technisch  
34 Beroeps (indien beroeps + 7e specialisatiejaar)  
35 Buitengewoon  
40 Niet universitair hoger onderwijs (korte of lange type)  
50 Universitair onderwijs  
60 Onbekend
- gsm moeder, gsm partner, e-mail  
Nieuw sinds 22 april 2003
- Taal moeder-kind  
(Lijst met 63 belangrijkste talen)  
Nieuw sinds 22 april 2003
- Taal dienstverlening  
(Lijst met 63 belangrijkste talen)



Nieuw sinds 22 april 2003

Automatisch ingevuld met Nederlands indien de taal moeder-kind ook Nederlands is.

Taal moeder-kind is verplicht in te vullen indien :

- ° ofwel nationaliteit kind < > BE
- ° ofwel huidige nationaliteit moeder < > BE
- ° ofwel nationaliteit van moeder bij geboorte < > BE

#### 1.5. Gezinssituatie:

- Naam en voornaam partner
- Geboortedatum partner
- Nationaliteit partner
- Beroep partner (vrij veld)
- Kinderen en andere inwonenden

#### 1.6. Opvang

- Officiële opvang: dossiernummer en adres  
(Lijst van Kind en Gezin)
- Informele opvang (vrij veld)

#### 1.7. Medisch

- Huisarts, Kinderarts, Andere (naam, adres en telefoon)  
(Lijst van Riziv)
- Weigering Algo (Ja/Nee)
- Weigering doorgeven medische gegevens  
Nieuw sinds 22 april 2003 : (Ja/Nee)
- Weigering doorgeven medische gegevens behalve vaccinaties  
Nieuw sinds 22 april 2003: (Ja/Nee)
- Plaats medisch dossier  
Nieuw sinds 22 april 2003.

Lijst : Consultatiebureau, Centrum voor leerlingenbegeleiding, Kinderdagverblijf, Provincie, Regiohuis, Centrum voor kindzorg en gezinsondersteuning, ONE, Buitenland.

- Keuze medisch toezicht  
Nieuw sinds 22 april 2003.  
Lijst : Consultatiebureau, Kinderdagverblijf, Onbekend, ONE, Privaat.
- Naam CB  
Nieuw sinds 22 april 2003. Lijst : Consultatiebureaus.

#### 1.8. Zorgverleningstoestand:

- Socio-economische situatie (Ja/Nee)
- Beschikbaar maandinkomen gezin (Ja/Nee)
- Opleiding ouders (Ja/Nee)
- Arbeidssituatie ouders (Ja/Nee)
- Ontwikkeling kinderen (Ja/Nee)
- Huisvesting (Ja/Nee)

- Gezondheid (Ja/Nee)
- Diagnose door Multid.KM teams (Ja/Nee)
- Door arts vastgestelde handicap (Ja/Nee)
- Specifieke situatie (Ja/Nee) en Motivatie
- Prematuriteit (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Meerling (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Overleden (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Adoptie (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Psychologische, Pedagogische of Sociale reden (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Medische Reden (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
- Precaire verblijfssituatie (Ja/Nee) Nieuw sinds 1 oktober 2004.
- Samenwerking (Ja/Nee) Nieuw sinds 22 april 2003.
  - Begeleid wonen
    - Nieuw sinds 22 april 2003. Lijst van alle diensten Begeleid wonen.

#### 1.9. Biometriegegevens per CB bezoek

- Datum van de biometrie
- Code van de meting
- Waarde
- Leeftijd
- Info

1.10. Per kind worden alle testen bijgehouden, per test worden volgende gegevens opgeslagen:

- Codenummer van de uitgevoerde test + beschrijving
- Datum waarop de test werd uitgevoerd
- Resultaat van de test
- Geschatte datum (ja/nee)
- Extern (ja/nee) + uitvoerder voor externe testen

1.11. Per kind worden alle vaccinaties bijgehouden, per vaccinatie worden volgende gegevens opgeslagen:

- Codenummer van de vaccinatie + beschrijving
- Volgnummer van de uitgevoerde vaccinatie in de reeks
- Datum van toedienen van vaccinatie
- Extern (ja/nee) + uitvoerder voor externe vaccins
- Resultaat (anafylactische reactie=resultaat P)
- Geschatte datum (ja/nee)

#### Time characteristics

2008 is het laatste registratiejaar.

## EAST FLANDERS PROSPECTIVE TWIN SURVEY (EFPTS.)

### Up to date

2009

### Contact

Twins UZ-Gent

De Pintelaan, 185 PB91

B-9000 Gent

Tel : 32-9-3322914

Fax: 32-9-3323570

E-mail:

- Robert.Derom@pandora.be

- Catherine.derom@med.kuleuven.ac.be

- Robert.vlietinck@med.kuleuven.ac.be

### Aims

The East Flanders Prospective Twin Survey (EFPTS) is a prospective, population-based registry of multiple births in the province of East Flanders, Belgium. EFPTS has several unique features: it is population based and prospective, with the possibility of longterm follow-up; the twins (and higher order multiple births) are ascertained at birth; basic perinatal data recorded; chorion type and zygosity established; and since 1969 placental biopsies have been taken and frozen at  $-20^{\circ}\text{C}$  for later determination of genetic markers. The EFPTS is the only large register that includes placental data and allows differentiation of 3 subtypes of monozygotic (MZ) twins based on the time of the initial zygotic division: the dichorionic–diamnionic pairs (early, before the 4th day after fertilization), the monochorionic–diamnionic pairs

(intermediate, between the 4th and the 7th day post fertilization), and the monochorionic–monoamnionic pairs (late, after the 8-day post fertilization).

### Methodology

The specific methodology of this survey includes:

- determination of the zygosity of each multiple birth with near certainty to certainty through examination of the placental membranes and vascular anastomoses, blood groups and DNA-fingerprints (if necessary)
- the collection of medical data of the gynecologists and the neonatologist
- the follow-up of the multiple through one of the studies and/or questionnaires
- the establishment of a three-generation pedigree through civil birth registries.

See full description in "The East Flanders Prospective Twin Survey (EFPTS)" Derom CA, Vlietinck RF, Thiery EW, Leroy FO, Fryns JP, Derom RM. *Twin Res Hum Genet.* 2006; 9(6):733-8

### Data recorded

- the prevalence of multiple births in a well defined geographic area
- the number of mono-, di-, tri-, ... zygotic multiple births
- the number, nature and concordance of congenital malformations
- the obstetrical (duration of pregnancy, pregnancy and birth complications, birthweight, induction of ovulation and/or in vitro fertilization (IVF) and related techniques, placental weight, insertion of the cord, and so on) and obstetricopediatric
- outcomes (intrauterine growth, congenital malformations, perinatal and infant morbidity and mortality, and so on)
- other phenotypes on later age such as behavior, learning and school problems, intelligence, postnatal somatic growth, craniofacial growth, skeletal and dental maturation, sexual maturation, blood pressure, (sub)clinical depression and psychotic symptoms and so on.

### Time characteristics

Started in July 1964.

## MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE: MALADIES A DECLARATION OBLIGATOIRE

Up to date

2009

Contact

Dr. Ph. Demoulin  
Direction générale de la santé  
Ministère de la Communauté française  
Boulevard Léopold II, 44  
1080 Bruxelles  
Tél.: 02.413.24.01  
E-mail: philippe.demoulin@cfwb.be

Aims

- Prévenir la propagation des maladies transmissibles (Loi sanitaire du 1.9.1945 et ses arrêtés d'application des 1.3.1971 et 18.11.1976).
- Surveiller les maladies transmissibles à déclaration obligatoire.

Methodology

Les données sont collectées sur base des déclarations qui sont faites par les médecins cliniciens, les laboratoires et éventuellement les sages femmes (exerçants sur le territoire de la région wallonne) aux médecins inspecteurs de la Communauté française.

Ces données sont ensuite anonymisées puis intégrées dans des bases de données destinées à surveiller l'évolution des maladies transmissibles. Rappelons toutefois que la finalité première de la déclaration est d'alerter un médecin inspecteur d'un risque pour la santé publique (suspect ou confirmé) qui prendra les mesures utiles en vue d'éviter toute propagation de maladie, si cela s'avère nécessaire.

Des analyses épidémiologiques sont réalisées à partir de ces bases de données. Elles sont prioritairement réalisées dans le but de surveiller l'évolution des maladies transmissibles. Concrètement, son utilité vise à anticiper les actions à mener en cas d'apparition de nouvelles maladies ou de suspicion d'épidémie.

Ces analyses épidémiologiques font l'objet de rapports annuels et de publications scientifiques.

La grande majorité des mesures effectuées dans le cadre de la surveillance se présente sous forme d'effectifs et de proportions.

Extrapolation possible au niveau national : non

Data recorded

Le bulletin de déclaration des maladies transmissibles reprend les indications suivantes:

- Nature de la maladie
- Adresse du malade
- Nom et prénom du malade
- Profession
- Age
- Sexe
- Nom et adresse du médecin

- Date de la déclaration

La déclaration des maladies vénériennes reprend les indications suivantes :

- La maladie vénérienne
- La commune du malade
- Le Numéro d'ordre (remplace l'identité du malade qui figure seulement sur la fiche médicale personnelle du praticien)
- Age
- Sexe
- Profession
- Nom et adresse de la personne indiquée comme source de contamination
- Nom et adresse du médecin
- Date de la déclaration

La déclaration des cas de tuberculose reprend les indications suivantes :

- Nom et prénom du malade
- Date et lieu de naissance
- Sexe
- Nationalité
- Adresse du Malade
- Dénomination et adresse de l'entreprise/implantation scolaire
- Dénomination et adresse du médecin traitant/institution hospitalière/mutualité
- Maladie tuberculeuse
- Bactériologie

#### Time characteristics

Les dernières données disponibles datent de 2008

## LEERLINGENBEVRAGING VAD

### Up to date

2009

### Contact

Hilde Kinable

Studie en Onderzoek

Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD)

Vanderlindenstraat 15

1030 Schaarbeek (Brussel)

Tel: 02/422 03 01

Fax: 02/423 03 34

E-mail: hilde.kinable@vad.be

### Aims

De leerlingenbevraging vertrekt vanuit een preventief kader. De resultaten van de vragenlijsten worden per school teruggespeeld in de vorm van een schoolrapport. In het schoolrapport worden ook concrete tips gegeven hoe een drugbeleid op school op te starten of verder uit te werken met alle betrokken partijen (leerlingen, ouders, leerkrachten, CLB en/of preventiewerker).

### Methodology

Hiervoor wordt een gestructureerde vragenlijst (gesloten vragen) gebruikt. Scholen nemen vrijwillig deel. Elke school neemt de organisatie van de afname van de vragenlijsten op zich. De afspraak is dat alle leerlingen worden bevraagd. Er zijn garanties ingebouwd die de anonimiteit van de afname van de vragenlijst verzekeren.

Voor analyse op Vlaams niveau wordt per schooljaar een aselechte steekproef getrokken van 6601 leerlingen die zo maximaal mogelijk representatief is voor leerlingen van het eerste tot en met zesde jaar ASO, TSO, KSO en BSO in de verschillende netten van het Vlaams Secundair Onderwijs.

