



## Inhoudstafel van de feedback van nosocomiale infecties op intensieve zorgen eenheden (ICU-surveillance)

ixxxx<sup>1</sup>\_200X<sup>2</sup>.xls : Tabellen (individueel jaaroverzicht)

ixxxx<sup>1</sup>\_97\_0X<sup>2</sup>.xls : Tabellen (individueel cumulatief)

iBelg\_200X<sup>2</sup>.xls : Tabellen (nationaal jaaroverzicht)

iBelg\_97\_0X<sup>2</sup>.xls : Tabellen (nationaal cumulatief)

1. Samenvatting	p.2
2. Trimester - overzicht	p.3
3. Kwaliteitsanalyse van de gegevens	p.4
4. tabellen	p.5
Tabel 1A. Beschrijving van de patiëntenpopulatie	p.5
Tabel 1B. Beschrijving van de patiëntenpopulatie (vervolg)	p.6
Tabel 2. Risicofactoren	p.7
Tabel 3. Pneumonieën	p.8
Tabel 4. Bacteriëmieën	p.10
Tabel 5A. Pneumonieën en ventilatiegebruik per risicofactor	p.12
Tabel 5B. Pneumonieën en ventilatiegebruik per risicofactor (vervolg)	p.13
Tabel 6A. Bacteriëmieën en cathetergebruik per risicofactor	p.14
Tabel 6B. Bacteriëmieën en cathetergebruik per risicofactor (vervolg)	p.15
Tabel 7. Micro-organismen bij pneumonieën	Vanaf p.16
Tabel 8. Micro-organismen bij bacteriëmieën	
Tabel 9. Antibioticaresistentie	

---

<sup>1</sup> xxxx = uw ziekenhuiscode

<sup>2</sup> betreffend jaar

## ixxxx<sup>1</sup>\_200X<sup>2</sup>q1.xls : Tabellen (feedback per kwartaal : q1 t.e.m. q4)

1. Samenvatting	p.2
2. Trimester - overzicht	p.3
3. Kwaliteitsanalyse van de gegevens	p.4
4. tabellen	p.5
Tabel 1A. Beschrijving van de patiëntenpopulatie	p.5
Tabel 1B. Beschrijving van de patiëntenpopulatie (cont'd)	p.6
Tabel 2. Risicofactoren	p.7
Tabel 3. Pneumonieën	p.8
Tabel 4. Bacteriëmieën	p.10
Tabel 5A. Pneumonieën en ventilatiegebruik per risicofactor	p.12
Tabel 5B. Pneumonieën en ventilatiegebruik per risicofactor (cont'd)	p.13
Tabel 6A. Bacteriëmieën en cathetergebruik per risicofactor	p.14
Tabel 6B. Bacteriëmieën en cathetergebruik per risicofactor (cont'd)	p.15
Tabel 7. Micro-organismen bij pneumonieën	Vanaf p.16
Tabel 8. Micro-organismen bij bacteriëmieën	
Tabel 9. <i>Lijst van ontbrekende gegevens</i>	
Tabel 10. <i>Lijst van discordante gegevens</i>	

## ixxxx<sup>1</sup>\_200X<sup>2</sup>.doc: Grafieken (individueel jaaroverzicht)

## ixxxx<sup>1</sup>\_97\_0X<sup>2</sup>.doc : Grafieken (individueel cumulatief)

(Grafieken zijn niet beschikbaar in het kwartaaloverzicht, nationaal jaaroverzicht en in de nationale cumulatieve feedback)

