



www.antybiotyki.edu.pl



BADANIE PUNKTOWE WYSTĘPOWANIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I ZUŻYCIA ANTYBIOTYKÓW W EUROPEJSKICH SZPITALACH PEŁNIĄCYCH OSTRY DYŻUR

Protokół wersja 4.2.PL1 Badanie oparte na pełnej skali



Ministerstwo Zdrowia

Tłumaczenie i druk sfinansowane ze środków będących w dyspozycji
Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego
pn. "Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015"

Tłumaczenie pod redakcją dr n. med Aleksandra Deptuły
lic. Michał Ptak
dr n. med. Aleksander Deptuła, Katedra i Zakład Mikrobiologii Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Spis treści

WPROWADZENIE	4
CEL	5
KRYTERIA WŁĄCZENIA/WYKLUCZENIA	6
DOBÓR PRÓBY	8
ZBIERANIE DANYCH	12
PRZEGLĄD ZEBRANYCH DANYCH	13
DANE ZE SZPITALI	13
MIANOWNIKI	18
DANE DOTYCZĄCE STOSOWANIA LEKÓW PRZECIWDROBNOUSTROJOWYCH I HAI	22
DANE KRAJOWE/REGIONALNE	27
STRUKTURA DANYCH I NAZWY ZMIENNYCH	30
PODZIĘKOWANIA	37
ANEKS	40
UWAGI NA TEMAT DEFINICJI HAI	41
SKRÓTY	42

Wprowadzenie

W lipcu 2008 koordynacja dedykowanej sieci monitorowania zakażeń szpitalnych (HAI) w Europie IPSEI (Improving Patient Safety in Europe - Poprawa Bezpieczeństwa Pacjentów w Europie) została przeniesiona do ECDC. W trakcie zewnętrznej ewaluacji IPSE prowadzonej przez ECDC, która stanowiła część planu przeniesienia IPSE do ECDC stwierdzono, że „Europejskie monitorowanie zakażeń szpitalnych wymaga objęcia wszystkich zakażeń poza zakażeniami miejsca operowanego i zakażeniami nabytymi w OIT, aby móc szacować i monitorować częstość występowania HAI” oraz, że „w związku z wprowadzeniem stałego, rozszerzonego monitorowania, które wymagają dużego zaangażowania, badania występowania obejmujące cały szpital wydają się spełniać to zadanie”

Plan pracy ECDC konsekwentnie uwzględniał wypracowanie wspólnego europejskiego protokołu dla Badań Punktowych (PPS) HAI w szpitalach pełniących ostry dyżur. W 2008, ECDC przeprowadziło analizę 17 krajowych lub regionalnych badań punktowych dotyczących HAI (lub zużycia antybiotyków) w krajach Europy (Roczny Raport Epidemiologiczny ECDC 2008). W toku analizy stwierdzono liczne różnice w zakresie metodologii pomiędzy poszczególnymi protokołami, w związku z czym sporządzanie zestawień zbiorczych na poziomie europejskim okazało się niemożliwe, w związku z tym, konieczne jest wypracowanie wspólnego protokołu dla wszystkich krajów członkowskich.

Na spotkaniu ekspertów dotyczącym definicji zakażeń i zintegrowanych działań badaniach nad HAI, opornością drobnoustrojów oraz zużyciu antybiotyków, które odbyło się w ECDC w dniach 20-22 Stycznia 2009 zalecono, że w przyszłości PPS dla HAI i zużycie antybiotyków w szpitalu, tak jak to było prowadzone w ramach ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption) części projektu szpitalnego PPS zostaną połączone. Większość uczestników styczniowego spotkania uznała za zasadne wykorzystanie definicji zakażeń szpitalnych funkcjonujących w ramach IPSE/HELICS dla HAI w badaniu PPS-HAI, oraz uzupełnienie ich o definicje HAI stworzone przez CDC. Przeprowadzono analizę zgodności pomiędzy definicjami IPSE/HELICS oraz CDC/NHSN w celu oceny występowania różnic w klasyfikacji oraz zapewnienia naukowych podstaw od stosowania definicji HAI.

Kolejne spotkania poświęcone Europejskiemu protokołowi PPS odbywały się w trakcie Rocznych spotkań dotyczących sieci badań HAI w dniach 8-10 lipca 2009 w Sztokholmie, 9-10 Września 2009 (z ekspertami spośród wszystkich krajów członkowskich z wcześniejszymi doświadczeniami w zakresie PPS) oraz 24-25 stycznia 2010. Na Corocznym Spotkaniu sieci badań HAI w dniach 7-9 stycznia 2010 w Sztokholmie, ukończono pilotażowy protokół PPS i ustalono wdrożenie badań pilotażowych okresie od lipca do października 2010. W oparciu o wyniki badań pilotażowych wypracowano ostateczną wersję protokołu w formie pełnowymiarowej na spotkaniu w dniu 6 października 2010 i w trakcie warsztatów PPS na konferencji współorganizowanej w czasie belgijskiej prezydencji w Unii w dniach 8-10 grudnia 2011. Na późniejszych spotkaniach ustalono, że wszystkie kraje członkowskie przeprowadzą pierwsze badania przed latem 2012 (w jednym z trzech wybranych okresów: maj-lipiec 2011, wrzesień-październik 2011 lub maj-lipiec 2012), a przynajmniej jedno badanie PPS będzie organizowane co 5 lat.

Protokół dostarcza Krajom Członkowskim i szpitalom wystandaryzowanej metodologii badań zgodnie z artykułem II.8.c of Rekomendacji Rady Europy 2009/C 151/01 z dnia 9 czerwca 2009 dotyczącego bezpieczeństwa pacjentów z uwzględnieniem zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych. Protokół uwzględnia również główne zmienne szpitalnego PPS ESAC, w związku z tym wypełnia Rekomendację Rady Europy 2002/77/EC z dnia 15 listopada 2001 dotyczącą ostrożności w stosowaniu substancji przeciwbakteryjnych w medycynie.

Wersja protokołu 4.2 of jest wersją ostateczną dla badań w oparciu o pełną skalę na lata 2011-2012, jednak mogą być konieczne niewielkie korekty bądź zmiany redakcyjne.