De verzameling gebeurt op een continue manier. Het betreft de leeftijdsgroep 11-20+ jaar.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

### Data recorded

De volgende parameters worden geregistreerd:

a) leeftijd

b) geslacht

c) studiejaar

d) onderwijsvorm

e) prevalentie en frequentie en beginleeftijd van het gebruik van:

- tabak + hoeveelheid

- alcohol + hoeveelheid, bier, wijn, aperitieven, alcopops, sterkedrank

- lichte en zware pijnstillers, kalmerings-, slaap-, opwek- en middelen, ADHD-medicatie, antidepressiva

- cannabis + hoeveelheid, heroïne, cocaïne, tripmiddelen, amfetamines, XTC, GHB

f) gokken

- spelen op gokautomaten

Dit zijn de belangrijkste. Daarnaast is er nog een groot aantal variabelen over sfeer op school en in de klas, motieven om al dan niet alcohol en cannabis te gebruiken, verwachte reacties van vrienden en ouders op het proberen of gebruik van cannabis, middelengebruik van de vrienden, eigen reacties op cannabisgebruik goede vriend, kennis over verschillende middelen en over de wetgeving, negatieve gevolgen van overmatig alcoholgebruik en gebruik van illegale drugs, mening over schadelijkheid van matig en intensief middelengebruik (tabak, alcohol en cannabis), gepercipieerde beschikbaarheid van cannabis en van andere illegale drugs, schoolreglement en vertrouwensfiguren bij drugproblemen. In totaal telt de vragenlijst 236 variabelen.

#### Time characteristics

Het laatste registratiejaar is het schooljaar 2007-2008.



## HBSC-STUDY: HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (VLAAMSE GEMEENSCHAP)

Up to date

2009

### Contact

Promotor:  
L. Maes  
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Watersportlaan 2  
9000 Gent  
Tel: 09/264.94.09  
Fax: 09/264.94.10  
E-mail: [Lea.Maes@ugent.be](mailto:Lea.Maes@ugent.be)

Principal investigator :  
C. Vereecken  
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
UZ, Blok A, 2° verdieping  
De Pintelaan 185  
9000 Gent  
Tel: 09/240.20.81  
Fax: 09/240.49.94  
E-mail: [Carine.Vereecken@ugent.be](mailto:Carine.Vereecken@ugent.be)

Projectcoördinator :  
A Hublet  
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
Watersportlaan 2  
9000 Gent  
Tel: 09/264.94.01  
Fax: 09/264.94.10  
E-mail: [Anne.Hublet@ugent.be](mailto:Anne.Hublet@ugent.be)

### Aims

Deze gegevensbank omvat volgende doelstellingen:

monitoring van gezondheidsgedragingen:

- prevalentie van gezondheidsgedragingen (risico- en beschermingsgedrag)
- evolutie van gedragingen in de tijd

onderzoek naar de gedragingen en leefstijl:

- relaties tussen de gedragingen en de fysieke en psycho-sociale omgevingsfactoren
- determinanten van gedragingen en van verwachte veranderingen van gedragingen

planificatie en evaluatie

- identificatie van jongeren met het grootste risico en hun karakteristieken

- evaluatie van preventiemaatregelen (beleid) (gezondheidsindicatoren)

De gegevens van de HBSC-studie werden verzameld in 1990, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 en 2006.

De data van de verschillende surveys zijn ook beschikbaar op de website van de HBSC-studie ([www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be](http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be)). Meer gegevens over de internationale studie (o.a. het internationaal rapport), vindt u op [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).

## Methodology

De survey maakt deel uit van een internationaal vergelijkend onderzoek onder toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie (Health-Behaviour in School-aged Children) .

Een transversaal gestandaardiseerde enquête wordt alle 4 jaar afgenomen bij jongeren van het 5de leerjaar lager onderwijs tot en met het zesde jaar secundair onderwijs. Internationaal worden gegevens verzameld van 11, 13 en 15 jarigen met minstens 1500 jongeren per leeftijdsgroep, met in sommige landen een specifieke tussentijdse enquête om de 2 jaar (en vanaf 2002 om de vier jaar afnames, samen lopend met de internationale afnames). De steekproef is representatief voor verschillende netten en onderwijstypes.

De internationale survey werd uitgevoerd sinds 1986. Vlaanderen nam voor het eerst deel in 1990, vervolgens in 1994, 1998, 2002 en 2006. Tussentijds werd in Vlaanderen ook een afname in 1996 en 2000 georganiseerd.

## Data recorded

De lijst van de geregistreerde parameters is in grote lijnen hetzelfde voor de verschillende surveys. Doch per survey kan een bepaalde topic meer uitgewerkt worden. Daarom worden eerst deze vaste parameters vermeld en vervolgens de aanvullingen voor de verschillende surveys.

### A. Vast gedeelte van de vragenlijst (alle leeftijdsgroepen)

De geregistreerde parameters zijn de volgende:

#### a) socio-demografische gegevens

- geslacht
- geboortedatum
- onderwijssituatie
- beroep vader
- beroep moeder
- gezinssamenstelling
- family affluence scale (FAS)

#### b) gegevens betreffende leefstijl

illegaal druggebruik, enkel voor secundair

- ooit gebruikt
- afgelopen maand van hash, XTC en cocaïne
- afgelopen jaar van hash

tabaksgebruik

- ooit gebruikt
- huidig rookgedrag
- hoeveelheid
- beginleeftijd

alcoholgebruik

- huidig gebruik (bier, wijn, sterke drank, alcopops, aperitief, andere drank die alcohol bevat)
- frequentie
- dronkenschap
- beginleeftijd (eerste alcohol en eerste keer dronken)

## geneesmiddelengebruik

- gebruik van geneesmiddelen tegen hoofdpijn, buikpijn, slaapproblemen en zenuwachtigheid

## voeding

- maaltijdpatronen: ontbijt
- frequentie van gebruik van fruit, frisdranken (gewoon en light), snoep, groenten, chips, snoep, frieten, graanproducten (wit brood, bruin brood, ontbijtgranen), vis
- dieetgedrag

## tandhygiëne

- frequentie tandenpoetsen

## fysieke activiteit

- frequentie fysieke activiteit voor minimum 60 min

## vrijtijdsbesteding

- tijdsduur Tv-kijken, computergebruik en huiswerk

## klachten

- frequentie hoofdpijn, maagpijn, rugpijn, neerslachtigheid, irritatie, zenuwachtigheid, slaapproblemen, duizeligheid
- gezondheidsbeleving
- ochtendmoeheid

## psychosociaal

- toekomstperspectief
- schoolresultaten
- schoolbeleving
- kwaliteit van het leven
- zelfmoord (enkel voor secundair)

## B. Variabel gedeelte survey 1990

## tabaksgebruik

- toekomstperspectief inzake roken
- rookgedrag ouders

## voor secundair onderwijs (5de en 6de jaar):

- preventie tabaksgebruik

## alcoholgebruik

- alcoholgebruik ouders
- alcoholgebruik vrienden
- standpunt t.a.v. alcoholgebruik
- gezelschap bij gebruik

## voor secundair onderwijs:

- leeftijd eerste contact
- frequentie alcoholgebruik gezin

## illegale drugs

## voor secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar):

- aard van drugs gebruikt door vrienden
- frequentie van druggebruik door vrienden
- eigen gebruik van drugs, soort en frequentie
- bron van aanbod
- geneesmiddelengebruik
- gebruik van geneesmiddelen in het gezin
- lichaamsperceptie
- voor secundair onderwijs
- seksueel gedrag
- voor secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar)
- kennis over AIDS
- voor secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar)
- diversen
- sociale integratie

#### C. Variabel gedeelte survey 1994

- illegale drugs
- secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar):
- aard van drugs gebruikt door vriendenkring
- frequentie van gebruik van drugs door vriendenkring
- aard van eigen druggebruik
- frequentie van eigen druggebruik
- seksueel contact
- secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar)
- kennis over AIDS
- secundair onderwijs (3de, 4de, 5de en 6de jaar)
- schoolbeleving
- diverse schalen
- ongevallen
- aard, frequentie en locatie van diverse soorten ongevallen

#### D. Variabel gedeelte survey 1998

##### Voeding

- frequentie ontbijt
- frequentie warme maaltijd
- plaats warme maaltijd
- regels rond voeding: verplichtingen, beschikbaarheid
- 24 uur recall van 18 voedingsitems
- chronische ziekte of afwijking
- gewicht en lengte
- ongevallen en kwetsuren
- aard, frequentie en locatie van diverse soorten

het dragen van een wapen

illegale drugs (secundair onderwijs)

- aard en frequentie gebruikt door vriendenkring

- aard en frequentie van eigen druggebruik

- bereikbaarheid van illegale drugs

E. Variabel gedeelte survey 2000

Voeding

- frequentie maaltijden/tussendoortjes

- sociale determinanten van voeding

- 24u. recall beperkt aantal voedingsitems

- diëten

Sport en lichamelijke activiteit

Alcohol

Het dragen van een wapen

Illegale drugs (alleen secundair)

Seksueel contact

F. Variabel gedeelte survey 2002

- uitbreiding van de vraag rond diëten

- uitbreiding van het pakket rond tabakgebruik

- asthma

- social capital

- sexual health

G. Variabel gedeelte survey 2006

- activiteiten die je doet met je vriendengroep (alleen secundair)

- favoriete muziekgenres (alleen secundair)

- voeding: voedingsregels thuis

- roken van de ouders en beste vriend

- ongevallen die medische verzorging vereisen

- Sociaal kapitaal

- lid van organisatie of club

- depressie stigmatisatie schaal (alleen laatste graad secundair)

- zelfbeschadigend gedrag (alleen laatste graad secundair)

## Time characteristics

In 2010 zal de volgende afname zijn.

## EUROCAT ANTWERPEN

### Up to date

2009

### Contact

Provinciaal Instituut voor Hygiëne

Kronenburgstraat 45

2000 Antwerpen

Verantwoordelijke/contactpersoon: Dr. Vera Nelen

Tel: 03/259.12.70

Fax: 03/259.12.01

E-mail: gezondheid@pih.provant.be

Website: www.provant.be/eurocat

### Aims

- opvolgen van aangeboren afwijkingen in de provincie Antwerpen
- vergelijken van gegevens uit verschillende centra in Europa
- evalueren van het effect van risicofactoren op de foetus
- alarmsignalen interpreteren
- oorzaak-gevolg relaties opsporen, mechanismen van ontstaan ontwarren
- preventie van aangeboren afwijkingen

### Methodology

De verzameling van de gegevens gebeurt op het niveau van de provincie Antwerpen, maar er is een interpolatie naar landelijke geboortecijfers. Deze gegevensverzameling wordt gefinancierd door het provinciebestuur van Antwerpen. Ze is niet verplicht.

Een registratieformulier wordt ingevuld via contact met pediaters, gynaecologen, huisartsen, verpleegkundigen van materniteiten, neonatologie, Kind en Gezin en via het Provinciaal centrum voor opsporing van metabole aandoeningen.

In dit register zijn volgende gevallen opgenomen : afwijkingen bij pasgeborenen, kinderen tot 1 jaar, foetussen na 20 weken zwangerschap, zwangerschapsbeëindiging na prenatale diagnose van afwijking.

De verzameling gebeurt continu. De registratiejaren zijn 1989-2007.

Populatiegrootte: t.e.m. 2007 werden 7.061 kinderen geregistreerd op 258.087 geboorten.