1. Aantal patiënten opgenomen in de surveillance	p.1
2. Belangrijke ontbrekende en/of discordante patiënt-waarden	p.1
3. Percentage discordante infectiedossiers	p.2
4. Mortaliteitscijfer (death/DNR %)	p.2
5. Gemiddelde verblijfsduur in IZ	p.3
6. Mediaan SAPS II score (bij opname in IZ)	p.3
7. Prophylactisch antibioticagebruik op IZ	p.4
8. Therapeutisch antibioticagebruik op IZ	p.4
9. Antibioticagebruik op IZ	p.5
10. Ventilatiegebruik	p.5
11. Aantal nosocomiale pneumonieën/1000 ligdagen (incidentiedensiteit)	p.6
12. Pneumonie incidentiedensiteit incl. behandelde (day-by-day) pneumonieën	p.6
13. Ventilator-geassocieerde pneumonieën (eerste episode) per 1000 ventilatiedagen vóór infectie	p.7
14. Ventilator-geassocieerde pneumonieën (CDC/KD, alle episoden) per 1000 ventilatiedagen (nosocomiale)	p.7
15. Gestandaardiseerd pneumoniecijfer	p.8
16. Gestandaardiseerd pneumoniecijfer (fig 15) vs. VAP-cijfer (fig 14) (CDC/KD)	p.8
17. Catheter (CVC) - gebruik	p.9
18. Aantal nosocomiale bacteriëmieën/1000 ligdagen (incidentiedensiteit)	p.9
19. Bacteriëmie incidentiedensiteit incl. behandelde (day-by-day) bacteriëmieën	p.10

<sup>1</sup> xxxx = uw ziekenhuiscode

<sup>2</sup> betreffend jaar

20. Incidentiedensiteit primaire bacteriëmieën (KD)	p.10
21. Bevestigde catheter-geassocieerde bacteriëmieën (eerste episode)/1000 catheterdagen vóór infectie	p.11
22. Catheter-geassocieerde bacteriëmieën (CDC/KD) (alle episoden) per 1000 catheterdagen (nosocomiale)	p.11
23. Gestandaardiseerd bacteriëmiecijfer	p.12
24. Gestandaardiseerd bacteriëmiecijfer (fig 23) vs CAB-cijfer (fig 24)	p.12
25. Evolutie aantal patiënten per kwartaal	p.13
26. Kwaliteitsscore per kwartaal	p.13
27. Belangrijke ontbrekende en/of discordante patiënt-waarden per kwartaal	p.14
28. Percentage ontbrekende infectiedossiers per kwartaal	p.14
29. Evolutie verblijfsduur per kwartaal	p.15
30. Evolutie mortaliteitscijfer (Death/DNR) per kwartaal (%)	p.15
31. Evolutie SAPS II score per kwartaal	p.16
32. Evolutie VAP/1000 ventilatiedagen vóór infectie per kwartaal	p.16
33. Evolutie incidentiedensiteit bacteriëmieën per kwartaal (alle episodes)	p.17
34. Evolutie pneumonie-indicatoren per jaar	p.17
35. Evolutie bacteriëmie-indicatoren per jaar	p.18
36. % microbiologisch geconfirmeerde catheter -geassocieerde bacteriëmieën	p.18
37. Evolutie incidentiedensiteit pneumonieën en bacteriëmieën incl. behandelde (day-by-day) infecties per jaar	p.19
38. Evolutie gestandaardiseerde infectiecijfers per jaar	p.19
39. Cathetergebruik en ventilatiegebruik/1000 ligdagen per jaar	p.20
40. Gemiddeld aantal dagen voor het optreden eerste nosocomiale pneumonie	p.20
41. Gemiddeld aantal dagen voor het optreden eerste nosocomiale bacteriëmie	p.21
42. Antibioticagebruik per jaar	p.21