Cel

Celem Europejskich Badań Punktowych Zakażeń Szpitalnych (HAI) oraz stosowania antybiotyków (AU) w szpitalach pełniących ostry dyżur jest:

1. Ocena częstości występowania HAI oraz zużycia antybiotyków w szpitalach pełniących ostry dyżur.
2. Opis pacjentów, inwazyjnych procedur medycznych, zakażeń (lokalizacja, czynniki etiologiczne z uwzględnieniem mechanizmów oporności na antybiotyki) oraz przepisywanych antybiotyków (preparaty, wskazania):
 - z podziałem na typ pacjentów, specjalności medyczne i typy placówek
 - z podziałem na kraje członkowskie, wystandaryzowane lub rozwarstwione
3. Upowszechnienie wyników wśród osób, które powinny znać lokalne, regionalne, krajowe oraz europejskie dane, aby:
 - podnosić świadomość,
 - wspierać tworzenie struktur i umiejętności badawczych,
 - zidentyfikować najczęstsze problemy w krajach UE i ustalić listę priorytetów,
 - określić efekty wdrożonych strategii oraz opracować politykę na przyszłość na poziomie lokalnym */krajowym/regionalnym (kolejne badania EU PPS).
4. Dostarczenie wystandaryzowanego narzędzia badawczego szpitalom* w celu identyfikacji celów wymagających poprawy jakości.

* Wyniki na poziomie lokalnym (szpitala) powinny być interpretowane w sposób bardzo ostrożny i brać pod uwagę przedziały ufności związane z rozmiarem szpitala (liczbą pacjentów) i częstości zdarzeń (relatywnie dłuższe okresy dla rzadziej występujących zakażeń). Nawet w sytuacji, kiedy do badania są włączeni wszyscy pacjenci danego szpitala, należy brać pod uwagę, że dzień badań stanowi jedynie próbkę dni w danym okresie czasu. Ocena efektów interwencji podejmowanych w okresie pomiędzy badaniami może być bardziej istotne w przypadku działań, gdzie można się spodziewać poprawy (np. stosowanie antybiotyków, epidemiologia specyficznych zakażeń szpitalnych). Kiedy badanie PPS jest powtarzane przez kilka lat, można zaobserwować również mniej istotne trendy.

Kryteria włączenia/wykluczenia

Szpitale:

Do badań mogą zostać włączone wszystkie szpitale pełnoprofilowe. Szpital pełnoprofilowy jest definiowany w oparciu o krajowe kryteria i nie jest określona jego minimalny rozmiar.

Oddziały:

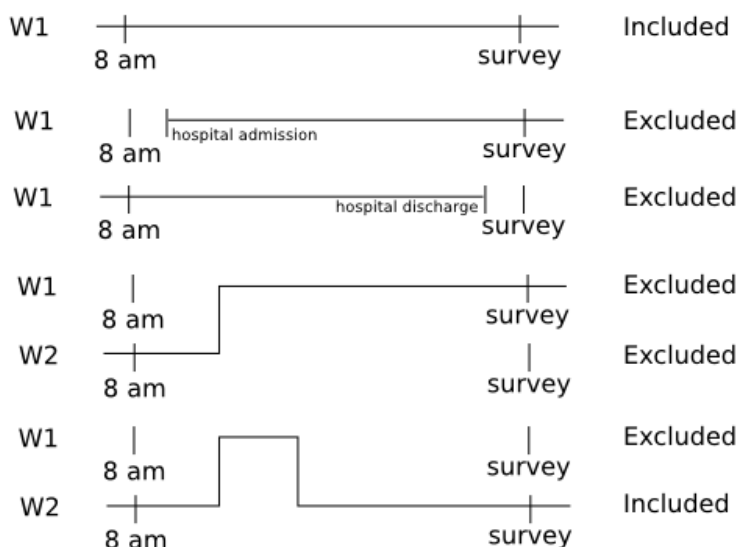
- Włączeniu podlegają wszystkie oddziały sprawujące opiekę w systemie ostrodyżurkowym, jeśli znajdują się w pełnoprofilowej placówce (np. oddział psychiatryczny sprawujący opiekę ostrodyżurkową, oddział intensywnej terapii noworodka - powinny zostać włączone)
- Wykluczeniu podlegają:
 - Oddziały opieki długoterminowej w pełnoprofilowych placówkach (np. oddział opieki paliatywnej, rehabilitacji pourazowej)
 - Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), izby przyjęć (z wyjątkiem sal/oddziałów obserwacyjnych połączonych strukturalnie z SOR, gdzie pacjenci są przyjmowani na dłużej niż 24 godziny)
- Profil oddziału zawsze podlega rejestracji, w związku z czym, wyniki mogą być wystandaryzowane i rozwarstwione

Pacjenci:

- Włączeniu podlegają wszyscy pacjenci do oddziału przed lub o godzinie 8:00 i nie zostali wypisani z oddziału przed momentem rozpoczęcia badania; w praktyce oznacza to, że pacjenci przyjęci do oddziału lub przeniesieni z innego po godzinie 8:00 nie powinni zostać włączeni do badania (ryc. 1). Włączeniu podlegają noworodki w oddziałach ginekologiczno-położniczych/pediatrycznych/novorodkowych jeśli zostały urodzone do 8:00.
- Kryteria wykluczenia poszczególnych przypadków:
 - Pacjenci przyjęci w ramach chirurgii jednego dnia
 - Pacjenci ambulatoryjni w oddziale
 - Pacjenci izby przyjęć
 - Pacjenci dializowani (ambulatoryjni)

UWAGA: Decyzja o włączeniu/wykluczeniu pacjentów do badania jest oparta o informacje dostępne o godzinie 8:00 w dniu badania.

Rycina 1. Przykłady pacjentów włączonych/wykluczonych z badania PPS



Legenda: W1: oddział 1, W2: oddział 2; Included - włączony, Excluded - wykluczony
Uwagi:

- Należy włączyć do badania pacjentów, którzy są chwilowo nieobecni w oddziale na badania diagnostyczne lub są poddawani innym procedurom medycznym; w przypadku, kiedy pacjent nie wróci do oddziału do czasu zakończenia PPS, a dane dotyczące pacjenta nie są dostępne, należy odwiedzić oddział ponownie.
- Należy włączyć pacjentów, którzy są czasowo nieobecni (np. przebywają na kilkugodzinowej przepustce) ale są zarejestrowani w systemie informatycznym.

