



Inhoudstafel van de feedback Septicemie surveillance (hospitalwide)

sxxx¹_200X².xls : Tabellen (individueel jaaroverzicht)
sxxx¹_92_0X².xls : Tabellen (individueel cumulatief)
sxxx¹_200X²q1.xls : Tabellen (feedback per kwartaal : q1 t.e.m. q4)
sBelg_200X².xls : Tabellen (nationaal jaaroverzicht)
sBelg_92_0X².xls : Tabellen (nationaal cumulatief)

1. Samenvatting – kwartaal overzicht	p.2
2. Kwaliteitsanalyse van de gegevens	p.3
3. Tabellen	
Tabel 1a. Standaard samenvatting	p.4
Tabel 1b. Samenvatting kwaliteitsdecreet (NSIHwin gegevens)	p.5
Tabel 2a. Oorsprong van de septicemieën	p.6
Tabel 2b. Cathetergegevens (optioneel)	p.6
Tabel 3. Verdeling van de septicemieën per dienst	p.7
Tabel 4. Klinische gegevens	p.8
Tabel 5a. Verdeling van de micro-organismen	vanaf p.10
Tabel 5b. Verdeling van de micro-organismen per dienst	
Tabel 5c. Verdeling van de micro-organismen per septicemieën oorsprong	
Tabel 6. Lijst van septicemieën met bijbehorende karakteristieken	
Tabel 7. Lijst van de discordante en ontbrekende patiënt-waarden in de teller-gegevens	
Tabel 8. Lijst van de ontbrekende patiënt-waarden in de noemergegevens	

sxxx¹_200X².doc : Grafieken (individueel jaaroverzicht)
sxxx¹_92_0X².doc : Grafieken (individueel cumulatief)
(Grafieken zijn *niet* beschikbaar in het kwartaaloverzicht)
sBelg_200X².doc : Grafieken (nationaal jaaroverzicht)
sBelg_92_0X².doc : Grafieken (nationaal cumulatief)

1. Gemiddeld aantal opnames in het ziekenhuis per maand	p.1
2. Gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis	p.1
3. Gemiddeld aantal opnames op de IZ-afdeling per maand	p.2
4. Gemiddelde verblijfsduur op de IZ-afdeling	p.2
5. Aantal hemoculturen per 1000 patiëntendagen	p.3
6. Incidentie van de nosocomiale septicemieën	p.3

¹ xxxx = uw ziekenhuiscode

² betreffend jaar

7. Incidentiedensiteit van de nosocomiale septicemieën	p.4
8. Incidentie van de nosocomiale septicemieën op de IZ-afdeling	p.4
9. Incidentiedensiteit van de nosocomiale septicemieën op de IZ-afdeling	p.5
10. Incidentiedensiteit van de catheter-geassocieerde septicemieën	p.5
11. Incidentiedensiteit van de secundaire septicemieën	p.6
12. Incidentiedensiteit van septicemieën van ongekennde oorsprong	p.6
13. Incidentie SEP – ziekenhuizen met >= 400 bedden	p.7
14. Incidentie SEP – op de IZ-afdeling – ziekenhuizen met >= 400 bedden	p.7
15. Incidentie SEP met gram + kokken	p.8
16. Incidentie SEP met CNS	p.8
17. Incidentie SEP met S. aureus	p.9
18. Incidentie SEP met Enterococcus spp.	p.9
19. Incidentie SEP met Streptococcus spp.	p.10
20. Incidentie SEP met enterobacteriaceae	p.10
21. Incidentie SEP met Escherichia spp.	p.11
22. Incidentie SEP met Enterobacter spp.	p.11
23. Incidentie SEP met Klebsiella spp.	p.12
24. Incidentie SEP met gram -, niet fermenterende	p.12
25. Incidentie SEP met Pseudomonas spp.	p.13
26. Incidentie SEP met Candida spp.	p.13
27. Gemiddelde leeftijd van patiënten met een nosocomiale septicemie	p.14
28. Mortaliteit geassocieerd met de nosocomiale septicemieën	p.14
29. Mortaliteit binnen de 7 dagen na het begin van de septicemie	p.15
30. Aantal opnames in het databestand	p.15
31. Gemiddeld aantal maandelijkse opnames per jaar	p.16
32. Gemiddelde verblijfsduur per jaar	p.16
33. Aantal afgenomen hemoculturen per 1000 patiëntendagen	p.17
34. SEP incidentie/10000 ligdagen per jaar	p.17
35. SEP incidentie/10000 ligdagen per kwartaal	p.18
36. SEP incidentie per oorsprong en per jaar	p.18
37. Cathetergerelateerde-SEP incidentie/10000 ligdagen per kwartaal	p.19
38. Incidentie SEP met CNS	p.19
39. Incidentie SEP met S. aureus	p.20
40. Incidentie SEP met Enterococcus spp.	p.20
41. Incidentie SEP met Streptococcus spp.	p.21
42. Incidentie SEP met Escherichia spp.	p.21
43. Incidentie SEP met Enterobacter spp.	p.22
44. Incidentie SEP met Klebsiella spp.	p.22
45. Incidentie SEP met Serratia spp.	p.23
46. Incidentie SEP met Proteus spp.	p.23
47. Incidentie SEP met Pseudomonas spp.	p.24
48. Incidentie SEP met Acinetobacter spp.	p.24
49. Incidentie SEP met Stenotrophomonas spp.	p.25
50. Incidentie candidemia	p.25
51. Mortaliteit in nosocomial septicemieën (%)	p.26
52. Mortaliteit binnen de 7 dagen na het begin van de septicemie	p.26
53. Gemiddelde leeftijd van patiënten met een septicemie	p.27
54. Gemiddelde verblijfsduur van opgenomen patiënten met een septicemie	p.27
55. Gemiddelde verblijfsduur na een doorgemaakte septicemie (van de overlevenden)	p.28
56. Gemiddeld aantal verblijfsdagen voor het optreden van een septicemie	p.28