## Verklaring van de feedback ICU surveillance

### ***Inleiding***

Individuele resultaten van het ziekenhuis worden samengevat voor de periode die op de voorpagina wordt aangeduid (kwartaal, één jaar, of meerdere jaren). De periode staat ook vervat in de bestandsnaam die links bovenaan staat afgedrukt, bv.:

ixxxx<sup>1</sup>\_200X<sup>2</sup>: ICU feedback van ziekenhuisnummer xxxx, jaar 200X<sup>2</sup>

ixxxx\_200X<sup>2</sup>q1 : idem, jaar 200X<sup>2</sup>, eerste kwartaal

ixxxx\_97\_0X<sup>2</sup>: idem, cumulatieve gegevens 1997-200X<sup>2</sup>

Voor het merendeel van de cijfers betreffen het alleen patiënten die langer dan 2 dagen op IZ verblijven. Door de definitie van het begrip "nosocomiaal" (of IZ-verworven) worden de infecties die optreden vóór dag 3 immers uitgesloten. Patiënten die slechts 2 dagen op IZ verblijven zijn niet "at risk" om een infectie op te lopen - tenzij na ontslag uit een IZ-eenheid, maar deze infecties worden slechts zelden gedetecteerd. Het beperken van de patiënten-populatie tot patiënten die langer dan 2 dagen op IZ verblijven, verbetert ook de vergelijkbaarheid met andere Europese surveillance-netwerken.

U kan supplementaire analyses aanvragen, bv. analyse enkel voor het jaar 2000, inclusief de patiënten die op dag 2 de IZ-éénheid verlieten en met als referentiepopulatie de Vlaamse ziekenhuizen, enz. (download het aanvraagformulier voor supplementaire analyses)

Het NSIH-team dankt van harte alle ziekenhuizen die aan deze arbeids-intensieve surveillance deelnamen.

---

<sup>1</sup> uw ziekenhuiscode

<sup>2</sup> betreffend jaar

# Interpretatie van de resultaten

## 1. Algemeenheden

### a. Percentielen (percentiles):

De percentielen geven weer op welke "positie" uw éénheid zich bevindt in de nationale verdeling. Wanneer de percentiel voor een bepaalde indicator voor uw éénheid P50 is (t.t.z. de mediaan), wil dit zeggen dat de helft van de ziekenhuizen voor deze indicator een waarde hebben die hoger ligt dan de uwe (en de helft een lagere). P 10 wil zeggen dat 10% (of juist 9.9%) van de ziekenhuizen een waarde heeft die lager ligt.

### b. Grafieken (ixxxx<sup>1</sup>\_97\_0X<sup>2</sup>.doc):

Figuren 1 t/m 24 zijn "benchmark"-grafieken, figuren 25 t/m 42 geven de evolutie van de belangrijkste indicatoren weer. De evolutiegrafieken worden slechts weergegeven indien u meer dan eens aan de surveillance deelnam.

De benchmarkgrafieken tonen de nationale distributie van de gemiddelden, percentages enz., samengevat per ziekenhuis/ IZE. De verticale lijn geeft de positie weer van uw éénheid. Dezelfde waarde wordt onder de titel van de figuur vermeld, doorgaans met het 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit betrouwbaarheidsinterval geeft aan dat wanneer men 100 maal dezelfde meting zou doen op dezelfde manier, het gemeten resultaat zich 95 maal in dit interval zou bevinden. Hoe lager het aantal patiënten, hoe breder het betrouwbaarheidsinterval en hoe minder nauwkeurig het resultaat is. De bovenste lijn van de benchmarkgrafiek geeft de percentielen (P10, P50, P90) van de referentiepopulatie weer. Deze percentielen kunnen licht verschillen van die in het nationaal rapport omdat in het laatste de gegevens van mindere kwaliteit werden verwijderd.

In de evolutiegrafieken (fig.25-33) worden de indicatoren per kwartaal weergegeven. De volle lijn is uw éénheid, de stippellijnen geven de referentie-percentielen. Figuren 34-42 tonen de evolutie van verschillende indicatoren rond één onderwerp per jaar voor uw éénheid.

## 2. De tabellen

De voornaamste indicatoren worden weergegeven in het werkblad "summary" en op de grafieken.