Dobór próby

Dobór pacjentów w obrębie szpitala

Do badania powinni zostać włączeni wszyscy pacjenci. Zwiększy to lokalną użyteczność PPS, ponieważ próba badana będzie większa (patrz uwagi).

Reprezentatywna próba szpitali (wyłącznie dla centrów koordynujących PPS)

W powiązaniu z pierwotnym założeniem, wyniki PPS powinny być ściśle oparte na danych ze szpitali reprezentatywnych dla wszystkich szpitali pełnoprofilowych Unii Europejskiej. Aby jednak sprostac celom krajowym, wyniki powinny teoretycznie być reprezentatywne dla szpitali każdego z krajów członkowskich.

Reprezentatywna próba zostanie wyłoniona z użyciem systematycznego doboru próby, tak, aby odpowiadała 7% z dokładnością $\pm 1\%$ na szczeblu krajowym. Proponowany poziom dokładności jest podobny dla wszystkich krajów członkowskich. Liczba szpitali włączonych do badania będzie zależała od spodziewanego zakresu badań i przeciętnego rozmiaru szpitala w danym kraju (patrz niżej).

Kroki

1. Otrzymaj listę (np. w arkuszu excel) wszystkich szpitali pełnoprofilowych (pełniących ostry dyżur) z liczbą łóżek (jeśli nie jest znana liczba łóżek ostrodyżurowych należy się posłużyć całkowitą liczbą łóżek)
2. Uporządkuj listę malejąco
3. Otrzymaj liczbę szpitali włączonych do badania z ECDC lub z tabeli zamieszczonej poniżej
4. Podziel całkowitą liczbę szpitali, przez liczbę tych, które mają zostać włączone - otrzymasz współczynnik k
5. Losowo wybierz liczbę zawartą pomiędzy 1 a k , będzie to i
6. Wybierz szpital o numerze i , numer kolejnego stanowić będzie $i+k$, kolejnego $i+2k$ itd.
7. W przypadku odmowy uczestnictwa ze strony pierwszego wytypowanego szpitala: wybierz kolejny szpital z listy, a kolejne według wzoru ($i+1$ szpital, $i+k+1$ szpital, itp.); jeśli przewidywana jest odmowa ze strony więcej niż 1 szpitala, stwórz drugą listę szpitali rezerwowych
8. Zaprosz szpitale wyłonione według zasady w punkcie 6; zastąp je w przypadku odmowy.

Poprzez posortowanie szpitali względem liczby łóżek przed dokonaniem selekcji, zaproponowana procedura wyłaniania badanych gwarantuje, że szpitale o różnej liczbie łóżek będą reprezentowane w jednakowym stopniu. Rekomendowane jest również sortowanie szpitali według ich typów (np. ze względu na stopień referencyjności lub innych, stosowanych w danym kraju kategorii (tak, aby zostało również spełnione kryterium ciężkości przypadków) aby zapewnić również reprezentatywność różnych typów szpitali. Jeśli dane dotyczące typu szpitala są niedostępne, przed rozpoczęciem wyłaniania próby badanej, w pierwszej kolejności posegreguj listę szpitali według ich typu, następnie ze względu na rozmiar.

Spodziewany efekt

Wyłonione szpitale mogą być uznawane za grupy pacjentów odpowiadające populacji ogólnej hospitalizowanych pacjentów.

Z tego względu musi być zastosowana korekta dla poszczególnych grup (efekt próby) aby obliczyć jej liczebność. Statystyczny efekt próby (DEFF) jest współczynnikiem aktualnej wariancji danej próby w odniesieniu do wariancji, jeśli pacjenci byli wyłonieni losowo (np. możliwie ze wszystkich lub z większości dużych szpitali). Im większy efekt próby, tym większa liczba pacjentów powinna zostać włączona do badania, aby ocenić częstość występowania z jednakową dokładnością. Efekt próby

wzrasta wraz z rozmiarem grup badawczych (przeciętny rozmiar szpitala) i magnitudą (częstotliwością) badanego wyniku (wyższy dla używania przeciwdrobnoustrojowych niż dla HAI). DEFF (dla powszechnego występowania HAI) został obliczony przy wykorzystaniu oprogramowania Stata10 svy syntax z danych pilotażowego PPS i był wyższy niż spodziewany, który bazował na wcześniejszych wynikach badań krajowych punktach powszechności występowania ($DEFF_{PPS}=5.4$ dla średniej wielkości szpitala 287, zamiast wcześniej ocenianego $DEFF=2.8$). Dalsze symulacje na podprzykładach z danych pilotażowego PPS, pozwoliły na oszacowanie DEFF dla szpitali o różnej średniej wielkości (Wykres 2).

Wykres 2. Wariacje efektu próby (DEFF) według rozmiaru klastra (średni rozmiar szpitala pełniącego ostry dyżur) bazujące na podpróbach przeprowadzanych na szpitalach przeciętnych rozmiarów, a zawartych w bazie danych PPS

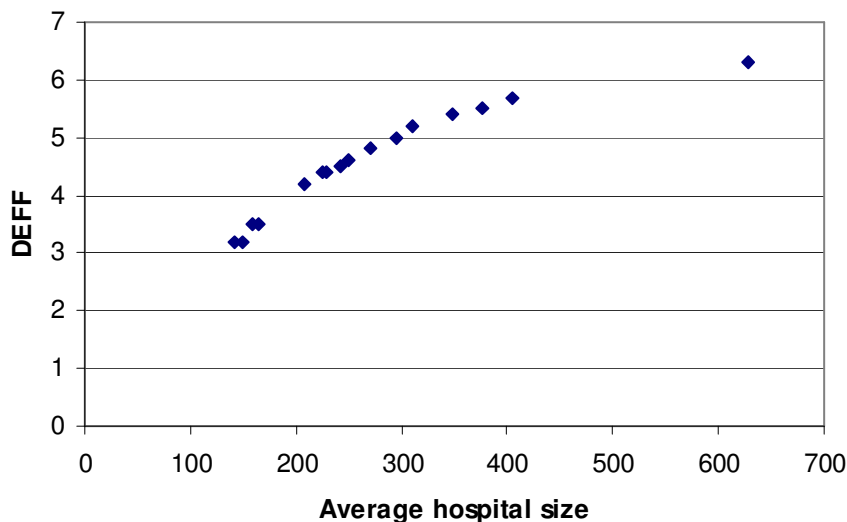


Tabela 1 poniżej pokazuje przykładowy rozmiar liczby pacjentów i szpitali dla państw, które zapewniły krajowe dane mianownika podczas pilotażowego PPS, wykorzystując szacowany statystyczny efekt próby dla różnych przeciętnych rozmiarów szpitala.