De analyse van de gegevens gebeurt intern.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : ja

### Data recorded

Volgende parameters worden geregistreerd:

A. Moeder

a) leeftijd bij de geboorte van het kind

b) vorige zwangerschappen

- aantal spontane abortussen

- aantal geïnduceerde abortussen

- aantal doodgeborenen
  - aantal levendgeborenen
  - totaal aantal voorgaande zwangerschappen
  - c) beroep
  - d) ziekten voor de zwangerschap
  - e) ziekten tijdens de zwangerschap
  - f) gewoonten
    - roken tijdens de zwangerschap
    - alcoholgebruik tijdens de zwangerschap
    - medicatie
    - andere
  - g) uitzonderlijke blootstelling met mogelijke schade voor de vrucht
    - ongeval
    - vergiftiging
  - h) medicatie tijdens de zwangerschap (1st trimester)
  - i) caryotype
  - j) afwijkingen bij de moeder of haar familie
- B. Vader
- a) leeftijd bij de geboorte van het kind
  - b) beroep
  - c) caryotype
  - d) afwijkingen bij de vader of zijn familie
  - e) bloedverwantschap tussen de ouders
- C. Kind
- a) identificatiegegevens
    - geboortedatum
    - geslacht
    - regio
    - code
    - materniteit
    - aantal geboorten
      - . bij meerlingen: geboortevolgorde, mono- of dizygoot
      - . aantal kinderen met een afwijking
    - geboortetype (levend/doodgeboren/geïnduceerde abortus)
    - geboortegewicht (gr)
    - lengte (cm)
    - schedelomtrek (cm)
    - zwangerschapsduur (weken)
    - geassisteerde bevruchting (IVF/KI/Ovul. Inductie/ICSI)
    - overleving na één week (ja/nee)

- . datum van overlijden
- b) diagnose: tijdstip/technieken
  - datum van ontdekking
  - ontdekking
    - . bij prenatale diagnose: zwangerschapsduur op moment van ontdekking (weken)
      - . bij geboorte
      - . < 1 week
      - . 1-4 weken
      - . 1-12 maanden
      - . > 12 maanden
      - . bij post mortem
    - toestand van kind/foetus op moment van ontdekking (levend/dood)
    - prenatale diagnosemiddelen (ongeacht de diagnose)
      - . echografie
      - . amniocentese
      - . chorionvlokbioptie
      - . andere
- c) diagnose: afwijking
  - syndroom - afwijkingen
  - caryotype
  - autopsiegegevens
  - onderzoeken uitgevoerd ter bevestiging van de diagnose
  - andere kinderen met eenzelfde afwijking
  - andere kinderen met een andere afwijking
  - andere kinderen reeds gemeld bij Eurocat
  - opmerkingen
- d) dossiernummer

#### Time characteristics

2007 is het laatste registratiejaar.



## GEGEVENS BANK 'MOEDER & KIND'

### Up to date

2009

### Contact

Prof. Dr. Spitz

Prof. I. Vergote

Prof. M. Hanssens

UZ Gasthuisberg

Herestraat 49

3000 Leuven

Tel: 016/34.42.04

Fax: 016/34.42.05

E-mail: [bernard.spitz@uz.kuleuven.ac.be](mailto:bernard.spitz@uz.kuleuven.ac.be)

### Aims

Het doel is gegevens te verzamelen voor de studie van de perinatologie en de verloskunde.

### Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

### Data recorded

Volgende parameters worden geregistreerd:

- a) anamnese
- b) zwangerschapsgegevens - verwickelingen
- c) bevallingswijze
- d) uitkomst

### Time characteristics

2008 is het laatste registratiejaar.

## TABLEAU DE BORD DE LA SANTE DES JEUNES DU HAINAUT

Up to date

2004

Contact

Dr Véronique Tellier  
Observatoire de la Santé du Hainaut  
Institut Provincial de Promotion de la santé  
Rue St-Antoine, 1  
7021 Havre  
Tél : 065/87.96.00  
Fax : 065/87.96.79  
E-mail : observatoire.sante@hainaut.be

Aims

Les enquêtes sur la santé des jeunes dans le Hainaut poursuivent deux objectifs. Le premier consiste à réaliser une surveillance épidémiologique des comportements de santé et des facteurs de risque vis-à-vis des maladies cardiovasculaires présents chez les jeunes. Le second est d'aborder, chaque année une thématique spécifique afin d'alimenter les interventions de promotion de la santé.

La première enquête a eu lieu en 1997.

Methodology

Extrapolation possible au niveau national : ?

Data recorded

Source: MORBIDAT ISP-WIV mars 2009

a) données socio-démographiques:

- âge, sexe, taille, poids
- nationalité du père, de la mère
- composition du ménage, nombre de revenus du travail dans le ménage
- profession du père, de la mère

b) données concernant les styles de vie

tabagisme

- tabagisme passif
- tabagisme chez les jeunes

consommation d'alcool

- consommation d'alcool

consommation médicale

- consultation chez un généraliste
- consultation chez un dentiste
- consultation chez un spécialiste
- consommation de médicaments

consommation de drogues

- attitude et comportement vis-à-vis de la drogue
  - avoir déjà consommé du cannabis ou d'autres drogues
  - consommer régulièrement du cannabis
- hygiène dentaire, nutrition
- consommation de
    - . laitages
    - . fruits frais
    - . légumes cuits (incluant la soupe) ou crus
    - . poisson
    - . chips
    - . limonade (Coca, Sprite, Gini, boissons pétillantes sucrées)
    - . pain blanc
    - . pain gris
    - . produits laitiers entiers
    - . produits laitiers au moins partiellement écrémés
    - . viande
    - . boissons énergisantes (Redbull,...)
- activités physiques
- examens physique (en 1997 seulement)
  - . test de Léger = test d'endurance physique
  - . surcharge pondérale et obésité
  - . test d'endurance cardio-respiratoire
  - gymnastique à l'école (1997, 2003)
  - sport en dehors de l'école
  - clubs sportifs
  - participation à des loisirs organisés
  - consommation de télévision
- Connaissance et activités en faveur de la santé
- attitude par rapport à la prévention des maladies
  - locus of control
  - origine des maladies du cœur
- c) données concernant la morbidité
- état de santé général
  - . sentiment de bien-être
  - . image du corps
  - . perception de l'état de santé
  - évaluation subjective de la santé et plaintes (1997)
  - . bien-être psychologique
  - . estime de soi
  - . influence des pairs

- . besoin d'une aide extérieure pour des problèmes de vie quotidienne
- . image de soi et satisfaction de son corps
- environnement familial
- plaintes de type psychosomatique
- d) mesures objectives
  - mesure de la pression artérielle
  - prise de sang : mesure lipides, cholestérol total, HDL (1997, 2003)
  - mesure glycémie et insuline (2003)
  - mesure du poids et de la taille
  - tour de taille (2003)

#### Time characteristics

Dernières données disponibles : ?

## REGISTRE DE L'AGENCE WALLONNE POUR L'INTEGRATION DES PERSONNES HANDICAPEES

### Up to date

2004

### Contact

L'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH)

G. Rovillard - Administrateur général

Rue de la Rivelaine, 21

6061 Charleroi (Montignies-sur-Sambre)

Tél.: 071/20 57 11

Tél. de centre de documentation: 071/20 57 43

E-mail: g.rovillard@awiph.be

### Aims

Informar les personnes handicapées et les professionnels concernés.

Le mode de récolte des données dépend des paramètres envisagés.

### Methodology

Extrapolation possible au niveau national : ?

### Data recorded

Source: MORBIDAT ISP-WIV mars 2009

a) listes des institutions (services agréés)

b) base de données de fiches thématiques pratiques (Dr Parent) portant sur le travail avec les personnes handicapées accueillies ou hébergées dans des services agréés.

c) contenu du centre de documentation

d) population handicapée ayant introduit une demande à l'AWIPH (rapport annuel d'activité)

### Time characteristics

Dernières données disponibles : ?

## GEGEVENS BANK WGKVL (WIT-GELE KRUIS VLAANDEREN)

### Up to date

2004

### Contact

Dhr. L. Geys

Ad. Lacomblélaan 69, B3

1030 Brussel

Tel: 02/739 35 11

Fax: 02/739 35 99

E-mail: ludo.geys@vlaanderen.wgk.be

Contactpersoon: Dhr. L. Geys

### Aims

Het doel van deze gegevensbank is het bijhouden van patiënten en zorgverstrekkinggegevens van de thuisverpleegde patiënten, voor patiëntenbeheer en wetenschappelijk onderzoek. De gegevens zijn afkomstig van alle patiënten die thuisverpleging van het Wit-Gele Kruis Vlaanderen ontvangen.

### Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : ?

### Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

a) gegevens van patiënten

- geslacht
- leeftijd
- zelfredzaamheid
- . wassen
- . kleden
- . verplaatsen
- . toiletbezoek
- . continentie
- . eten
- oriëntatie in ruimte/tijd
- rusteloosheid
- woonsituatie
- mantelzorg
- comfort

- b) zorgverstrekking
  - type van verzorging
  - . inspuiting
  - . toilet
  - . verbanden
  - . anderen
  - dag van verzorging
  - hoeveelheid verzorging: aantal akten per verzorging

#### Time characteristics

Laatste registratiejaar: ?

## D.I.M. VLAAMS FONDS

### Up to date

2004

### Contact

Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Sterrenkundelaan 30

1210 Brussel

Tel: 02/225 84 11

Fax: 02/225 84 05

Eindverantwoordelijke: Dhr. J. Foubert

Contactpersoon: Dr. J. Stevens

E-mail: jan.stevens@vlafo.be

### Aims

Het doel is zowel een vlotte administratieve werking als het beschikken over (statistische) gegevens die belangrijk kunnen zijn bij het uitstippelen van het beleid.

### Methodology

In de gegevensbank worden gegevens opgeslagen betreffende alle personen die een aanvraag om bijstand bij het "Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap" formuleren. De gegevensbank is sedert 1.4.1994 operationeel.

De gegevens bereiken het Vlaams Fonds via het multidisciplinair verslag, dat bij elke aanvraag moet worden ingevuld door een erkend multidisciplinair team (minstens een geneesheer, een psycholoog en een maatschappelijk werker).

Gegevens die bij de eerste aanvraag geregistreerd worden kunnen steeds gewijzigd of aangevuld worden bij nieuwe aanvragen.

De gegevens worden continu verzameld sedert 1994.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : ?

### Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

a) identificatiegegevens (van de persoon met een handicap en eventueel de wettelijke vertegenwoordiger)

- rijksregisternummer
- naam, voornaam
- nationaliteit
- geboortedatum, geboorteplaats
- overlijdensdatum
- straat, huis- of busnummer van het officieel adres
- geslacht
- hoedanigheid (als wettelijke vertegenwoordiger)

b) gegevens m.b.t. de stoornissen aan de basis van de handicap

- diagnose: registratie volgens ICD-10 code
- functionele beperkingen op motorisch vlak



- Barthel mobiliteitsindex en barthel zelfzorgindex
  - intelligentie: IQ of (voor kinderen) OQ (ontwikkelingsquotiënt) / ontwikkelingsleeftijd
  - beperkingen in het psychosociaal functioneren (GAF score GSM)
- c) gegevens m.b.t. de sociale anamnese
- sociale context - leefsituatie; rol van aanvrager in het huishouden
  - schoolopleiding
  - beroepsopleiding
  - beroepsloopbaan
  - inschatting van tewerkstellingsmogelijkheden
  - inschatting van zorgbehoefte
- d) gegevens m.b.t. de aard van de vraag om bijstand: instellingen, dienst, beroepsopleiding, tewerkstelling, aanpassingen, hulpmiddelen,...

### Time characteristics

Laatste registratiejaar: ?

## TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI), POUR LA COMMUNAUTE GERMANOPHONE

### Up to date

2004

### Contact

Responsable: N. Gensterblum

Personne de contacte: S. Köttgen

Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL)

Klosterstraße 3

4700 Eupen

Tél: 087/74.36.77

Fax: 087/74.04.72

E-mail: asl@skynet.be

### Aims

Se faire une idée sur la demande de soins, de thérapies, de traitements.

### Methodology

La collecte de données se fait au niveau de la Communauté germanophone. Les résultats ne permettent pas d'estimer le nombre de cas au niveau national.