**a. Het totaal aantal patiënten** die in de analyse zijn opgenomen staan onder ">48h stay". Dit zijn de patiënten met een verblijf van > 2 dagen (ontslagdatum minus opnamedatum+1 is groter dan 2) (figuren 1 & 25).

### b. Data quality check:

Deze berekening kijkt na hoeveel ontbrekende (missing) er zijn en of er inconsistenties zijn tussen de verschillende variabelen (discordante waarden). De percentages zijn uitgedrukt op het totaal aantal mogelijke ontbrekende/discordante waarden. De details van deze indicatoren vindt u op het werkblad "Dqc" (data quality check) (p4). Zie ook figuren 2,3 en 26-28. "Major errors" betreffen variabelen die een belangrijke invloed kunnen hebben op de risicoscores en/of de infectiecijfers.

---

<sup>1</sup> xxxx = uw ziekenhuiscode

<sup>2</sup> betreffend jaar

**c. Beschrijving van de patiënten** (details in werkblad "Table 1") (p5)

In deze tabel staan de voornaamste kenmerken van uw patiënten-populatie: verblijfsduur, mortaliteit en SAPS II score (figuren 4-6 en 29-31). Alle waarden betreffen uitsluitend de patiënten die langer dan 2 dagen op IZ verbleven. De risicoscores zijn samengesteld uit onafhankelijke risicofactoren voor resp. pneumonie en bacteriëmie (zie onderstaande tabellen).

Tabel 1. Variabelen opgenomen in de pneumonie-risicoscore  
Independent risk factors of icu-acquired pneumonia (n=15838, 67 ICUs)

	OR (95%CI)	p-value
SAPSII		
<15	1.0	
15-24	1.6 (1.0 -2.5)	0.036
25-34	2.2 (1.5 -3.4)	0.000
35-64	2.9 (1.9 -4.4)	0.000
65-74	2.5 (1.5 -4.1)	0.001
>=75	1.9 (1.1 -3.2)	0.022
Gender (male)	1.5 (1.3 -1.7)	0.000
Admission type		
med. coronary	0.7 (0.5 -0.9)	0.004
med. trauma	1.8 (1.2 -2.5)	0.001
thor. non-card.surgery	3.0 (2.1 -4.2)	0.000
Mechanical ventilation		
0-1 d	1.0	
2 d -ABT peri-adm.	1.3 (1.0 -1.8)	0.057
+ABT peri-adm.	1.1 (0.7 -1.9)	0.630
3-4d -ABT peri-adm.	9.8 (7.6 -12.7)	0.000
+ABT peri-adm.	2.5 (1.8 -3.6)	0.000
5-6d -ABT peri-adm.	22.2 (15.5 -31.7)	0.000
+ABT peri-adm.	7.2 (4.9 -10.6)	0.000
7-13d -ABT peri-adm.	24.2 (16.3 -35.8)	0.000
+ABT peri-adm.	14.6 (10.1 -21.2)	0.000
>=14d	25.9 (15.8 -42.6)	0.000
Gastric tube without feeding	1.3 (1.1 -1.6)	0.003
Enteral feeding	2.1 (1.7 -2.6)	0.000
Parenteral feeding	1.9 (1.6 -2.2)	0.000
Central venous catheter		
0 d	1.0	
1-2 d	24.5 (18.0 -33.4)	0.000
3-4 d	2.4 (1.8 -3.2)	0.000
5-6 d	1.6 (1.2 -2.2)	0.004
7-13 d	0.6 (0.5 -0.9)	0.010
>=14 d	0.3 (0.2 -0.4)	0.000

Diagnostics	AUC*	GOF**
development (97-99)	0.8706	0.22
validation (00-01)	0.886	0.12

\*AUC: Area under ROC curve; \*\*GOF: Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit

Tabel 2. Variabelen opgenomen in de bacteriëmie-risicoscore  
Independent risk factors of icu-acquired bacteremia (n=15838, 67 ICUs)