Tabela 1. Liczba szpitali i pacjentów potrzebnych do oceniania powszechności HAI na poziomie 7% ze statystycznym efektem próby, polegającym na przeciętnym rozmiarze szpitali pełniących ostry dyżur w poszczególnych krajach*.

	L łóżek w szpitalach pełniących ostry dyżur	L szpitali pełniących ostry dyżur	Przeciętny rozmiar szpitala	Szacowany DEFF	Rozmiar potrzebny do wykonania próby**	Liczba szpitali objętych PPS
Belgia	28481	201	142	3.2	7357	52
Bułgaria	35980	241	149	3.2	7483	50
Chorwacja	16161	43	376	5.5	11912	32
Cypr	1319	8	165	3.5	1319	8
Czechy	7676	19	404	5.7	7676	19
Estonia	6540	29	226	4.4	6540	29
Francja	246633	1560	158	3.5	8665	55
Niemcy	503000	2080	242	4.5	11198	46
Węgry	65409	104	629	6.3	15175	24
Litwa	23553	94	251	4.6	10400	42
Luksemburg	2282	11	207	4.2	2282	11
Malta	1551	5	310	5.2	1551	5
Portugalia	24104	89	271	4.8	10876	40

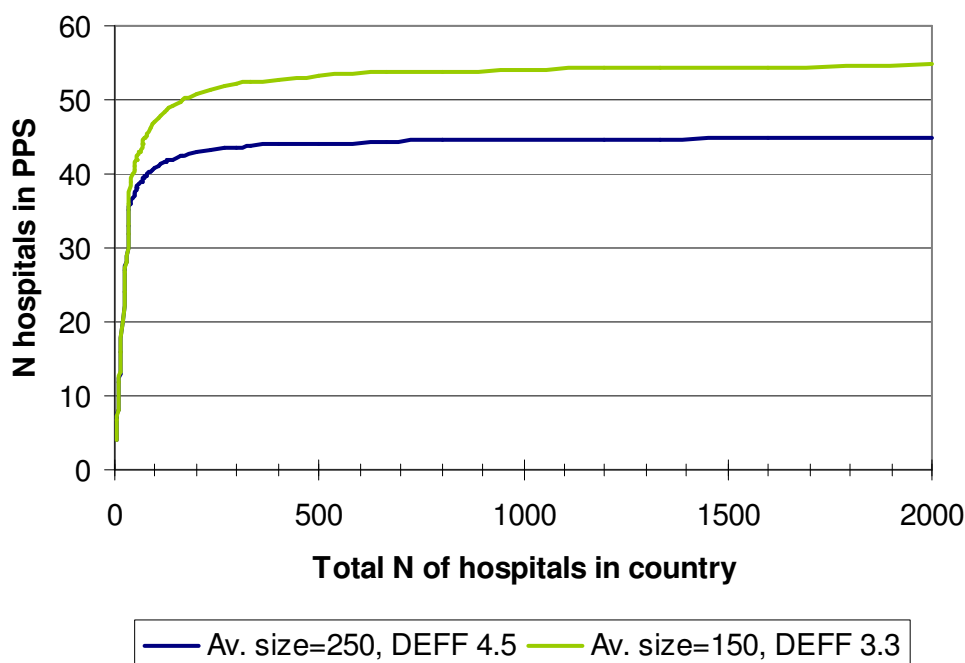
<i>Słowenia</i>	8000	23	348	5.4	8000	23
Słowacja	33648	114	295	5	11640	39
Hiszpania	131582	576	228	4.4	10799	47

*Wymienione są tylko państwa które podały dane dotyczące krajowego mianownika podczas pilotażowego PPS;

** Obliczenia dotyczące próby zostały dokonane za pomocą programu OpenEpi(www.openepi.com), przykładowy rozmiar dla proporcji; DEFF = efekt wzoru, oszacowany na podstawie bazy danych pilotażowego PPS dla różnych przeciętnej wielkości szpitali przy wykorzystaniu Stata 10; Kraje wyróżnione kursywą, muszą przestać dane ze wszystkich szpitali.

Wykres 3 pokazuje liczbę szpitali potrzebnych do ukazania funkcji liczby szpitali w kraju dla dwóch szpitali przeciętnej wielkości i odpowiadający im DEFF, dla oceny spodziewanego występowania HAI na poziomie 7%, z marginesem błędów $\pm 1\%$. Na przykład, kraj z 200 szpitalami, ze średnią liczbą łóżek na poziomie 240, powinien przeprowadzić PPS w 43 szpitalach (na 10718 pacjentów). To pozwoli na oszacowanie na poziomie krajowym/regionalnym występowania HAI na poziomie 7%, z marginesem błędów $\pm 1\%$ (7% [6-8]). oraz pozwoli oszacować powszechność korzystania z leków przeciwdrobnoustrojowych na poziomie 35%, z marginesem błędów $\pm 4.2\%$ (35% [30.8-39.2]).

Wykres 3. Wymagana liczba szpitali niezbędna do oceny występowania HAI na poziomie 7% ($\pm 1\%$) dla średniej wielkości szpitali: 250 - (efekt próby 4.5) oraz 150 - (efekt próby 3.3)



Niereprezentatywne próby i wprowadzanie wyników

Chociaż próba reprezentatywna pozostaje silnie rekomendowaną dla Europejskiego PPS, to niektóre kraje mogą mieć trudności z nakreśleniem reprezentatywnej próby szpitali, lub mogą zdecydować, że skorzystają z innych metod rekrutacji szpitali np. ponieważ spodziewana jakość danych może zostać naruszona jeżeli korzystano z reprezentatywnej próby. Alternatywne metody rekrutacji szpitali są "udogodnieniem" próbkowania (wybór szpitali przez centrum koordynujące PPS), ochotniczy udział po zaproszeniu wszystkich szpitali, lub uczestnictwo obowiązkowe. Wykorzystane metody próbkowania/rekrutacji są zbierane na poziomie krajowym/regionalnym i będą wspomniane, gdy dane państwa będą przekazywane na poziomie europejskim.