Cette collecte des données est financée dans le cadre des missions BIRN et elle ne revêt pas un caractère obligatoire.

La collecte des données se fait au moyen d'un questionnaire à remplir, soit par un assistant social, soit par l'intéressé, soit par les deux.

90% des institutions sont repris.

La collecte se fait de manière périodique. La fréquence est une fois par an. 2003 est la dernière année d'enregistrement.

La taille de la population est entre 40 et 100.

Groupe d'âge: environ à partir de 15 ans.

Extrapolation possible au niveau national : ?

### Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Les paramètres suivants sont enregistrés:

a) qui remplit le questionnaire

b) données socio-démographiques

- sexe

- âge

- nationalité

- lieu d'habitation

- profession / lieu de travail

- formation scolaire

- c) première demande de traitement
- d) les 3 drogues principales
- e) fréquence de la consommation
- f) façon de prendre les drogues (drogue principale)
- g) manière de se munir des drogues
- h) injection ou non
- i) maladies infectieuses
- j) âge de la première prise
- k) participation à un programme de méthadone

#### Time characteristics

Dernières données disponibles : ?

## DEEL 10 : ACADEMISCHE RESEARCHGROEPEN – RECHERCHES ACADÉMIQUES

### BELGIAN DIABETES REGISTRY

#### Up to date

2009

#### Contact

Prof. D. Pipeleers

Laarbeeklaan 101

1090 Brussel

Tel: 02/477 45 46

Fax: 02/477 45 63

E-mail: [contact@bdronline.be](mailto:contact@bdronline.be)

Contactpersoon: Dr. Ilse Weets

#### Aims

Het Belgian Diabetes Registry (BDR) is een nationaal initiatief van universitair en niet-universitair verbonden artsen.

De artsen die lid zijn van het BDR registreren alle nieuwe ontdekte gevallen van diabetes en hun eersterangsverwanten jonger dan 40 jaar. Op het ogenblik der diagnose en vervolgens één maal per jaar wordt een gestandaardiseerde vragenlijst ingevuld en bloed afgenomen. Alle gegevens worden na schriftelijke toestemming van de onderzochte personen op strikt vertrouwelijke wijze centraal bewaard.

Het BDR heeft de volgende doelstellingen:

- 1) het jaarlijks vaststellen van het aantal nieuwe patiënten met diabetes (incidentie) ontstaan vóór de leeftijd van 40 jaar (arrondissement Antwerpen en provincie Luxemburg)
- 2) het verzamelen van klinische en biologische gegevens bij zoveel mogelijk diabetespatiënten en hun familieleden in België met als doel
  - het onderzoeken van de relatie tussen genetische of omgevingsfactoren en het verschijnen van de ziekte
  - het ontwikkelen en toepassen van nieuwe merkers van diabetes (genetische, hormonale of immune) zodat de evolutie van de ziekte beter kan voorspeld worden en zodat personen kunnen geïdentificeerd worden met een hoog risico op diabetes (eerstegraadsverwanten) of op chronische complicaties (patiënten)
- 3) het uitwerken en opstarten van preventieve studies om het optreden van klinische diabetes bij risicoverwanten en van chronische complicaties bij patiënten te vertragen of te vermijden
- 4) bijdragen tot de optimale behandeling van patiënten
- 5) het verstrekken van informatie aan de overheid, artsen, patiënten met hun familieleden en de algemene bevolking omtrent diabetes en de diagnostische, preventieve en therapeutische mogelijkheden die zijn ontstaan uit vorderingen in het wetenschappelijk onderzoek

## Methodology

1) De volledigheid van registratie voor de epidemiologische studies wordt geëvalueerd aan de hand van de capture-recapture methode (ref. Bishop YMM, Fienberg SE, Holland PW. Estimating the size of a closed population. In *Discrete Multivariate Analysis: Theory and Practice*. MIT Press: Cambridge, MA, 1975; 231–233).

2) Door vergelijking van de grotere – maar onvolledige – groep van Belgische patiënten met de groep patiënten uit het arrondissement Antwerpen (met >90% volledigheid van registratie) werd aangetoond dat de groep Belgische patiënten representatief is voor de Belgische populatie diabetespatiënten jonger dan 40 jaar (refs. Vandewalle CL et al. Epidemiology, clinical aspects, and biology of IDDM patients under age 40 years. *Diabetes Care* 1997; **20**: 1556–1562 en Weets I et al. The incidence of type I diabetes in the age group 0–39 years has not increased in Antwerp (Belgium) between 1989 and 2000: evidence for earlier disease manifestation. *Diabetes Care* 2002; **25**: 840–846).

3) De gegevens over de incidentie van type I diabetes worden continu gerapporteerd aan coördinatoren van internationale epidemiologische studies. Het BDR is de officiële Belgische vertegenwoordiger in de volgende internationale projecten:

Epidemiologie van diabetes bij kinderen (0-14 jaar):

- EURODIAB TIGER (EG): Coördinator Prof. G. Soltész, Pécs, Hongarije
- DIAMOND (WGO): Coördinator Prof. J. Tuomilehto, Helsinki, Finland

Epidemiologie van diabetes bij jonge volwassenen (15-39 jaar):

-IDA (EG): Coördinator Dr. K. Kyvik, Odense, Denemarken

4) De resultaten van het wetenschappelijk onderzoek werden gepubliceerd in peer-reviewed internationale wetenschappelijke tijdschriften (62 originele bijdragen op 1 januari 2009)

5) De methodes voor de bepaling van biologisch merkers worden gevalideerd door regelmatige deelname aan internationale kwaliteitscontroleprogramma's: Immunology of Diabetes Workshop, Proficiency Testing Program en Diabetes Antibody Standardisation Program (DASP).

6) Kritische gegevens worden na het ingeven door één medewerker nagekeken door een andere medewerker (double entry). De medewerker verantwoordelijk voor het onderhoud van de databank doet regelmatige controles op mogelijke fouten.

## Data recorded

Identificatie- en wetenschappelijke gegevens worden in afzonderlijke bestanden opgeslagen. Het identificatiebestand is enkel en uitsluitend toegankelijk via een paswoord. De verzamelde gegevens kunnen enkel opgevraagd worden na goedkeuring van een studieprotocol door de stuurgroep van het BDR. Elke arts heeft steeds toegang tot de gegevens van de door hem/haar geregistreerde personen (patiënten en/of hun eerstegraadsverwanten).

Het BDR heeft ook een website.

### A. Vragenlijst

Volgende parameters worden geregistreerd:

#### a) demografische gegevens

- naam en voornaam
- geboortedatum
- geslacht
- woonplaats
- etniciteit

## b) diagnose

- datum klinische diagnose
- datum start eventuele insuline behandeling
- symptomen bij diagnose (polyurie/polydipsie, gewichtsverlies, vermoeidheid, bewustzijnsstoornissen, infecties)
- duur van de symptomen voorafgaand aan de diagnose
- ketonurie
- lengte
- gewicht
- buikontrek en heupontrek
- glucose
- HbA1c
- C-peptide
- andere auto-immune aandoeningen
- aanwezigheid van andere autoantistoffen

## c) klinische classificatie

- type 1
- type 2
- zwangerschapsdiabetes
- secundaire diabetes
- onclassificeerbaar
- andere (te specificeren)

## d) behandeling (aard + dosis)

- insuline
- orale antidiabetica
- enkel dieet

## e) familiale geschiedenis van diabetes

- aard van verwantschap
- geboortedatum
- geslacht
- diabetes status + jaar diagnose
- overleden

## B. Bloedonderzoek

- genetische markers
- immunologische markers
- hormonale markers

## Time characteristics

Start : 1989, jaarlijks

## REGISTER VAN ACUTE CORONAIRE AANVALLEN M.B.T. GENT EN BRUGGE

Up to date

2009

Contact

Prof. G. De Backer  
Universiteit Gent  
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
UZ - Blok A  
De Pintelaan 185  
9000 Gent  
Tel: 09/3323627  
Fax: 09/332499  
E-mail: guy.debacker@ugent.be

Aims

Het register van "acute coronaire aanvallen" in Gent van 1983 t.e.m. 1992 werd uitgevoerd in het kader van het WHO MONICA project. Dit was een onderdeel van de Belgische bijdrage tot dit MONICA project in samenwerking met de ULB, die een gelijkaardig register in Charleroi had opgericht. Deze registratie had als doelstellingen:

- het van nabij opvolgen van de incidentie van niet-fataal en van fataal myocardinfarct in de algemene bevolking
- het opvolgen van de letaliteit ten gevolge van acute coronaire aanvallen in de volwassen bevolking op middelbare leeftijd
- de vergelijking van de incidentie van acute coronaire aanvallen en van de letaliteit ervan tussen 2 stedelijke gebieden in België, nl. de stad Gent en de stad Charleroi
- vergelijking van de incidentie en van de letaliteit ten gevolge van acute coronaire aanvallen in België met resultaten uit de registers uit andere landen. De studie van de regionale verschillen is des te belangrijker omdat van 1983 tot 1992 een divergente trend werd gezien in Charleroi vergeleken met Gent.

Het MONICA project in ons land is het onderwerp geweest van een doctoraatsthesis medische wetenschappen van Dr. S. De Henauw uit de Vakgroep Maatschappelijke gezondheidskunde. Na deze fase waarin deze registers kaderden in het internationale MONICA project heeft Prof. Kornitzer via de Franse Gemeenschap en Prof. De Backer via de Vlaamse Gemeenschap getracht deze registers te laten verder bestaan. Langs Vlaamse kant is het register terug opgestart op 1 januari 1996. De Franse Gemeenschap subsidieert het register van acute coronaire aanvallen m.b.t. Charleroi sinds 1993 op jaarlijkse basis.

Het register is gebaseerd op de registratie van hospitalisaties in alle ziekenhuizen van het Gentse/Charleroi waar patiënten met een acute coronaire aanval kunnen worden opgenomen. Uit de ervaring in de voorbije 15 jaar blijkt dat meer dan 95% van alle niet-fatale acute coronaire aanvallen aldus correct worden geregistreerd. De fatale gevallen worden eveneens opgespoord in samenwerking met de bevolkingsdienst van de stad en in nauwe samenwerking met de Administratie Volksgezond van het Ministerie van de Vlaamse/Franse Gemeenschap. Het register steunt op een gedetailleerd protocol dat werd aangewend in het MONICA project en op internationaal vlak is aanvaard.

Oorspronkelijk had het register betrekking op de populatie tussen 25 en 69 jaar. Vanaf 1 januari 1998 is het uitgebreid naar de populatie 25-74 jaar voor het register van Gent, terwijl dit niet is gewijzigd voor het register van Charleroi.

Op vraag van de Vlaamse Gemeenschap werd er een tweede regio in Vlaanderen gezocht om een register van acute coronaire aanvallen te ontwikkelen. Na een pilootfase in 1998 is de keuze gevallen op het arrondissement Brugge. Vanaf 1 januari 1999 functioneert daar nu ook een register op identieke wijze als in Gent.

## Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

## Data recorded

Het registratieformulier omvat volgende informatie:

- a) identificatie van de patiënt
  - geboortedatum
  - geslacht
  - overlijden (binnen de 28 dagen)
  - datum van aanvang van de symptomen
  - datum van de registratie
  - diagnosebron
  - plaats van behandeling
- b) medische voorgeschiedenis
  - acuut myocard infarct
  - chronische ischemische hartaandoeningen
  - hypertensie
- c) diagnose criteria
  - anamnese
  - enzymen
  - ECG
  - autopsie
- d) notificatie van overlijden
  - datum
  - plaats
  - overlevingsperiode
  - ICD-code van de overlijdensaangifte of kliniek
- e) E.C.G.
  - zeker infarct
  - waarschijnlijk infarct
  - ECG niet evolutief

## Time characteristics

Het register in Gent werd terug opgestart op 1 januari 1996. Gegevens zijn nu beschikbaar van 1983 tot en met 2005. Voor Brugge zijn gegevens beschikbaar van 1999 tot 2005.