	OR (95%CI)	p-value
SAPSII		
<15	1.0	
15-24	1.8 (0.8 -4.0)	0.164
25-34	2.0 (0.9 -4.5)	0.089
35-64	2.1 (0.9 -4.7)	0.072
65-74	1.9 (0.7 -4.6)	0.183
>=75	1.9 (0.8 -4.9)	0.154
Age>=80	0.6 (0.4 -0.8)	0.002
Admission type		
med. coronary	0.7 (0.5 -1.0)	0.043
scheduled surgery	0.7 (0.5 -0.9)	0.020
neurosurgery	0.5 (0.2 -0.8)	0.009
Mechanical ventilation		
0-2 d	1.0	
3-4d -ABT peri-adm.	4.3 (2.7 -6.8)	0.000
+ABT peri-adm.	1.7 (0.9 -3.1)	0.108
5-6d -ABT peri-adm.	8.1 (4.6 -14.1)	0.000
+ABT peri-adm.	2.9 (1.5 -5.5)	0.001
7-13d -ABT peri-adm.	11.8 (6.9 -19.9)	0.000
+ABT peri-adm.	8.3 (5.0 -14.0)	0.000
>=14d	11.1 (6.1 -20.4)	0.000
Enteral feeding	1.4 (1.0 -1.8)	0.032
Parenteral feeding	2.0 (1.6 -2.5)	0.000
Central venous catheter		
0 d	1.0	
1-2 d	23.1 (12.7 -41.9)	0.000
3-4 d	2.6 (1.5 -4.5)	0.001
5-6 d	4.6 (2.7 -8.1)	0.000
7-13 d	2.2 (1.2 -3.9)	0.008
>=14 d	1.2 (0.6 -2.4)	0.567
Pneumonia bef. bac	3.1 (2.4 -4.1)	0.000

<i>Diagnostics</i>	AUC*	GOF**
development (97-99)	0.8848	0.24
validation (00-01)	0.8664	0.43

Het gebruik van de "extrinsieke" risicofactoren (mechanische ventilatie, centraal veneuze catheters, antibioticumgebruik, enz.) worden gedetailleerd weergegeven op het werkblad "Table 2" (p7) en verder op de figuren 7-10, 17, 39 en 42.

**d. Pneumonieën** (details in werkbladen "table 3" (p8) en "table 5" (p12))

- Pneumonieën>Dag 2 (eerste episode): aantal en percentage patiënten met minstens één pneumonie met infectiedatum na dag 2
- Pneumonieën/1000 ligdagen: incidentiedensiteit. In figuur 11 en in de samenvatting werden alleen de pneumonieën waarvoor een infectiedossier werden ingevuld in rekening gebracht. In figuur 12 werden ook de pneumonieën die op het day-by-day formulier werden aangegeven in rekening gebracht, omdat in een aantal ziekenhuizen de infectiedossiers niet systematisch werden ingevuld. Zie ook figuur 34 en 37.