Ponadto, niektóre państwa mogą włączyć więcej szpitali, niż zawarte w próbie reprezentatywnej, np. połączenie reprezentatywnej próby z dobrowolnym uczestnictwem po zaproszeniu wszystkich szpitali. W tym drugim wypadku, tylko dane zebrane dla reprezentatywnej próby będą wykorzystane, gdy będzie miało miejsce przesyłanie wyników Europejskich. Jednakże, jeśli wszystkie dane zostaną wprowadzone, ECDC zapewni krajowym koordynatorom dostęp do raportów zwrotnych dla wszystkich szpitali biorących udział z porównaniem ich wyniku do wyników krajowych. Zmienne na poziomie szpitala wskazują czy szpital należy do próby reprezentatywnej, czy też nie (ta zmienna powinna być wypełniona przez krajowego koordynatora). Informacja ta będzie połączona z metodami doboru próby na poziomie krajowym, a ma na celu ustalenie próby, dla której wyniki będą włączone do europejskiej próby reprezentatywnej. W przypadku kraju przesyłającego dane ze szpitali wybieranych niewłączonych do krajowej próby reprezentatywnej, a liczba szpitali przekroczy liczbę obliczoną jako wymaganą dla danego kraju, ECDC wybierze losowo próbę z wymaganej liczby szpitali dla sprawozdania na poziomie europejskim, w celu uzyskania danych szacunkowych z podobną precyzją, jak w innych krajach.

Zbieranie danych

Proces zbierania danych uwzględnia zmienne na poziomie krajowym, szpitala i pacjentów. W protokole opartym na pacjentach (standardowym), mianowniki są zbierane dla każdego z pacjentów. W przypadku protokołu opartego na oddziałach (light), skumulowane mianowniki są zbierane dla każdego z oddziałów. W obydwu wersjach, zbierane są dane szpitalne i liczniki są zbierane dla każdego pacjenta, który ma aktywne zakażenie szpitalne (związane z pobytem w szpitalu petnoprofilowym) i/lub otrzymującego lek przeciwdrobnoustrojowy w czasie prowadzenia badania. Nie ma możliwości łączenia protokołu standardowego i light w jednym szpitalu.

Kiedy?

Dane dla każdego z oddziałów powinny zostać zebrane w ciągu jednego dnia. Kompletny rozkład czasowy zbierania danych dla wszystkich uwzględnionych w badaniu oddziałów nie powinien przekraczać 2-3 tygodni. W związku z tym, że w niektórych jednostkach pacjenci są przyjmowani do planowych zabiegów w poniedziałki, zalecane jest prowadzenie badań w tych jednostkach w czwartek lub piątek.

Kto będzie zbierał dane?

Skład zespołu odpowiedzialnego za proces zbierania danych może być zróżnicowany w zależności od szpitala. Zaleca się, aby był to Zespół Kontroli Zakażeń oraz personel odpowiedzialny za pacjentów (medyczny).

Szkolenie ankieterów

Materiały szkoleniowe dla personelu zbierającego dane zostały opracowane przez ECDC (Projekt zlecony Health Protection Agency z Londynu). Materiał ten składa się z kursu jednodniowego (dla większych grup) oraz bardziej szczegółowego kursu 5. dniowego uwzględniającego zagadnienia dotyczące epidemiologii oraz analizy danych. Zaleca się, aby krajowi/regionalni koordynatorzy zorganizowali przynajmniej jednodniowe spotkanie informacyjne połączone z sesją szkoleniową dla szpitali uczestniczących w PPS.

Opracowanie danych

Każdy z krajów członkowskich może zorganizować system zbierania i opracowywania danych we własnym zakresie. Standardowy scenariusz zakłada, że dane będą zapisywane w formularzach (takich jak przykłady zawarte w niniejszym protokole), a następnie wprowadzane do systemu komputerowego i weryfikowane przez personel szpitalny. Kraje członkowskie mogą zdecydować się z korzystać z opracowanego przez siebie oprogramowania. ECDC dostarcza darmowe oprogramowanie do wprowadzania danych na poziomie szpitalnym (HELICSwin.Net). W przypadku korzystania z HELICSwin.Net dane powinny zostać wyeksportowane przez szpitale do krajowego centrum koordynującego. Następnie krajowe centra koordynujące prześlą krajowe bazy danych do ECDC z wykorzystaniem systemu TESSy, poczym raporty będą dostępne w wersji online (zobacz również rozdział dotyczący doboru próby i raportowania danych na poziomie Europejskim i szpitalnym).

Przegląd zebranych danych

Dane zebrane na poziomie szpitalnym powinny uwzględniać:

Protokół standardowy (oparty na pacjentach):

- Dane szpitalne (formularz H): 1 na każdy szpital w każdym PPS
- Dane dotyczące pacjentów (formularz A): 1 dla każdego pacjenta (dla wszystkich pacjentów obecnych w oddziale o godzinie 8:00 i nie zostali wypisani do czasu rozpoczęcia badania) zebranie danych o czynnikach ryzyka występujących u każdego z pacjentów, bez względu na występowanie zakażenia; dane dotyczące zakażeń szpitalnych (zebrane dla wszystkich pacjentów spełniających kryteria aktywnego zakażenia szpitalnego) i/lub dane dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych (zebrane dla wszystkich pacjentów je otrzymujących) rejestrowane w tym samym formularzu

Poza danymi ze szpitali, dane krajowe (np. dotyczące szpitalnych mianowników) są również zbierane przez krajowe centrum koordynujące PPS (formularz N).