## ANALYSE DE LA CONDITION PHYSIQUE DES JEUNES DE 10 A 18 ANS EN COMMUNAUTE FRANCAISE DE BELGIQUE

### Up to date

2004

### Contact

Nom des responsables:

Professeur MARIQUE Thierry, Université Catholique de Louvain

Professeur HEYTERS Christian, Université Libre de Bruxelles

Nom de la personne de contact:

Professeur MARIQUE Thierry

Université Catholique de Louvain

Institut d'éducation physique et réadaptation – Unité EDPH

Place Pierre de Coubertin, 1

1348 Louvain-La-Neuve

Tél: 010.47.44.36

Fax: 010.47.20.93

E-mail: Thierry.Marique@edph.ucl.ac.be

### Aims

Né de l'application de la batterie européenne de tests EUROFIT, le “Baromètre de la condition physique” de jeunes élèves fréquentant les écoles de la Communauté française de Belgique avait permis, en 1994, d'évaluer, pour la première fois en Communauté française, certains aspects de la condition physique sur un échantillon représentatif de cette population.

L'analyse des résultats obtenus en 1994 avait situé la condition physique de ces jeunes dans la moyenne ou la moyenne inférieure par rapport à d'autres populations analysées dans la littérature de l'époque[1]. L'importance de la pratique sportive dans un club et son influence éventuelle sur cette condition physique avaient aussi été envisagées.

Toutes ces informations relevées en 1994 devaient aussi servir de base à une surveillance de l'évolution de cette condition physique dans le temps.

Le présent rapport a pour objet la présentation des résultats de l'opération “Baromètre de la condition physique”, dont le traitement statistique, les références (profil anthropométrique et moteur) percentilées pour les garçons et les filles dans toutes les catégories d'âge de 10 à 18 ans et l'analyse de l'évolution ont été confiées aux Professeurs Christian HEYTERS (ULB) et Thierry MARIQUE (UCL).

Cette étude permet de réaliser un constat objectif de l'évolution de la condition physique des jeunes sur une période de 10 ans (1994-2004).

### Methodology

La collecte se fait au niveau de la Communauté française de Belgique et est fait avec des mesures anthropométriques (composition corporelle) et tests d'aptitudes physiques (Batterie EUROFIT). Cette collecte est financée par la Direction générale du Sport – Communauté française de Belgique.

Taille de la population: 3.746 jeunes (1.923 garçons et 1.823 filles)

Extrapolation possible pour la Belgique: ?

## Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

### a) Test EUROFIT

- endurance cardio-respiratoire  
test: course navette d'endurance (CNE)
- force statique  
test: dynamométrie manuelle (DYM)
- force explosive (puissance)  
test: saut en longueur sans élan (SLO)
- force fonctionnelle  
test: suspension bras fléchis (SBF)
- force du tronc  
test: redressements station assise (RSA)
- vitesse-coordination  
test: Course navette 10x5 mètres (CNA)
- vitesse des membres  
test: frappe des plaques (FP)
- souplesse  
test: flexion tronc en avant en position assise (FLT)
- équilibre général  
test: test d'équilibre flamingo (EFL)

### b) Mesures anthropométriques

- taille (cm)
- poids (kg)

### c) Données d'identification

- âge (années, mois)
- sexe

### d) Pratique sportive en club? (oui – non)

### e) Si oui, combien d'heures par semaine?

- 0 – 4 h
- 4 à 6 h
- 6 à 8 h
- + de 8 h

## Time characteristics

Dernières données disponibles: ?

## BELSTRESS - "STRESS ET SANTÉ"

Up to date

2004

Contact

- Prof. Dr. M. Kornitzer

Département d'Epidémiologie et de Promotion de la Santé

Ecole de Santé Publique - ULB

Campus Erasme - CP 596

Route de Lennik, 808

1070 Bruxelles

Tél: 02/555.40.89 (87)

Fax: 02/555.40.49

E-mail: mkornit@ulb.ac.be

- Prof. G. De Backer

Universiteit Gent (U.G.)

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

UZ - Blok A

De Pintelaan 185

9000 Gent

Tel: 09/240 36 28

Fax: 09/240 49 94

E-mail: guy.debacker@ugent.be

Aims

Cette recherche a été menée sur un échantillon d'hommes et de femmes au travail âgés de 35 à 59 ans entre 1994 et 1998. Il s'agit de plus de 16.000 hommes et 5.000 femmes qui travaillent dans 25 entreprises belges. Le but initial de cette étude épidémiologique longitudinale est la recherche d'une relation d'une part du stress au travail avec l'absentéisme pour cause de maladie ou d'accident et comme second objectif important, la relation (uniquement chez les hommes) entre stress au travail et événements coronariens aigus. Par ailleurs, M. Kornitzer est coordonnateur de l'étude de l'Union Européenne de la DGXII (BIOMED I) JACE (Jobstress Absentism and Coronary heart disease in Europe), subsidiée par la Communauté européenne.

Nous avons effectué un suivi de mortalité et morbidité coronarienne jusqu'au 31 décembre 1999. Par ailleurs, un suivi a été effectué de 2 années pour chaque sujet ayant participé à l'étude en ce qui concerne toutes les absences pour cause de maladie ou d'accident. Ces données nous sont fournies par le service informatique des entreprises et comportent la date de début et de fin d'absence certifiée par un médecin. Nous avons exclu les absences dues à la grossesse.

Le FU de mortalité continue d'être effectué par accès au Registre National.

Il s'agit d'une étude nationale c'est-à-dire en collaboration étroite avec le département du Prof. G. De Backer à l'Université de Gand et l'ensemble des 25 entreprises reprenant 13 entreprises recrutées par l'intermédiaire de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (Prof. M.Kornitzer) et 12 entreprises recrutées par l'intermédiaire du Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde du Prof. G. De Backer de l'Université de Gand.

## Methodology

Extrapolation possible pour la Belgique : ?

### Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

#### a) données socio-démographiques

- sexe, âge
- état civil
- profession
- niveau scolaire
- données socio-démographiques des parents
- contraception, nombre d'enfants
- prise d'hormones de remplacement après la ménopause

#### b) données concernant les styles de vie

##### a) Tabagisme (actuel ou passé)

- type de produits
- date des arrêts éventuels
- consommation journalière (avec ou sans filtre)
- inhalation des fumées

##### b) Alimentation

- alimentation, alcool, thé et café
- consommation de poisson
- matières grasses
- . mises sur le pain
- . utilisées pour cuisiner
- . utilisées pour friture
- examen physique
- . poids, taille, tour de taille, tour de hanches
- . pression artérielle
- . fréquence cardiaque
- . électrocardiogramme au repos

##### - biologie

- . cholestérol, HDL-cholestérol et fibrinogène

#### c) Environnement professionnel

- stress au travail (modèle de Karasek: contrainte/maitrise/support social au travail)
- score de sécurité d'emploi et de contraintes physiques au travail

#### d) Score de dépression

#### e) Score du sommeil

#### f) Score de perception de l'état de santé

#### g) Score de coping

- h) 1 question sur l'activité physique des loisirs
- i) Questionnaire concernant le réseau de support social hors travail
- c) données concernant la morbidité
  - cardiovasculaire
  - hypertension
  - hypercholestérolémie
  - diabète

#### Time characteristics

Dernière année d'enregistrement: ?

## CARENCE IODEE (ICCIDD)

### Up to date

2004

### Contact

Responsable/personne de contact: Prof. F. Delange  
Directeur exécutif honoraire, ICCIDD  
153, avenue de la Fauconnerie  
1170 Bruxelles  
Tél.: 02/675 85 43  
Fax: 02/675 18 98  
E-mail: fdelange@ulb.ac.be

### Aims

- Evaluation de la nutrition iodée en Belgique.
- Proposition au Ministère Santé d'une campagne de prévention de la carence iodée.

### Methodology

La collecte des données se fait au niveau de tout le pays.

La collecte des données se fait par une enquête sur le terrain (prévalence).

Cette collecte de données est financée en partie par le Ministère 'Santé' - Fonds recherche Professeur Delange.

Elle ne revêt pas un caractère obligatoire.

La collecte se fait de manière périodique, mais la fréquence n'est pas précisable, ça dépend des moyens.

Elle est en cours depuis 1967 jusqu'à maintenant.

La grandeur de la population: jusqu'environ 4000 enfants scolaires, tous les groupes d'âge.

Extrapolation possible au niveau national : ?

### Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Mesures de:

- a) volume thyroïdien (échographie)
- b) iode urinaire
- c) taux sanguins de TSH, T4, T3

### Time characteristics

Dernière année d'enregistrement: ?

## BORDET-DEPISTAGE DU CANCER

### Up to date

2004

### Contact

Unité d'Epidémiologie et de Prévention du Cancer

Clinique de Dépistage - Institut Jules Bordet

125 Bd. De Waterloo

1000 Bruxelles

Directeur: Docteur André Grivegnée

Tél.: 32.2.541.30.08

Fax: 32.2.538.65.51

E-mail:

agrive@bordet.be

Médecin-Directeur: Dr D. De Valeriola

Personnes à contacter: Dr A. R. Grivegnée (secr.: 02.541.30.53 ou 54)

- Cancer de la prostate
- Cancer du colon
- Activités de la Clinique de Dépistage

### Aims

Recherche et évaluation de différentes techniques et schémas de dépistage du cancer (prostate, colon).

### Methodology

Extrapolation possible au niveau national : ?

### Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Les paramètres enregistrés varient d'une base de données à l'autre. Au mieux, celles-ci reprennent pour chaque patient:

- a) anamnèse du patient
- b) résultats des différents examens de dépistage
- c) résultats des différents examens de diagnostic
- d) données de suivi

### Time characteristics

Dernières données disponibles : ?

# NATIONAAL REFERENTIELABORATORIUM STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE

Up to date

2004

Contact

Prof. Jan Verhaegen  
U.Z. Gasthuisberg  
Laboratoriumgeneeskunde - Microbiologie  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
Tel: 016.34.79.02  
Fax: 016.34.79.31  
E-mail: Jan.Verhaegen@uz.kuleuven.ac.be

Aims

- Bestudering van de epidemiologie van invasieve infecties veroorzaakt door Streptococcus pneumoniae
- Registratie van leeftijd, geslacht en woonplaats van de patiënt, evenals de gebruikte antimicrobiële behandeling en evolutie van de infecties
- Kapseltypering van de geïsoleerde pneumokokken
- Antibioogram van de geïsoleerde pneumokokken

Methodology

- De verzameling van gegevens gebeurt nationaal op basis van stammen die geïsoleerd worden door  $\pm$  100 ziekenhuislaboratoria
- We veronderstellen dat minstens 50 % van de pneumokokken die in België geïsoleerd worden, ingestuurd worden naar het referentielaboratorium
- Bij iedere stam wordt een formulier ingestuurd met de epidemiologische gegevens (zie hoger)
- sedert drie jaren ontvangt het laboratorium een subsidiering van de nationale overheid (BACOP, Ministerie van Volksgezondheid)
- Deze gegevensverzameling is op vrijwillige basis
- 50% van het geheel van de gevallen is opgenomen in dit register
- De verzameling gebeurt sedert 1980 op een continue manier

Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

- a) identificatie van patiënt
  - leeftijd
  - geslacht
  - woonplaats
- b) gebruikte antimicrobiële behandeling
- c) evolutie van de infecties

Time characteristics

laatste registratiejaar: ?