Nationale surveillance van nosocomiale septicemieën in de Belgische ziekenhuizen

Uitleg bij de interpretatie van de feedback

I. De tabellen

De voornaamste indicatoren worden weergegeven in het werkblad "summary" (p4) en op de grafieken.

1. SUMMARY BY QUARTER I (p2)

Per kwartaal wordt een overzicht gegeven van het totaal aantal noemergegevens (N) alsook het totaal aantal septicemieën (N) en hun respectievelijke percentages voor het gehele ziekenhuis en voor de IZ afzonderlijk. Alleen de septicemieën die optreden vanaf dag 3 (>D2), ofwel de nosocomiale septicemieën, worden in deze tabel weergegeven.

%SEP>D2 werd verkregen door $N \text{ SEP}>D2/N$ of $\text{admissions} * 100$. %SEP>D2 icu werd verkregen door $N \text{ SEP}>D2 \text{ icu} / N \text{ admissions in IZ} * 100$.

2. DATA QUALITY CHECK (p3)

Deze berekening kijkt na hoeveel ontbrekende (missing) variabelen er zijn voor de noemer- (a), respectievelijk de tellergegevens (b).

b. Septicemia data:

- Missing micro-organism: micro-organisme ontbreekt daar waar een septicemie werd geregistreerd: per definitie moet een septicemie steeds laboconfirmatoer zijn
- Missing service where SEP diagnosed: dienst waar septicemie werd geregistreerd niet ingevuld
- Missing outcome (follow-up) status: bij ontslag/overlijden van patiënt of op het einde van de surveillanceperiode (wanneer de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft) werd "alive/death/unknown" niet ingevuld
- Missing outcome (follow-up) date: bij ontslag/overlijden van patiënt of op het einde van de surveillanceperiode (wanneer de patiënt nog in het ziekenhuis verblijft) werd datum van ontslag in ziekenhuis of einddatum van de surveillanceperiode niet ingevuld.
- Unlikely delay admission to infection: het ziekenhuisverblijf vóór het optreden van de infectie is onmogelijk (infectiedatum vroeger dan ontslagdatum) of abnormaal lang (langer dan 1000 dagen).
- Infection date after discharge date: infectiedatum valt na ontslagdatum. Bv. Infectiedatum=28/01/04 en ontslagdatum=25/01/04
- Nosocomial judgment out of range: onmogelijke waarden in "beoordeling" van het nosocomiale karakter van de septicemie ('service' scherm/ hospital acquired sep). De

mogelijke waarden zijn 1 (niet nosocomiaal), 2 (waarschijnlijk nosocomiaal) en 3 (zeker nosocomiaal). Hiertegen kunnen slechts uitzonderlijk fouten gemaakt worden bijvoorbeeld bij automatische gegevensverzameling (conversie en/of import uit een andere databank). Onmogelijke waarden worden omgezet in missing.