Dane ze szpitali

Zmienne ze szpitali są zbierane w celu opisanie wyników ze względu na typ i rozmiar jednostek opieki zdrowotnej oraz średniego czasu pobytu w szpitalu, ponieważ ostatnia ze zmiennych wywiera istotny wpływ na analizę częstości występowania, ponieważ wiadomo, że pacjenci z zakażeniami są hospitalizowani dłużej niż pozostała część populacji.

Kwestionariusz również uwzględnia wskaźniki strukturalne i procesowe na poziomie szpitala, zgodnie z rekomendacjami Rady Europy dotyczącymi bezpieczeństwa pacjentów z uwzględnieniem zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych.

Rycina 4. Dane szpitalne (formularz H)



**European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use
Form H. Hospital data**

Hospital code:

Survey dates: From / / **To:** / /
dd / mm / yyyy dd / mm / yyyy

Hospital size (total number of beds)
 Number of acute care beds
 Number of ICU beds

Exclusion of wards for PPS? No
 Yes, please specify which ward types were excluded:

Total number of beds in included wards:
 Total number of patients included in PPS:

Hospital Type Primary
 Secondary
 Tertiary
 Specialized, please specify

Specialization type: _____

Below: To be filled/checked by national coordinator

Is the hospital part of a national representative sample of hospitals? No Yes Unknown

	Number	Year data	Incl. wards/ Total (1)
Number of discharges/admissions in year			Inc Tot
Number of patient days in year			Inc Tot
Alcoholic hand rub consumption liters/year			Inc Tot
Number of patient rooms in hospital			Inc Tot
Number of single patient rooms in hospital			Inc Tot
Number of FTE infection control nurses			Inc Tot
Number of FTE infection control doctors			Inc Tot

(1) Data were collected for Included wards only (**Inc**, = recommended) or for the total hospital (**Tot**); if all wards were included in PPS (Inc=Tot), mark "Inc"

Data apply to: Single hospital or hospital site
 Hospital "trust" or merger

PPS Protocol: Standard Light

Comments/observations: _____

Definicje danych szpitalnych

- **Kod szpitala:** Unikatowy identyfikator szpitala nadany przez krajowy/regionalny ośrodek koordynujący PPS.
- **Daty badania:** Data rozpoczęcia i zakończenia PPS w danym szpitalu; datą zakończenia jest dzień zakończenia zbierania danych na ostatnim z oddziałów.
- **Rozmiar szpitala:** całkowita liczba łóżek w danym szpitalu.
- **Liczba łóżek ostrodyżurowych:** Liczba łóżek ostrej opieki w danym szpitalu (zgodnie z krajowymi definicjami).
- **Liczba łóżek w OIT:** Liczba łóżek w oddziałach intensywnej opieki medycznej; brak OIT = 0
- **Oddziały wykluczone z badań:** Czy jakieś oddziały wykluczono z badań w danym szpitalu? Tak/Nie
- **Specjalności wykluczonych oddziałów:** Określ, jakie oddziały zostały wykluczone, proszę stosować w miarę możliwości kody specjalności.
- **Całkowita liczba łóżek w oddziałach włączonych do badań:** suma liczby łóżek w poszczególnych oddziałach włączonych do PPS
- **Całkowita liczba pacjentów włączonych do badania PPS:** suma liczby pacjentów uwzględnionych w PPS
- **Typ szpitala:** PRIM: referencyjności pierwszego stopnia, SEC: referencyjności drugiego stopnia, TERT: referencyjności trzeciego stopnia, SPEC: specjalistyczny (definicje poniżej) brak danych=UNK; jeśli szpital specjalistyczny, proszę określić specjalność szpitala; w przypadku szpitali funkcjonujących jako konsorcja/spółki złożone z kilku szpitali, dane powinny być raportowane jakby pochodziły z oddzielnych szpitali.

Definicja typów szpitali:

1. Referencyjności pierwszego stopnia:
 - często określane jako szpitale powiatowe lub miejskie,
 - kilka oddziałów (głównie choroby wewnętrzne, ginekologia i położnictwo, pediatria, chirurgia ogólna lub tylko oddziały wewnętrzne),
 - ograniczony dostęp do badań laboratoryjnych,
 - często odpowiadają szpitalom ogólnym niepełniącym funkcji dydaktycznych
 2. Referencyjności drugiego stopnia:
 - często określane jako szpitale wojewódzkie
 - wysoce zróżnicowane pod względem funkcji z pięcioma, do dziesięciu oddziałów, takich jak hematologia, onkologia, nefrologia, OIT
 - przyjmują pacjentów kierowanych z innych szpitali (pierwszego stopnia)
 - często odpowiadają szpitalom ogólnym z funkcjami dydaktycznymi
 3. Referencyjności trzeciego stopnia:
 - określane jako “centralne”, “regionalne” lub “trzeciego stopnia”
 - wysoko specjalistyczna kadra i wyposażenie (OIT, hematologia, oddział przeszczepowy, kardiochirurgia, neurochirurgia))
 - wysoce zróżnicowane pod względem funkcji
 - specjalistyczne zakłady diagnostyki obrazowej
 - świadczą usługi dla regionu i często przyjmują pacjentów kierowanych z innych szpitali (pierwszego i drugiego stopnia)
 - często są nimi szpitale uniwersyteckie
 4. Szpitale specjalistyczne:
 - Szpitale o pojedynczej specjalności, możliwe pod-specjalności
 - wysoko wyspecjalizowana kadra oraz specjalistyczne wyposażenie
 - Określony typ szpitala (np. szpital dziecięcy, szpital zakaźny)
- **Specjalność szpitala:** dane tekstowe. Określ specjalność szpitala, jeśli jest szpitalem specjalistycznym (np. dziecięcy, chorób zakaźnych); w miarę możliwości należy stosować kody specjalności.
 - **Liczba wypisów/przyjęć:** Liczba wypisów ze szpitala w ciągu roku (dane z poprzedniego roku, rok, z którego pochodzą należy określić w sąsiedniej kolumnie), jeśli dane dotyczące liczby wypisów są niedostępne, należy podać liczbę przyjęć; trzeba uwzględnić dane jedynie z

oddziałów, które zostały włączone do badań, jeśli są dostępne jedynie dla całego szpitala i określić w sąsiedniej kolumnie, czy są danymi dotyczącymi jedynie włączonych oddziałów, czy całego szpitala