# INTERUNIVERSITAIR ONDERZOEKSCENTRUM VOOR SPORTBELEID

## Up to date

2004

## Contact

Prof. Johan Lefevre

Faculteit Bewegings- en Revalidatiewetenschappen (K.U.Leuven)

Tervuursevest 101

3001 Leuven

Tel: 016/32.90.84

Fax: 016/32.91.97

E-mail: johan.lefevre@faber.kuleuven.be

## Aims

- studie van de ontwikkeling van het fysiek prestatievermogen (EUROFIT) van de Vlaamse schoolgaande jeugd van 6 tot 18 jaar.
- opstellen van referentiewaarden, per leeftijd en geslacht) voor de diverse metingen en tests van de EUROFIT-testbatterij.
- Studie van de veranderingen (seculaire trend) in het fysiek prestatievermogen (EUROFIT-barometer).

## Methodology

In 1990 werd door middel van de EUROFIT-testbatterij het fysiek prestatievermogen geëvalueerd bij leerlingen uit het lager en secundair onderwijs. Per leeftijd en geslacht werd een representatief staal van 300 leerlingen bestudeerd.

In 1993 en in 1997 werd deze procedure herhaald bij leerlingen uit het secundair onderwijs.

De volgende periode van dataverzameling is gepland in 2004-2005.

De metingen behelzen lichaamskenmerken, motorische tests en een gecomputeriseerde vragenlijst omtrent fysieke activiteit en sportbeoefening.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : ?

## Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

a) Gegevens betreffende leefstijl

Fysieke activiteiten bij het beoefenen van een beroep of tijdens de vrije tijd

Antropometrische (somatische) metingen

- lengte
- gewicht
- huidplooidikte triceps
- huidplooidikte biceps
- huidplooidikte subscapula
- huidplooidikte supraspinale
- huidplooidikte kuit

- som huidplooien

#### Motorische tests

- flamingo balance
- sneltikken met één hand
- zittend reiken
- verspringen uit stand
- handknijpkracht
- sit-ups
- hangen met gebogen armen
- snelheid-shuttle run 50m
- uithouding shuttle run

#### Sportparticipatie

- tijd besteed aan verschillende sporten
- verband sportbeoefening

#### Time characteristics

De gegevens zijn niet beschikbaar.

## BELGIAN SOFT TISSUE NEOPLASM REGISTRY (BSTNR)

### Up to date

2004

### Contact

Prof. Dr. A. De Schepper – Dr. J. Gielen

Universitair Ziekenhuis UIA

Afdeling Radiologie

Wilrijkstraat 10

2650 Edegem

Tel: 03/821.46.89

Fax: 03/821.45.32

E-mail: arthur.de.schepper@uza.be

jan.gielen@uza.be

### Aims

De drie doelstellingen van BSTNR zijn:

- het geven van een tweede opinie door een expertgroep van radiologen en dit binnen de 48u (professionele dienst)
- een digitaal archief opbouwen (gegevensbank) van weekdeeltumoren, die ter beschikking staat van nationale en buitenlandse onderzoekers (wetenschappelijke dienst)
- epidemiologische informatie verkrijgen over de prevalentie van weekdeeltumoren in België

Eén van de belangrijkste doelen van het register is het opstarten van een prospectieve studie naar de waarde van magnetische resonantie beeldvorming in de karakterisering van weekdeeltumoren.

Dit registratiesysteem van weekdeeltumoren heeft zonder meer een klinische en wetenschappelijke waarde en zal uiteindelijk patiëntenzorg verbeteren.

### Methodology

Alle Belgische centra met een MR uitrusting zullen worden uitgenodigd om aan dit project (verzameling van beeldgegevens) deel te nemen. Met uitzondering van één, zijn alle Belgische MR centra (n=47) akkoord gegaan om deel te nemen aan BSTNR.

Internationaal aanvaarde standaardprocedures worden gebruikt bij de ontwikkeling van de elektronische gegevensbank en dit om een permanente beschikbaarheid van de gegevens naar de toekomst toe te verzekeren. Een klinische en statistische indexerings van het beeldmateriaal van deze neoplasmata met lage prevalentie zal worden gehanteerd voor het aanleggen van deze gegevensbank. Deze gegevens worden dan automatisch vertaald naar de ICD-9 classificatie. Alleen deze letsels die histologisch bewezen zijn, zullen worden geregistreerd.

Deze gegevensverzameling wordt nog niet gefinancierd (aanvragen naar de overheid en de industrie zijn gepland) en is niet verplicht. De verzameling gebeurt continu en voor alle leeftijdsgroepen.

De proportie van het aantal geregistreerde gevallen ten opzichte van de nationale prevalentie dient nog te worden bepaald. Gezien echter de periode van 1 januari tot 30 juni 2001 150 gevallen werden geregistreerd, menen wij de registratie nagenoeg volledig.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau: ?

## Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

- a) identificatie van de radioloog
- b) identificatie van de patiënt
  - naam
  - volgnummer
  - geboortedatum
  - geboorteplaats
  - geslacht
  - datum van aangrijpen
  - leeftijd
  - beroep
  - bezigheid
  - klinische klachten
  - duur van de klachten
  - datum van het onderzoek
- c) onderzoek
  - MRI apparatuur
  - veldsterkte
- d) grootte van de tumor
- e) identificatie van de patholoog
- f) identificatie van de clinicus

## Time characteristics

laatste registratiejaar: ?

## CORN OF NBVN-REGISTRATIE (NEDERLANDSTALIGE BELGISCHE VERENIGING VOOR NEFROLOGIE)

Up to date

2004

Contact

Verantwoordelijke: Dr. J. De Meester, voorzitter Commissie Registratie NBVN

Contactpersoon: Secretariaat NBVN

Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN)

Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Wilrijkstraat 10

2650 Edegem

Tel: 03/821 34 71

Fax: 03/829 01 00

E-mail: [secretariaat@nbvn.be](mailto:secretariaat@nbvn.be)

Aims

De gegevensverzameling dient om inzicht te krijgen in de incidentie en de prevalentie van chronische nierziekten in Vlaanderen met als doelstelling het verbeteren van de zorg voor de nefrologische patiënten door o.a. peer review en wetenschappelijk onderzoek.

Methodology

Gegevensverzameling op niveau van het Vlaams Gewest met identieke registratie in het Waalse landsgedeelte door de GNFB. Nefrologische centra in Brussel worden gedeeltelijk door de GNFB en gedeeltelijk door de NBVN geregistreerd op grond van taalkeuze van het centrum. Door koppeling van de gegevens van de NBVN met die van de GNFB kunnen cijfers op nationaal niveau gegeven worden.

De verzameling gebeurt door elektronische registratie via een on-line registratieprogramma op Internet naar een centraal bestand. De Vlaamse nefrologische centra geven de gegevens ter plekke.

Het register wordt gefinancierd door de Vlaamse nefrologen, het College van Geneesheren voor het centrum van chronische nierinsufficiëntie en de farmaceutische industrie.

Het is geen verplichte registratie. De gegevens worden vrijwillig door de centra ingegeven en met toestemming van de patiënt ter beschikking gesteld.

De proportie is 100% van de patiënten met End Stage Renal Disease (ESRD) welke enige vorm van behandeling (zowel dialyse als transplantatie) hiervoor krijgen in één van de 27 Vlaamse nefrologische centra voor volwassenen. Pre-dialysepatiënten of acute dialysepatiënten (minder dan 1 maand in dialyse) vallen buiten de registratie.

De verzameling gebeurt continu en on-line.

Registratiejaren: prospectief vanaf 1996; aangevuld met retrospectief tot 1994.

Populatiegrootte: momenteel ongeveer 16.000 patiënten met een jaarlijkse incidentie van meer dan 1000 en een prevalentie van meer dan 5000. Pediatrische gegevens zijn slechts opgenomen tot 2001.

Verschillende analyses worden uitgevoerd naargelang het gevraagde wetenschappelijk belang. Voornamelijk incidentie en prevalentie, maar ook survival analyses.

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : ?

## Data recorded

Bron: MORBIDAT ISP-WIV Maart 2009

### a) persoonlijke gegevens

- naam en voornaam
- geboortedatum
- geslacht
- geboorteplaats
- woonplaats
- renale diagnose
- renale biopsie
- gewicht bij start van de behandeling
- lengte
- creatinine bij start van de behandeling
- sterftedatum
- doodsoorzaak

### b) behandeling

- startdatum van nierfunctievervangende behandeling
- type nierfunctievervangende behandeling
- centrum van behandeling

### c) co-morbiditeit

#### 1. Tot 2001

- algemene conditie van de patiënt bij de start van de nierfunctievervangende behandeling

#### 2. Vanaf 2002: uitgebreide vragenlijst over co-morbiditeit

- hartfalen
- angina pectoris
- myocardinfarct, PTCA, CABG, Aritmie
- CVA
- perifere vasculaire ziekte
- neoplasie
- chronisch obstructief longlijden
- diabetes mellitus, neurologische en oftalmologische aantasting
- dementie
- gastro-intestinale aandoening
- hepatobilaire aandoening
- systeemziekte
- HIV, Aids
- ondervoeding

### d) transplantatielijst

- al dan niet op transplantatiewachttijst
- reden niet inschrijving op de wachtlijst
- datum inschrijving op de transplantatiewachttijst
- graad van inschrijving
- datum uitschrijving zonder transplant
- e) verwijzing
  - datum 1ste nefrologisch consult vóór de start van de nierfunctievervangende therapie
  - arts die de patiënt doorverwezen heeft naar de nefroloog
  - arts door wie de patiënt regelmatig gezien werd
  - type nierfalen (chronisch/chronisch met acute fase)
  - follow-up van patiënt uitgevoerd of niet

#### Time characteristics

Laatste registratiejaar: ?

## REGISTRE DES EVENEMENTS CORONARIENS AIGUS CONCERNANT CHARLEROI

Up to date

2004

Contact

Epidémiologie et prévention des maladies cardio-vasculaires

<http://www.ulb.ac.be/rech/inventaire/unites/ULB343.html>

tel +32-2-555.40.89 / 40.87,

fax +32-2-555.40.87 / 40.89,

Campus Erasme

CP597, route de Lennik 808, 1070 Bruxelles

Responsable Person : Charline CLEPPE-LANNOY

Email : [myrienne.lannoy@ulb.ac.be](mailto:myrienne.lannoy@ulb.ac.be)

Aims

Enregistrement des événements coronariens aigus dans l'entité de Charleroi (suite du projet MONICA). Il s'agit d'enregistrer annuellement les cas fatals et non fatals d'infarctus aigus du myocarde afin d'évaluer les modifications temporelles chez les hommes et les femmes, d'évaluer la létalité de cette maladie au cours du temps, de valider les certificats de décès et d'évaluer enfin un projet de prévention des maladies cardio-vasculaires au niveau de l'entité de Charleroi (Carolo-Cardio-santé).