- Origin SEP out of range: onmogelijke waarden in de oorsprong van de septicemie. De mogelijke waarden zijn 1 (centrale catheter), 2 (perifere catheter), 3 (arteriële catheter), 4 (invasieve procedure), 5 (vreemd voorwerp), 6 (andere infectie) en 9 (ongekende oorsprong). Hiertegen kunnen slechts uitzonderlijk fouten gemaakt worden, bijvoorbeeld bij automatische gegevensverzameling. Onmogelijke waarden worden omgezet in missing.
- Relationship out of range: onmogelijke waarden in de graad van zekerheid van de relatie van de septicemie met de oorsprong ervan. Mogelijke waarden zijn 1 (graad van zekerheid ongekend), 2 (waarschijnlijk=klinisch vermoeden), 3 (zeker=microbiologisch bevestigd, bv. cathetercultuur of zelfde micro-organisme uit andere infectie). Hiertegen kunnen slechts uitzonderlijk fouten gemaakt worden, bijvoorbeeld bij automatische gegevensverzameling. Onmogelijke waarden worden omgezet in missing.
- Origin=other infection & no other infection site: als origine is “andere infectieplaats” aangevinkt, maar die andere infectieplaats is niet gespecificeerd in ‘precise other infection’.

3. TABLES

Tabel 1a: samenvatting (Standard summary, p4)

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.:

sxxx_2004: sep feedback van ziekenhuisnummer xxxx, jaar 2004

sxxx_2004q1 : idem, jaar 2004, eerste kwartaal

sxxx_92_04: idem, cumulatieve gegevens 1992-2004

A. Noemergegevens (*Denominator data*)

- Number of admissions: Aantal opnames voor de “*totale*” periode (voor vergelijking met andere ziekenhuizen van het gemiddeld aantal opnames per maand zie figuur 1). Zie ook evolutiegrafiek, figuur 30 en 31.
- Mean length of hospital stay (days): Gemiddelde verblijfsduur (in dagen) voor het ganse ziekenhuis (grafische voorstelling in figuur 2 en figuur 32). Figuur 54 geeft u de gemiddelde verblijfsduur van patiënten met een septicemie.
- N of admissions in intensive care: Totaal aantal opnames op intensieve zorgen (Figuur 3 geeft echter het gemiddelde aantal opnames op IZ weer per maand).
- Mean length of stay in intensive care (days): gemiddelde verblijfsduur (in dagen) op intensieve zorgen. Zie Figuur 4.
- N hemocultures per 1000 patient-days: aantal hemoculturen uitgevoerd in de periode $x \ 1000 /$ aantal ligdagen in de periode. Zie Figuur 5 en 33. Hoewel een deel van dit cijfer rechtstreeks in verband staat met het aantal septicemieën, geeft deze indicator vooral weer hoe intensief de surveillance in uw ziekenhuis gebeurt. Wanneer vaker of sneller hemoculturen worden afgenomen in gelijkaardige klinische omstandigheden (bv. systematisch bij 38°C koorts versus 38,5°C), zullen er ook meer positieve hemoculturen gedetecteerd worden.

B. Septicemie episodes

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen alle septicemie-episodes (all) en enkel de nosocomiale (> day2).

(A) = septicemie met een pathogeen

(B) = septicemie met een huidcontaminant en ≥ 2 positieve hemoculturen uit 2 afzonderlijke bloednames die binnen de 48 (tot 72) uur werden uitgevoerd.

(C) = septicemie met een huidcontaminant, maar slechts 1 positieve hemocultuur + start antibioticatherapie voor deze septicemie + CVC aanwezig in de 48 uur voor optreden septicemie (Uitbreiding definitie Vlaams kwaliteitsdecreet definitie naar CDC definitie). Deze episodes worden niet in acht genomen in de overige resultaten van de feedback, behalve in tabel 1b en tabel 6.

(D) = septicemie met 1 positieve hemocultuur van een huidcontaminant zonder antibioticatherapie en/of waarbij de aanwezigheid van een CVC in de 48 uur voor de infectie niet werd aangeduid. Deze episodes worden in geen enkele indicator opgenomen, maar worden wel weergegeven in tabel 6.