- VAP ( $\geq 1$ vd), 1st/1000 vd bef VAP: Eerste episode van pneumonieën met minimum één ventilatiedag vóór het optreden van de pneumonie, per 1000 ventilatiedagen vóór infectie. In deze indicator worden alleen de ventilatiedagen in de noemer opgenomen die werkelijk bijdragen tot het risico op pneumonie. Ventilatiedagen vanaf het optreden van de pneumonie zijn waarschijnlijk (deels) te wijten aan de behandeling van de verslechterde respiratoire toestand van de patiënt tengevolge van de pneumonie. Een pneumonie wordt als ventilator-geassocieerd beschouwd wanneer er minimum 1 dag ventilatie aan vooraf ging (sensibele definitie). Zie ook figuren 13, 32 en 34.
- CDC VAP $>48$ h(all)/1000 vent-days (KD): volgens de CDC criteria wordt een pneumonie slechts als ventilator-geassocieerd beschouwd wanneer de patiënt geventileerd werd in de 48 uren die de infectie voorafgingen (specifieke definitie). In de teller worden alle dergelijke pneumonieën geteld, in de noemer worden alle ventilatiedagen geteld (ook die na het optreden van de pneumonie). Een kleinere teller en een grotere noemer resulteren in een lagere waarde voor deze indicator, die ook in het kader van het kwaliteitsdecreet (KD) gevraagd wordt. Zie ook figuren 14, 16 en 34.
- Standardized pneumonia ratio (O/E): het gestandaardiseerde pneumoniecijfer geeft de verhouding weer van het aantal geobserveerde (O) pneumonieën (met infectiedossier) en het aantal verwachte (E) pneumonieën (op basis van de risicoscore). Deze waarde is dus gelijk aan 1 wanneer  $O=E$ . Een waarde van 2 duidt aan dat men 2 maal meer pneumonieën had dan verwacht op basis van het (intrinsiek + extrinsiek) risicoprofiel, een waarde van 0.5 wil zeggen dat men 2 maal minder infecties had dan verwacht. Zie ook figuren 15, 16 en 38.
- Table 3 (E. duration) vermeldt het gemiddeld aantal verblijfsdagen voor het optreden van een eerste pneumonie ( $>2D$ ) (Time lag before onset PN $>D2$ ). Zie ook figuur 40.

**e. Bacteriëmieën** (details in werkbladen "table 4" (p10) en "table 6" (p14))

- Bacteriëmieën $>Dag 2$  (eerste episode): aantal en percentage patiënten met minstens één bacteriëmie met infectiedatum na dag 2
- Bacteriëmieën/1000 ligdagen: incidentiedensiteit. In figuur 18 en in de samenvatting (p2) werden alleen de bacteriëmieën waarvoor een infectiedossier werden ingevuld in rekening gebracht. In figuur 19 werden ook de bacteriëmieën die op het day-by-day formulier werden aangegeven in rekening gebracht, omdat in een aantal ziekenhuizen de infectiedossiers niet systematisch werden ingevuld. Zie ook figuren 33, 35 en 37.
- Primaire bacteriëmieën per 1000 ligdagen: de primaire bacteriëmieën zijn diegene voor dewelke er geen andere infectie als bron werd aangegeven (t.t.z. de zeker en waarschijnlijk catheter-gerelateerde en de bacteriëmieën van ongekende oorsprong). Deze indicator wordt gevraagd door het kwaliteitsdecreet. De grens tussen "ongekende oorsprong" en "waarschijnlijk secundair" is echter vaag en maakt dat subjectieve interpretaties een grote invloed kunnen hebben op deze indicator. Zie ook Table 4 (p10) (origin of bacteremia episodes) en figuren 20 en 35.
- Cath-ass.BAC(all) $>D2/1000$  catheter-days (KD/CDC): volgens de CDC definitie is een bacteriëmie "catheter-geassocieerd" wanneer er in geval van een primaire bacteriëmie (zie opmerking aldaar) een centrale catheter aanwezig was in de 48 uur die de infectie voorafgingen. Alle catheter-geassocieerde bacteriëmie-episodes worden in de teller geteld, alle CVC dagen in de noemer (waarbij 3 CVCs bij 1 patiënt op 1 dag geteld worden als 1 catheterdag). De indicator is vereist in het kader van het kwaliteitsdecreet (KD). Zie ook figuren 22, 24 en 35.
- Definite CAB(1st) $>D2/1000$  cvc-days bef inf: Een bacteriëmie is zeker (definite) catheter-gerelateerd wanneer er op een kwantitatieve cultuur van de cathetertip hetzelfde micro-organisme werd geïsoleerd als in het bloed. Alleen de eerste episode wordt geteld in de teller, in de noemer worden alleen de catheterdagen vóór infectie geteld. Deze indicator geeft een meer betrouwbaar beeld van de "echt" catheter-gerelateerde bacteriëmieën,

maar is erg gevoelig aan verschillen tussen de ziekenhuizen m.b.t. het bacteriologisch bevestigen van de bacteriëmieën. Vooral geschikt voor de opvolging binnen eenzelfde ziekenhuis (figuur 35), minder als benchmarkindicator (figuur 21).