- **Liczba osobodni:** Liczba osobodni w ciągu roku (wykorzystać dane z poprzedniego roku, rok z którego pochodzą należy określić w sąsiedniej kolumnie); podać dane w ten sam sposób, jak w przypadku liczby wypisów/przyjęć (włączone oddziały lub cały szpital).
- **Zużycie alkoholowych środków do higieny rąk:** Całkowita ilość zużytych alkoholowych środków do higieny rąk wyrażona w litrach (podać dane z poprzedniego roku, jeśli są dostępne, rok z którego pochodzą określić w sąsiedniej kolumnie); należy podać dane jedynie dla oddziałów włączonych do badań, jeśli są dostępne (w przeciwnym razie należy podać dane dla całego szpitala i w sąsiedniej kolumnie określić, czy dotyczą całego szpitala, czy jedynie włączonych oddziałów)
- **Całkowita liczba sal chorych:** Całkowita liczba sal chorych we włączonych oddziałach lub w całym szpitalu. Dane powinny pochodzić z bieżącego roku, rok, z którego pochodzą należy określić w sąsiedniej kolumnie; należy podać dane jedynie dla oddziałów włączonych do badań, jeśli są dostępne (w przeciwnym razie należy podać dane dla całego szpitala i w sąsiedniej kolumnie określić, czy dotyczą całego szpitala, czy jedynie włączonych oddziałów)
- **Liczba pojedynczych sal chorych:** Całkowita liczba pojedynczych sal chorych we włączonych oddziałach, lub całym szpitalu. należy podać dane jedynie dla oddziałów włączonych do badań, jeśli są dostępne (w przeciwnym razie należy podać dane dla całego szpitala i w sąsiedniej kolumnie określić, czy dotyczą całego szpitala, czy jedynie włączonych oddziałów).
- **Liczba etatów pielęgniarek epidemiologicznych:** Liczba etatów pielęgniarek epidemiologicznych zatrudnionych w szpitalu. Pielęgniarka epidemiologiczna = pielęgniarka ze specjalizacją (lub kursem kwalifikacyjnym) w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub równorzędnej, która jest odpowiedzialna za higienę szpitalną i kontrolę zakażeń, podejmująca szkolenia personelu z zakresu kontroli zakażeń, opracowywanie i wdrażanie procedur kontroli zakażeń szpitalnych, zarządzanie (wdrażanie, prowadzenie i ewaluację) planem kontroli zakażeń szpitalnych, przeprowadzaniem audytów realizacji procedur kontroli zakażeń szpitalnych, nadzór nad procedurami dezynfekcji sprzętu medycznego itp. Określić rok, z którego raportowane dane pochodzą, jeśli to możliwe, podać dane dla oddziałów włączonych do badań.
- **Liczba etatów lekarzy kontroli zakażeń:** Liczba etatów lekarzy kontroli zakażeń (lub farmaceutów, epidemiologów szpitalnych itp.) w szpitalu z ukończoną specjalizacją (kursem kwalifikacyjnym?) z zakresu kontroli zakażeń/higieny szpitalnej, którzy są odpowiedzialni za kontrolę zakażeń/higienę szpitalną realizując następujące zadania: identyfikacja i opracowanie ognisk epidemicznych, analiza i interpretacja danych z kart rejestracji zakażeń szpitalnych, opracowywanie planów i projektów kontroli zakażeń, projektowanie i zarządzanie systemami nadzoru, opracowywanie procedur kontroli zakażeń itp. Określić rok, z którego raportowane dane pochodzą, jeśli to możliwe, podać dane dla oddziałów włączonych do badań. Dane powinny pochodzić z tego samego roku, co dane dotyczące pielęgniarek epidemiologicznych.
- **Rok danych:** Rok, z którego pochodzą różne dane dla szpitala, sprecyzować w przypadku każdej zmiennej
- **Tylko włączone oddziały/Cały szpital** Dane ze szpitala zebrane wyłącznie dla włączonych oddziałów(kod: Inc, rekomendowane) lub dla całego szpitala (kod: Tot); jeśli do PPS zostały włączone wszystkie oddziały (Inc=Tot), należy zaznaczyć opcję "Inc" w przypadku każdej zmiennej.
- **Spółki szpitali (szpitale połączone):** dane powinny dotyczyć pojedynczego szpitala (szpitala z oddzielnym adresem) LUB szpitali powiązanych z uwzględnieniem nazw w/w szpitali.
- **Komentarz:** dane tekstowe, maksymalnie 255 znaków
- **Szpital należy do krajowej próby szpitali reprezentatywnych:** "Tak" jeżeli szpital został włączony do krajowej próby (jeśli tak, tylko dane pochodzące z tych szpitali zostaną włączone do europejskiego raportu); pole powinno być wypełnione przez krajowego koordynatora ds. PPS

Inne dane dotyczące szpitali, które powinny zostać uzupełnione przez krajowe centrum koordynujące PPS przed wysłaniem do systemu TESSy:

- **RecordId:** unikatowy identyfikator nadawany szpitalowi w trakcie badania PPS(połączenie [NetworkId]+[HospitalId]+[DateStartSurvey])