Incidenties

De septicemie *incidentiecijfers* worden op ziekenhuisniveau (a) én op niveau van de Intensieve Zorgen afdelingen gegeven (b).

- Incidence per 1000 admissions : aantal SEP/ 1000 opnames = cumulatieve incidentie (in ZH: fig.6; op IZ: fig.8)
- Incidence per 10000 patient-days: aantal SEP /10 000 ligdagen = incidentie densiteit (in ZH: fig.7, 34 en 35; op IZ: fig.9)
- N sep/100 hemoculturen Positive HC% geeft het percentage positieve hemoculturen in uw ziekenhuis weer. Deze waarde hangt af van het totaal aantal afgenomen hemoculturen in uw ziekenhuis (zie figuur 5).

De grafieken geven de incidentiecijfers weer voor de nosocomiale septicemieën (verblijf in ziekenhuis, cq IZ van meer dan 2 dagen).

Tabel 1b: KD samenvatting (NSIHwin data) (p5)

De tabel geeft een overzicht van de indicatoren zoals wordt gevraagd door het Vlaams kwaliteitsdecreet.

B. Septicemie episodes

Septicemieën opgenomen in analyse zijn:

(A) primaire SEP met een pathogeen

(B) primaire SEP met een huidcontaminant waarvoor ≥ 2 positieve hemoculturen

(C) primaire SEP met een huidcontaminant waarvoor 1 positieve hemocultuur + start antibioticatherapie voor deze SEP + een CVC aanwezig in de 48 uur voor het optreden SEP.

Incidenties

De septicemie *incidentiecijfers* op ziekenhuisniveau én op de Intensieve Zorgen worden enkel weergegeven voor de nosocomiale septicemieën (infectiedatum na 2 dagen verblijf in het ziekenhuis).

Primaire septicemieën per 1000 ligdagen op ziekenhuisniveau en per 1000 ligdagen op IZ-niveau: de primaire septicemieën zijn diegene voor dewelke er geen andere infectie als bron werd aangegeven (t.t.z. de zekere en waarschijnlijke cathetergerelateerde en de septicemieën 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.

Cathetergeassocieerde septicemieën >D2/1000 catheterdagen op ZH-niveau en per 1000 catheterdagen op IZ-niveau (KD/CDC): volgens de CDC definitie is een septicemie "cathetergeassocieerd" wanneer er in het geval van een primaire septicemie een centrale catheter aanwezig was in de 48 uur die de infectie voorafging (zelfs intermitterend). Alle cathetergeassocieerde septicemie-episodes worden in de teller geteld, alle CVC dagen in de noemer. Hierbij worden 3 CVCs bij 1 patiënt op 1 dag geteld als 1 catheterdag in het "patiënten-totaal" (pt.total) en als 3 dagen in het "catheter-totaal" (cat.total). De indicator is vereist in het kader van het kwaliteitsdecreet (KD).

Tabel 2a: oorsprong van de septicemieën (p6)

De oorsprong van een septicemie wordt onderverdeeld in 3 categorieën: de cathetergerelateerde septicemieën, de secundaire septicemieën en de septicemieën van ongekende oorsprong. De weergegeven percentages omvatten enkel de nosocomiale septicemieën (vanaf dag 3 in het ziekenhuis) volgens de NSIH definitie (A+B). Telkens wordt de graad van zekerheid van de oorsprong van de SEP weergegeven ('probable' of 'definite'). Het verband is zeker (definite) wanneer er van de "oorsprong" (catheter of andere infectiesite) hetzelfde micro-organisme werd geïsoleerd (met maximaal 1 majeur of 2 mineure verschillen op het antibiogram). Het verband is waarschijnlijk (probable) wanneer er geen microbiologisch bewijs werd geleverd, maar er voldoende klinische argumenten zijn (bv. koorts verdwijnt na verwijderen van een centraal veneuze catheter).

Figuur 10 geeft de incidentie van cathetergerelateerde septicemieën per 10000 ligdagen. Zie ook evolutiegrafiek, figuur 36 en 37.

Figuur 11 geeft u de incidentie van secundaire septicemieën (per 10000 ligdagen) in het ziekenhuis, figuur 12 geeft u de incidentie van de septicemieën van ongekende oorsprong (per 10000 ligdagen) in het ziekenhuis. Zie ook evolutiegrafiek, figuur 36.