- Standardized bacteremia ratio (O/E): het gestandaardiseerd bacteriëmicijfer geeft de verhouding weer van het aantal geobserveerde (O) bacteriëmieën (met infectiedossier) en het aantal verwachte (E) bacteriëmieën (op basis van de risicoscore). Deze waarde is dus gelijk aan 1 wanneer O=E. Een waarde van 2 duidt aan dat men 2 maal meer bacteriëmieën had dan verwacht op basis van het (intrinsiek + extrinsiek) risicoprofiel, een waarde van 0.5 wil zeggen dat men 2 maal minder infecties had dan verwacht. Zie ook figuren 23, 24 en 37.
- Table 4 (E. duration) vermeldt het gemiddeld aantal verblijfsdagen voor het optreden van een eerste bacteriëmie (>2D) (Time lag before onset BAC>D2). Zie ook figuur 41
- Figuur 36 geeft u het percentage van de microbiologisch geconfirmeerde CVC-geassocieerde bacteriëmieën. Dit cijfer komt overeen met de definitief CVC gerelateerde Bac zoals weergegeven in table 4 (C. Origin of Bac episodes)

#### **f. Micro-organismen**

De micro-organismen geïsoleerd bij pneumonieën en bacteriëmieën worden weergegeven in "Table 7" (p16) en "Table 8" (p18). De weergegeven percentages hebben betrekking tot alle pneumonieën en bacteriëmieën. U kan zelf desgewenst de percentages herberekenen voor de micro-organismen die na dag 2 of dag 4 geïsoleerd werden.

#### **g. Resistentiecijfers**

De resistentiecijfers (pneumonieën en bacteriëmieën samen) worden weergegeven in "tabel 9" (p20).

- De eerste kolom geeft een overzicht van de micro-organismen geïsoleerd bij pneumonieën + bacteriëmieën waarvoor de optie "antibioticumresistentie" al of niet werd gevolgd. Het totaal aantal (N) van het betreffende geregistreerde micro-organisme wordt tussen haakjes weergegeven.
- In de tweede kolom staat "micro-organisme met beschikbare resistentiegegevens (=noemer van het resistentiecijfer) t.o.v. het totaal aantal van dit geregistreerd micro-organisme in trimesters waarin resistentiegegevens verzameld werden". Het percentage tussen haakjes geeft dus weer voor hoeveel micro-organismen de gevoeligheid voor dit antibioticum werd ingevuld in trimesters dat de optie antibioticumresistentie gevolgd werd voor dit micro-organisme.
- De derde kolom geeft het aantal en percentage micro-organismen dat niet gevoelig was (I en/of R) aan het antibioticum in kwestie.
- Kolom 4 tot 8 tonen respectievelijk de resistentie (of beter % "100-gevoeligheid") percentages voor de andere ziekenhuizen: percentielen 10, 25, 50 (mediaan), 75 en 90.
- De laatste kolom geeft het aantal ziekenhuizen dat voor deze percentielen in rekening werd gebracht (tz die minimum 70% van dit micro-organisme getest hebben).

Voor de verdere interpretatie van de gegevens is het aangewezen bij het lezen van de individuele tabellen, de tabellen en de tekst van het nationale rapport te raadplegen. De nationale tabellen hebben dezelfde structuur, maar geven voor een groot aantal indicatoren de percentielen voor de ziekenhuizen wiens gegevens aan minimale kwaliteitscriteria voldeden. U kan ook steeds contact opnemen met het NSIH team van het WIV voor verdere uitleg bij het interpreteren van de gegevens.