Le Registre des "événements coronariens aigus" à Gand de 1983 jusqu'à 1992 a été exécuté dans le cadre du projet WHO MONICA. C'était une partie de la contribution Belgique à ce projet MONICA en collaboration avec l'ULB, qui avait établi un registre similaire à Charleroi. Les objectifs du registre sont:

- suivre sur une base annuelle l'incidence d'infarctus fatal et non fatal dans la population générale
- suivre la létalité suite à des attaques coronaires aiguës dans une population adulte de 35 à 69 ans (létalité: décès dans les 28 jours après début des symptômes)
- comparer l'incidence dans l'infarctus ainsi que dans la létalité entre 2 grandes villes, l'une dans le nord (Gand), l'autre dans le sud (Charleroi)
- comparaison de l'incidence et de la létalité consécutives aux attaques coronariennes aiguës en Belgique avec des Registres d'Infarctus dans autres pays
- l'étude des différences régionales entre Gand et Charleroi est d'autant plus importante qu'on a constaté des données divergentes pour l'infarctus non fatal sur une période de 10 ans entre ces 2 villes.

A l'origine, le registre se rapportait à la population entre 25 et 69 ans. A partir du 1 janvier 1998, il s'étend à la population de 25-74 ans pour le registre de Gand alors qu'il ne se modifie pas pour le registre de Charleroi.

Sur demande de la Communauté flamande, une deuxième région en Flandre avait été cherchée pour développer un registre des événements coronariens aigus. Après une phase pilote en 1998, on a porté le choix sur l'arrondissement de Bruges. Depuis le 1 janvier 1999, un registre fonctionne là aussi de la même manière qu'à Gand.



## Methodology

Le Registre est basé sur l'enregistrement des hospitalisations dans tous les hôpitaux de Charleroi où des patients avec suspicion d'infarctus peuvent être hospitalisés. L'expérience des 15 dernières années prouve que plus de 95% de tous les infarctus non fatals sont enregistrés correctement. Les infarctus fatals sont également dépistés en collaboration avec l'administration de la Santé Publique de la Communauté française/flamande. Le Registre s'appuie sur le protocole MONICA accepté sur le plan international

Extrapolation possible au niveau national : non

## Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Le formulaire d'enregistrement reprend des informations quant à:

- a) identification du patient
  - date de naissance
  - sexe
  - fatalité ou non de l'événement
  - date de début des symptômes
  - date d'enregistrement
  - sources de diagnostic
  - lieu du traitement
- b) antécédents
  - infarctus
  - maladie ischémique chronique
  - hypertension
- c) critères diagnostiques anamnèse
  - anamnèse
  - enzymes
  - électrocardiogramme
  - autopsie
- d) notification du décès
  - date
  - endroit
  - temps de survie
  - code ICD Certificat de décès ou clinique
  - autopsie effectuée
- e) électrocardiogramme
  - infarctus certain
  - infarctus probable
  - électrocardiogramme non évolutif

Modification du formulaire du Registre de l'entité de Charleroi à partir de 1998:

- a) identification du patient

- date de naissance
- sexe
- attaque
- date de l'attaque
- date de l'enregistrement
- sources de diagnostic
- endroit du traitement
- b) antécédents
  - infarctus du myocarde
  - maladie ischémique chronique
  - hypertension (traitement éventuel)
  - hypercholestérolémie (traitement éventuel)
  - consommation de tabac
  - diabète (traitement éventuel)
- c) critères de diagnostic
  - anamnèse
  - enzymes
  - ECG
  - nombre de ECG
  - données d'autopsie
  - cas iatrogènes
  - critères de diagnostic
- d) traitement avant l'entrée à l'hôpital (seulement infarctus hospitalisés)
  - thrombolyse
  - dilatation artère coronaire
  - pontage coronarien
  - anti-agrégants plaquettaires
  - inhibiteurs enzymes de conversion
  - beta-bloquants
- e) traitement pendant la phase aiguë (seulement infarctus hospitalisés)
  - thrombolyse
  - inhibiteurs enzymes de conversion
  - anti-agrégants plaquettaires
  - bêtabloquants
  - dilatation (PTCA)
  - pontages
  - défibrillation
- f) classe socioprofessionnelle
  - état d'activité
  - éventuellement le dernier métier effectué

- groupe social
- état civil
- d) en cas de décès
  - date de décès
  - endroit du décès
  - survie depuis le début des symptômes
  - diagnostic sur le certificat de décès (code ICD 10), ou diagnostic clinique
  - autopsie exécutée
  - diagnostic d'autopsie
  - endroit de décès sur le certificat de décès

#### Time characteristics

Dernière année d'enregistrement: ?

## B.I.R.N.H.: BELGIAN INTERUNIVERSITY RESEARCH ON NUTRITION AND HEALTH

### Up to date

2009

### Contact

Prof. Dr. G. De Backer  
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde  
RUG - Universitair Ziekenhuis-Blok A  
De Pintelaan 185  
9000 Gent  
Tel: 09/240.36.21 (of 27 of 28)  
Fax: 09/240.49.94  
e-mail : [guy.debacker@ugent.be](mailto:guy.debacker@ugent.be)

### Aims

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een voor leeftijd en geslacht gestratificeerde steekproef van de Belgische bevolking tussen 25 en 74 jaar. In totaal namen 11.292 personen aan het onderzoek deel. De oorspronkelijk bedoeling was een correlatie onderzoek uit te voeren tussen voedingsgewoonten en oorzaakspecifieke mortaliteitscijfers met het arrondissement als onderzoekseenheid. Ondertussen was een 10jaar mortaliteits followup van de cohorte uitgevoerd zodat men thans longitudinaal analyses kan doen naar de predictieve waarden van de bij de screening verzamelde gegevens m.b.t. totale- en oorzaakspecifieke sterfte toe.

### Methodology

#### Data recorded

- a). Socio-demografische gegevens
  - geslacht, leeftijd
  - burgerlijke staat
  - beroep
  - onderwijsniveau
  - socio-demografische gegevens van de ouders
  - contraceptie, aantal kinderen
- b) Gegevens betreffende leefstijl
  - Tabakgebruik
    - type produkt
    - datum van eventueel ophouden met roken
    - dagelijks verbruik (met of zonder filter)
    - inhalering van de rook
    - standpunt t.o.v. roken
  - Voeding
    - grootte, gewicht
    - urine-onderzoek (volume, Na, K, Mg, creatinine,...)

- bloedonderzoek ( cholesterol, HDL-cholesterol, Na, K, Cl, CO<sub>2</sub>, Ca, P, ureum, urinezuur, creatinine, bilirubine, gamma GT, alkalische fosfatasen,...)
  - 156 voedingsmiddelen en 31 nutriënten ( herhaling na 24 u)
  - type van gedrag A (Jenkins Activity Survey)
  - gedrag t.o.v. de problemen, de stress, de ontspanning
  - voedingsgewoonten
  - sociaal gedrag t.o.v. anderen, in groep
  - eigen opinie over zijn gedrag
  - activiteiten en leven van elke dag
  - mening over de invloed en belangrijkheid van verschillende factoren op de ontwikkeling van cardio-vasculaire aandoeningen
  - socio-professionele omgeving : werkomstandigheden, ritme, plaatsen, omgeving, relaties met patroon en collega's, beroepsziekten
- c) Gegevens betreffende morbiditeit
- cardiovasculair
  - hypertensie
  - diabetes

#### Time characteristics

## EUROCAT HAINAUT - NAMUR

### Up to date

2009

### Contact

Institut de pathologie st de génétique(IPG)

Centre de génétique humaine

Avenue Georges Lemaître,25

6011-Gosselies

Responsable :Christine Verellen-Dumoulin MD,PhD E-mail :christine.Verellen.dumoulin@ipg.be

Conseiller :Yves Gillerot MD,PhD(retraité) ;yves.gillerot@skynet.be

### Aims

Follow-up des taux de prévalence des principales malformations visibles à la naissance et/ou au cours de la première année de la vie, en ce compris les foetopathies malformatives ayant fait l'objet d'une IVG et les fausses-couches malformatives spontanées après la 20ème semaine.

Epidémiologie de ces malformations.

Influence des possibles facteurs d'environnement.

Prévention de ces malformations.

### Methodology

La collecte anonyme des données se fait au niveau de deux provinces -Hainaut (occidental) et Namur- par le truchement de 13 hôpitaux et maternités. Les données sont recueillies par un registre qui fonctionnent sans discontinuer depuis 1979. Cette collecte et le travail statistique, épidémiologique et médical sont financés en partie par la Région Wallonne et en partie par l'IPG. L'ensemble des cas (12.5000 naissances) est repris dans ce registre. En fonction de ces résultats il est possible d'estimer la prévalence des malformations congénitales au niveau national. Les groupe d'âge sont: les nouveau-nés, IVG et les enfants jusqu'à 1 an. La méthodologie Eurocat (Eurocat Central registry Belfast dir: prof.Helen Dolk) est utilisée pour analyser les données.

Extrapolation possible pour la Belgique : oui

### Data recorded

Les différents items relevés sont:

A. Mère

a) âge à la naissance de l'enfant

b) grossesses précédentes

- nombre d'avortements spontanés

- nombre d'I.V.G.

- nombre de mort-nés

- nombre de nés vivants

- nombre total des grossesses précédentes

c) profession

- d) maladies avant la grossesse
  - e) maladies pendant la grossesse
  - f) habitude
    - fumer pendant la grossesse
    - usage d'alcool pendant la grossesse
    - médication
    - autre
  - g) exposition exceptionnelle avec préjudice possible pour le fœtus
    - accident
    - empoisonnement
  - h) médication pendant la grossesse (1<sup>er</sup> trimestre)
  - i) caryotype
  - j) malformations chez la mère ou sa famille
- B. Père**
- a) âge à la naissance de l'enfant
  - b) profession
  - c) caryotype
  - d) malformations chez le père ou sa famille
  - e) parenté entre les parents
- C. Enfant**
- a) données d'identification
    - date de naissance
    - sexe
    - région
    - code
    - maternité
    - nombre de naissances
      - . chez des naissances multiples: ordre de naissance, mono- ou dizygote
    - . nombre d'enfants avec une malformation
    - type de naissance (vivant/mort-né/I.V.G.)
    - poids à la naissance (gr)
    - longueur (cm)
    - périmètre du crâne (cm)
    - durée de la grossesse (semaines)
    - conception assistée (F.I.V./insémination artificielle/induction de l'ovulation/ICSI)
    - survie après une semaine (oui/non)
    - . date du décès
  - b) diagnostic: moment/techniques

- date de la découverte
- découverte
- . par le diagnostic prénatal: durée de la grossesse au moment de la découverte (semaines)
  - . à la naissance
  - . < 1 semaine
  - . 1-4 semaines
  - . 1-12 mois
  - . > 12 mois
  - . post mortem
- état de l'enfant/fœtus au moment de la découverte (vivant/mort)
- moyen de diagnostic prénatal (malgré le diagnostic)
  - . échographie
  - . amniocentèse
  - . biopsie de la villosité du chorion
  - . autre
- c) diagnostic: malformations simples ou multiples (syndromes; associations, séquences, « MCA »...)
  - syndrome - malformations
  - caryotype
  - données de l'autopsie
  - examens exécutés pour la confirmation du diagnostic
  - autres enfants ayant une même malformation
  - autres enfants ayant une autre malformation
- autres enfants déjà mentionnés dans Eurocat
- remarques
- d) numéro de dossier

### Time characteristics

2008 est la dernière année d'enregistrement.



## ANOMALIES CONGENITALES METABOLIQUES ET HYPOTHYROIDIE

Up to date

2009

Contact

Responsable : Prof. V. Bours

Personne de contact: Dr. S. Schoos

CHU de Liège

Centre de dépistage par tests multiples

Campus du Sart Tilman – Tour 2 (+6)

4000 Liège

Tél.: 04/366 81 45

Fax: 04/366 81 46

E-mail: roland.schoos@chu.ulg.ac.be

Aims

Base de données d'identification et d'archivage des résultats des divers dépistages néonataux effectués à 5 jours de vie.