Tabel 2b: catheter gegevens (optioneel) (p6)

Deze tabel geeft een overzicht van de optionele cathetergegevens. Er wordt een overzicht aangeboden van het type catheters samen met hun gemiddelde en mediane verblijfsduur.

Tabel 3: verdeling van de septicemieën per dienst (p7)

De tabel geeft een overzicht van de septicemieën (NSIH definitie) per dienst (specialiteit). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen septicemieën die optraden na dag 2 in het ziekenhuis (nosocomiaal voor het ziekenhuis) en na dag 2 in de dienst waar de septicemie werd vastgesteld. Noteer dat dit onderscheid pas in NSIHwin (jaar 2000 protocol) gemaakt wordt. Voor gegevens die met WHOCARE werden ingevuld is alleen de opnamedatum in het ziekenhuis en de dienst bij opname bekend. Voor NSIHwin gegevens geeft de dienst wel degelijk de dienst weer waar de septicemie optrad. De cijfers tussen haakjes geven de kolompercentages.

Figuren 13 & 14 geven u de SEP incidentie volgens aantal bedden (per 10000 ligdagen)

Tabel 4: klinische gegevens (p8)

In verschillende subtabellen staan de voornaamste kenmerken van uw patiëntenpopulatie welke een septicemie opliepen.

a. Demografische gegevens over patiënten met een septicemie

1. Leeftijd en geslacht:

De tabel geeft de gemiddelde leeftijd en geslacht van alle patiënten met een septicemie. Figuur 27 geeft de gemiddelde leeftijd van patiënten met een nosocomiale septicemie. Zie ook figuur 53.

2. Oorsprong van patiënt bij opname:

De tabel geeft de oorsprong bij opname van de patiënten met een septicemie (alleen beschikbaar voor NSIHwin gegevens).

b. Status na ontslag /einde follow-up

1. Outcome en relatie van de septicemie met overlijden. Deze tabel vermeldt de mortaliteit geassocieerd met septicemieën. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen vroege mortaliteit (binnen de 7 dagen na de septicemie) en mortaliteit na 7 dagen na het begin van de infectie.

De kolom "Tot + disch.date(%)" geeft het totaal weer waarvoor een ontslag- (outcome-) datum werd ingevuld en waarvoor dus bovenvermelde gegevens konden berekend worden; de kolom "Total(%)" geeft alle geregistreerde statussen na ontslag, dat hoger kan liggen indien voor één of meerdere patiënten de outcomedatum niet werd ingevuld.

Daaronder wordt de relatie van een overlijden tot een septicemie weergegeven, dit geeft de klinische beoordeling weer.

De volgende subtabel geeft u de sterftcijfers (case fatality rate) met het 95% betrouwbaarheidsinterval voor achtereenvolgens:

- a. alle patiënten met septicemie (SEPs < dag 2 inbegrepen). Figuur 28 geeft u het mortaliteitspercentage geassocieerd met een nosocomiale septicemie. Zie ook figuur 51.
- b. het vroege sterftcijfer (binnen de 7 dagen na het begin van de septicemie). Figuur 29 geeft u het mortaliteitspercentage binnen de 7 dagen na het begin van de septicemie van de nosocomiale septicemieën. Zie ook figuur 52.
- c. Percentage overlijdens mogelijk en/of zeker gerelateerd aan de septicemie
- d. Mortaliteitscijfer voor de nosocomiale septicemieën (vroege SEPs uitgesloten)

2. Leeftijd en geslacht-specifieke mortaliteit. De tabel geeft de leeftijd- en geslacht-specifieke mortaliteitscijfers van de patiënten met septicemie. Het gestandaardiseerde mortaliteitscijfer (age- and sex- standardized mortality rate) geeft weer wat het mortaliteitscijfer in uw ziekenhuis zou zijn indien de distributie volgens leeftijd en geslacht in uw ziekenhuis dezelfde zou zijn als in de referentiepopulatie.

c. Klinische symptomen

De tabel geeft een overzicht van de geregistreerde klinische symptomen

Tabellen 5a tem 5c: Verdeling van de micro-organismen (p10 en verder)

Tabellen 5A t.e.m. 5C geven een overzicht van de geregistreerde micro-organismen geïsoleerd bij septicemieën. Zij worden uitgezet in hun totaliteit (5A), per dienst (5B) en per septicemie oorsprong (5C) (catheter geassocieerd, secundair of oorsprong onbekend).