Methodology

La collecte des données se fait au niveau des différentes maternités de la Région wallonne. Les données sont jointes au prélèvement sanguin (papier Buvard). Cette collecte ne revêt pas un caractère obligatoire. Il y a un financement indirect par la Région wallonne.

La collecte se fait de manière continue. Elle est en cours depuis 1995 sous sa forme actuelle.

Taille de la population : 17.000 nouveaux nés annuel.

Extrapolation possible au niveau national : non

Data recorded

Les paramètres enregistrés sont les suivants:

Depuis 2003 : ajout d'un champ concernant le dépistage des hémoglobinopathies

Depuis 2006 : ajout de 2 tables concernant le dépistage de la surdité entré en vigueur en 2006 : une table pour le dépistage systématique et la seconde pour la gestion des cas « positifs »

a) données d'identification

- nom, prénom

- date de naissance

b) date de réception du laboratoire

c) poids à la naissance

d) données médicales

- aminoacidopathie (champs texte)

- favisme (oui/non)

- galactosémie (positif/négatif)

- taux de TSH
- taux d'IRT
- taux de 17-OH-progestérone
- taux d'Alpha-1-antitrypsine
- taux de biotinidase
- taux d'IgE
- taux de facteur VII antigène
- conclusion (champs texte)

#### Time characteristics

La dernière année d'enregistrement est 2008.

## DEEL II: VZW-ASBL

### DATABANK MISI: ARBEIDSGENEESKUNDIG REGISTRATIESYSTEEM

Up to date

2009

Contact

Dr. S. Bulterys, algemeen directeur  
IDEWE  
Interleuvenlaan 58  
3001 Heverlee  
Tel: 016/39 04 11  
Fax: 016/40 02 36  
Contactpersoon: Prof. Dr. G. Moens, Directeur Onderzoek & Ontwikkeling  
E-mail: guido.moens@idewe.be

Aims

Opvolgen van de gezondheidstoestand van de werkende bevolking. Richting geven aan specifiek epidemiologisch, ergonomisch en toxicologisch onderzoek.

De registratie van vaststellingen en/of klachten gebeurt door de bedrijfsarts ter gelegenheid van de preventieve gezondheidsbeoordeling van werknemers in diverse beroepssectoren (jaarlijks meer dan 205.000 periodieke gezondheidsbeoordelingen).

Methodology

Mogelijk extrapolatie op nationaal niveau : nee

Data recorded

Parameters die worden opgetekend ter gelegenheid van elk medisch contact tussen werknemer en bedrijfsarts:

a) demografische gegevens

- leeftijd
- geslacht

b) gegevens over de arbeidssituatie (onder andere)

- beroep
- bedrijfssector
- ergonomische informatie (beperkt)
- uurrooster (uren per week)
- arbeidsomstandigheden en -vereisten (beperkt)
- arbeidsgeneeskundige risico's

c) gezondheidsgedragingen (onder andere)

- rookgewoonte
- sportgewoonten
- medicatiegebruik

- ziekteverzuim

d) klachten (naar orgaansysteem)

e) medische vaststellingen (naar orgaansysteem)

OPGELET: BOVENSTAAND OVERZICHT = ENKEL GELDIG TOT 2005

Vanaf 2006: progressieve overschakeling van gebruik van optisch registratieformulier naar elektronisch medisch dossier: 2006 en 2007 = overgangsjaren

Vanaf 2008: data enkel verzameld via elektronisch medisch dossier (JAWS)

**BEPERKINGEN VAN DE DATA (ook na 2006):**

- 1) Cross-sectionele data: selectiebias (Healthy Worker Effect)
- 2) Geen analytische epidemiologische studie mogelijk (bv. cohortstudie), dus enkel beschrijvende studie mogelijk.
- 3) Geen linkage van werknemers mogelijk voor 2008
- 4) Observerbias: 150 medische teams registreren = interobservervariatie = groot

**VARIABLEN GEREGISTREERD VIA ELECTRONISCH MEDISCH DOSSIER (JAWS) vanaf 2008**

**1) ADMINISTRATIEVE PERSOONSgegevens:**

- Risico's
- Functie
- Beroep
- Statuut
- Werkpost
- AWR
- Uren per week

**2) ANAMNESE:**

- Ziekteverzuim
- Arbeidsongevallen
- Persoonlijke antecedenten (evt. ICD-9-CM code)
- Beroepsgebonden aandoeningen (evt. ICD-9-CM code)
- Familiale antecedenten (evt. ICD-9-CM code)
- Therapie (ja / neen / type: als stringvariabele)
- Varia

**3) BIOMETRIE:**

- Lengte
- Gewicht
- BMI
- Urinetests (stix)
- Leefgewoonten (roken/ lichaamsbeweging)
- Spirometrie
- EKG
- Audiometrie
- Visustest
- Klachten beeldschermwerk (vragenlijst)
- Biologische monitoring

4) VACCINATIES EN TESTS

5) KLINISCH ONDERZOEK:

- Pols en bloeddruk
- Algemene klinische indruk
- Respiratoir
- Cardiovasculair
- Dermatologisch
- Locomotorisch

6) GESCHIKTHEID

Time characteristics

2008 is het laatste registratiejaar.

## DIRACT: DIRECTION DE LA RECHERCHE SUR L'AMELIORATIONS DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Up to date

2004

Contact

M. Hugo D'Hertevelt

DIRACT

Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail

60 rue de la Concorde

1050 Bruxelles

Tél: 02/511.81.55

Fax: 02/511.24.01

e-mail : hugo.dhertevelt@meta.fgov.be

Aims

Connaissance et image des conditions de travail des salariés belges – à la disposition de la politique, des entreprises, des syndicats et des syndicats patronaux – via analyses scientifiques.

Methodology

Extrapolation possible au niveau national : ?

Data recorded

Source : MORBIDAT ISP-WIV Mars 2009

Appréciation par le salarié même via des questionnaires rassemblés concernant les sujets de travail suivants:

- rythme de travail et quantité
- pression mentale
- pression émotionnelle
- effort physique
- variété dans le travail
- possibilité d'apprentissage
- indépendance dans le travail
- relation avec des collègues
- relation avec la direction
- problèmes avec le travail
- imprécision sur le travail
- changement dans le travail
- information
- communication
- participation
- possibilités de contact

- incertitude de l'avenir
- récompense
- possibilités de la carrière
- autres caractéristiques du travail
- autres caractéristiques du travail et relations du travail
- certains conditions de travail réglé contractuel
- plaisir dans le travail
- participation à l'organisation
- inclination de changement d'emploi
- des réactions émotionnelles pendant le travail
- fatigue pendant le travail
- enquiquiner au travail

### Time characteristics

Les dernières données disponibles datent de : ?





*This page is left intentionally blank.*



## KCE reports

- 33 Effects and costs of pneumococcal conjugate vaccination of Belgian children. D/2006/10.273/54.
- 34 Trastuzumab in Early Stage Breast Cancer. D/2006/10.273/25.
- 36 Pharmacological and surgical treatment of obesity. Residential care for severely obese children in Belgium. D/2006/10.273/30.
- 37 Magnetic Resonance Imaging. D/2006/10.273/34.
- 38 Cervical Cancer Screening and Human Papillomavirus (HPV) Testing D/2006/10.273/37.
- 40 Functional status of the patient: a potential tool for the reimbursement of physiotherapy in Belgium? D/2006/10.273/53.
- 47 Medication use in rest and nursing homes in Belgium. D/2006/10.273/70.
- 48 Chronic low back pain. D/2006/10.273.71.
- 49 Antiviral agents in seasonal and pandemic influenza. Literature study and development of practice guidelines. D/2006/10.273/67.
- 54 Cost-effectiveness analysis of rotavirus vaccination of Belgian infants D/2007/10.273/11.
- 59 Laboratory tests in general practice D/2007/10.273/26.
- 60 Pulmonary Function Tests in Adults D/2007/10.273/29.
- 64 HPV Vaccination for the Prevention of Cervical Cancer in Belgium: Health Technology Assessment. D/2007/10.273/43.
- 65 Organisation and financing of genetic testing in Belgium. D/2007/10.273/46.
- 66 Health Technology Assessment: Drug-Eluting Stents in Belgium. D/2007/10.273/49.
70. Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. D/2008/10.273/03
71. Guidance for the use of ophthalmic tests in clinical practice. D/2008/10.273/06.
72. Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. D/2008/10.273/09.
- 74 Hyperbaric Oxygen Therapy: a Rapid Assessment. D/2008/10.273/15.
76. Quality improvement in general practice in Belgium: status quo or quo vadis? D/2008/10.273/20
82. 64-Slice computed tomography imaging of coronary arteries in patients suspected for coronary artery disease. D/2008/10.273/42
83. International comparison of reimbursement principles and legal aspects of plastic surgery. D/2008/10.273/45
87. Consumption of physiotherapy and physical and rehabilitation medicine in Belgium. D/2008/10.273/56
90. Making general practice attractive: encouraging GP attraction and retention D/2008/10.273/66.
- 91 Hearing aids in Belgium: health technology assessment. D/2008/10.273/69.
92. Nosocomial Infections in Belgium, part I: national prevalence study. D/2008/10.273/72.
93. Detection of adverse events in administrative databases. D/2008/10.273/75.
95. Percutaneous heart valve implantation in congenital and degenerative valve disease. A rapid Health Technology Assessment. D/2008/10.273/81
100. Threshold values for cost-effectiveness in health care. D/2008/10.273/96
102. Nosocomial Infections in Belgium: Part II, Impact on Mortality and Costs. D/2009/10.273/03
- 103 Mental health care reforms: evaluation research of 'therapeutic projects' - first intermediate report. D/2009/10.273/06.
104. Robot-assisted surgery: health technology assessment. D/2009/10.273/09
108. Tiotropium in the Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Health Technology Assessment. D/2009/10.273/20
109. The value of EEG and evoked potentials in clinical practice. D/2009/10.273/23
111. Pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions for Alzheimer's Disease, a rapid assessment. D/2009/10.273/29
112. Policies for Orphan Diseases and Orphan Drugs. D/2009/10.273/32.
113. The volume of surgical interventions and its impact on the outcome: feasibility study based on Belgian data
114. Endobronchial valves in the treatment of severe pulmonary emphysema. A rapid Health Technology Assessment. D/2009/10.273/39
115. Organisation of palliative care in Belgium. D/2009/10.273/42
116. Interspinous implants and pedicle screws for dynamic stabilization of lumbar spine: Rapid assessment. D/2009/10.273/46

117. Use of point-of care devices in patients with oral anticoagulation: a Health Technology Assessment. D/2009/10.273/49.
118. Advantages, disadvantages and feasibility of the introduction of 'Pay for Quality' programmes in Belgium. D/2009/10.273/52.
119. Non-specific neck pain: diagnosis and treatment. D/2009/10.273/56.
121. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. D/2010/10.273/03
122. Financing of home nursing in Belgium. D/2010/10.273/07
123. Mental health care reforms: evaluation research of 'therapeutic projects' - second intermediate report. D/2010/10.273/10
124. Organisation and financing of chronic dialysis in Belgium. D/2010/10.273/13
125. Impact of academic detailing on primary care physicians. D/2010/10.273/16
126. The reference price system and socioeconomic differences in the use of low cost drugs. D/2010/10.273/20.
127. Cost-effectiveness of antiviral treatment of chronic hepatitis B in Belgium. Part I: Literature review and results of a national study. D/2010/10.273/24.
128. A first step towards measuring the performance of the Belgian healthcare system. D/2010/10.273/27.

This list only includes those KCE reports for which a full English version is available. However, all KCE reports are available with a French or Dutch executive summary and often contain a scientific summary in English.