Alle tabellen omvatten de micro-organismen zonder de KD/CDC optie, d.w.z. septicemieën met een huidcontaminant waarvoor 1 positieve hemocultuur + start antibioticatherapie voor deze SEP + een CVC aanwezig ≥ 48 uur voor optreden SEP, werden uitgesloten. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de nosocomiaal verworven septicemieën ($\geq D3$) en de niet nosocomiale septicemieën ($< D3$). Verder wordt ook een onderscheid gemaakt tussen septicemieën die optreden binnen de 5 dagen ($< D5$) en na 5 dagen opname in het ziekenhuis ($\geq D5$). Septicemieën die optreden binnen 5 dagen na opname in het ziekenhuis betreffen vaker "community acquired" septicemieën; septicemieën die optreden na 5 dagen opname in het ziekenhuis betreffen vaker "hospital acquired" septicemieën (1) Micro-organismen die eerder opduiken bij septicemieën die zich voordoen in de algemene bevolking (community acquired) zijn o.m. *Haemophilus influenza*, *Moraxella catarrhalis* et *Streptococcus pneumoniae*.

De micro-organismen zijn gerangschikt naargelang de grootorde van voorkomen. De weergegeven percentages hebben betrekking tot alle septicemieën. U kan desgewenst zelf de percentages herberekenen voor de micro-organismen die na dag 2 of dag 4 geïsoleerd werden. Figuren 15 tem 26 geven de benchmarkgrafieken met 'incidentiecijfers' (per 10000 ligdagen) voor de belangrijkste micro-organismen (tabellen geven de %). Zie ook evolutiegrafieken, figuren 38-50.

Tabel 6: lijst van geregistreerde septicemieën met bijbehorende karakteristieken

Tabel 6 geeft een opsomming van alle geregistreerde patiënten met een septicemie met hun bijbehorende karakteristieken zoals daar zijn: opnamedatum in het ziekenhuis, leeftijd, geslacht, datum van optreden septicemie, oorsprong van septicemie, secundaire infectie categorieën, septicemie categorie (verklaring onderaan tabel), dienst en bijbehorende opnamedatum waar septicemie werd geregistreerd en status bij ontslag uit het ziekenhuis (levend dan wel overleden)

Tabel 7: lijst van de ontbrekende en discordante tellergegevens

In deze tabel vindt u de records terug welke onvolledige of tegenstrijdige gegevens bevatten. U wordt aangeraden deze gegevens indien mogelijk te verbeteren. Het is steeds mogelijk om op eender welk moment gecorrigeerde gegevens door te sturen naar het WIV en een nieuwe feedback aan te vragen.

Tabel 8: lijst van de ontbrekende noemergegevens

Per gesurveilleerd kwartaal worden de ontbrekende noemergegevens weergegeven.

II. De grafieken

Figuren 1 t/m 29 zijn "benchmark"-grafieken, figuren 30 t/m 56 geven de evolutie van de belangrijkste indicatoren weer. De evolutiegrafieken worden slechts weergegeven indien u meerdere jaren aan de surveillance deelnam.

De **benchmarkgrafieken** (fig.1-29) tonen de nationale distributie van de gemiddelden, percentages enz., samengevat per ziekenhuis/ IZE.

De verticale lijn geeft de positie weer van uw ziekenhuis/éénheid. De verticale lijn omvat de waarde vermeld onder de titel van de figuur, doorgaans met het 95% betrouwbaarheidsinterval. Een dergelijk interval bevat met 95% aannemelijkheid de werkelijke waarde van de effectparameter. 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. 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 9.99%) van de ziekenhuizen een waarde heeft die lager ligt. 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.30-56) worden de indicatoren per jaar weergegeven. Figuren 35 en 37 geven een evolutie weer per kwartaal. De volle lijn is uw ziekenhuis, de stippellijnen geven de referentie-percentielen.

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 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.

Het NSIH-team dankt van harte alle ziekenhuizen die aan de surveillance van nosocomiale septicemieën deelnamen.

Reference List

- (1) Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, McGarry SA, Trivette SL, Briggs JP et al. Health care--associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. *Ann Intern Med* 2002; 137(10):791-797.