- **RecordType:** typ rekordu informuje TESSy o protokole i poziomie, którego dotyczą dane. Typ rekordu danych z poziomu szpitalnego (poziom pierwszy) w PPS kodowane są jako "HAIPPS" dla protokołu standardowego i "HAIPPSLIGHT" dla protokołu skróconego.
- **RecordTypeVersion:** Może być więcej niż jedna wersja typu rekordu.
- **Temat:** "Choroba" do raportowania. W przypadku PPS "HAIPPS" dla wszystkich poziomów.
- **DataSource:** Każdy kraj może posiadać różne źródła danych. Powinny one odpowiadać nazwami zdefiniowanym w TESSy (np. CC-HAI, gdzie "CC" oznacza kod kraju); 1 źródło danych może być użyte do wczytania różnych danych dotyczących HAI (np. SSI, ICU oraz PPS) jeżeli krajowy ośrodek koordynuje różne badania.
- **ReportingCountry:** Pole kodu raportującego kraju, (patrz książka kodów)
- **DateUsedForStatistics:** Data rozpoczęcia badań w szpitalu; pozwala ona na zróżnicowanie powtarzanych badań w tej samej jednostce. Kraje mogą dostarczyć dane z więcej niż jednego badania w danym roku.
- **Status:** Status raportu NOWY/AKTUALIZACJA lub KASOWANIE (deaktywacja). Domyślny wybór to NOWY/AKTUALIZACJA. W przypadku wybrania "KASOWANIA" dany rekord zostanie oznakowany w bazie TESSy jako unieważniony. W przypadku wyboru NOWY/AKTUALIZACJA lub pozostawienia pustego pola, nowy rekord jest wprowadzany do bazy danych.
- **NetworkId:** Unikatowy identyfikator dla każdej z sieci, wybierany i generowany przez centrum: np. EN, NI, SC, WA dla UK lub różnych sieci CClin we Francji; to pole składa się z identyfikatora szpitala oraz identyfikatora sieci, ponieważ każdy z krajów może używać tego samego kodu szpitala. Pole może zostać ominięte, jeśli każdy ze szpitali w danym kraju ma swój unikatowy identyfikator.
- **Lokalizacja szpitala:** region (kod NUTS 1) w którym znajduje się dany szpital; kody NUTS 1 - patrz książka kodów

Mianowniki

Dane dotyczące mianowników są zbierane dla wszystkich pacjentów, którzy byli przyjęci lub obecni w oddziale przed 8:00 w dniu badania i nie zostaną wypisani do czasu objęcia ich badaniem. Mogą być zbierane na dwa różne sposoby (opcje protokołu): oparty na pacjencie (protokół standardowy) lub na podstawie protokołu opartego na oddziałach (protokół LIGHT, dane gromadzone są dla oddziałów i jeśli dostępne, to dla specjalności pacjenta). W trakcie pilotażowego PPS protokół oparty na pacjencie (średni czas dla 100 pacjentów: 5 dni roboczych, wraz z wprowadzeniem danych), ukazał, że dostarcza on bardziej precyzyjnych danych niż oparty na oddziale (średni czas dla 100 pacjentów: 4 dni robocze, wraz z wprowadzeniem danych). Gromadzenie danych mianownika opartych na pacjencie, zawiera czynniki ryzyka pacjenta, jest rekomendowaną metodą, ponieważ pozwala na większe dopasowanie ryzyka analizy rezultatów (standaryzowana proporcja zakażeń, standaryzowana proporcja użycia leków przeciwdrobnoustrojowych).

Opcja A: Dane mianownika opartego na pacjencie i czynniki ryzyka (protokół STANDARD)

Dane mianownika pacjenta są zbierane dla każdego pacjenta obecnego/przyjętego na oddział przed lub o 8 i nie wypisanego z oddziału w czasie trwania badań (włączając pacjentów otrzymujących lek przeciwdrobnoustrojowy i niewykazujących objawów HAI)

Definicje danych mianownika opartego na pacjencie

- **Kod szpitala:** Identyfikator szpitala / kod przypisany przez krajowe/regionalne centrum koordynujące PPS; Unikalny kod pod nadzorem/sieć PPS.
- **Nazwa oddziału:** Nazwa (skrótowa) oddziału szpitalnego: bardzo ważne dla ustalenia powiązań pomiędzy mianownikiem a danymi HAI/AU, powinno zawsze być wprowadzane w identyczny sposób we wszystkich formularzach, oraz powinno pozostać identyczne dla PPS prowadzonych w różnych okresach/latach.
- **Specjalność oddziału:** Główna specjalizacja oddziału ($\geq 80\%$ pacjentów należy do danej specjalności). Jeżeli mniej niż 80%, wybierz oddział mieszany (MIX). Patrz lista kodów specjalizacji.
- **Data badania:** Data podczas której były zbierane dane na oddziale. Dane z jednego oddziału powinny być zebrane jednego dnia (dd/mm/rrrr)
- **Numer porządkowy pacjenta:** Numer - Anonimowy numer pacjenta, umożliwiający stworzenie powiązania z danymi pacjenta, nie prawdziwy numer (licznik) pacjenta;
- **Wiek w latach:** Wiek pacjenta w latach
- **Wiek w miesiącach:** Wiek pacjenta w miesiącach, jeżeli pacjent jest młodszy niż dwa lata
- **Płeć:** Płeć pacjenta: M (mężczyzna), F (kobieta), lub UNK (gdy płeć jest nieznana)
- **Data przyjęcia do szpitala:** Data, kiedy pacjent został przyjęty do szpitala na obecną hospitalizację (dd/mm/rrrr)
- **Specjalizacja lekarza:** Specjalizacja lekarza zajmującego się pacjentem, może się różnić od specjalizacji oddziału, patrz lista kodów
- **Zabieg operacyjny od przyjęcia:** Pacjent został poddany operacji podczas hospitalizacji. Operacja jest definiowana jako procedura, gdzie ma miejsce nacięcie (a nie tylko punkcja igłą), z naruszeniem błon śluzowych/lub skóry - niekoniecznie na sali operacyjnej. Kategorie odpowiedzi: Brak operacji, Tak, Operacja NHSN (kod ICD9-CM - kod interwencji jest podany dla nadzoru zakażeń chirurgicznych w systemie NHSN, patrz książka kodów); Tak, minimalnie inwazyjny / operacja nie NHSN (przykłady w książce kodów); brak danych.
- **Wynik w skali McCabe'a:** Klasyfikacja ciężkości stanu pacjenta ze względu na chorobę podstawową. Pomijając wpływ ostrego zakażenia np. w przypadku gdy pacjent ma HAI, podaj punktację pacjenta przed wystąpieniem zakażenia. Wskaż kategorię: Choroba niezagrożająca życiu (spodziewany czas przeżycia co najmniej 5 lat); Choroba zagrażająca życiu (zgon w okresie krótszym niż 5 lat); choroba śmiertelna (zgon spodziewany w ciągu roku); brak danych

Jakkolwiek rokowanie w przypadku wielu chorób może oczywiście różnić się w czasie i między szpitalami, a związane jest to ze zmianami/dostępnością do metod leczniczych, niektóre przykłady chorób dla różnych kategorii punktowych wg skali McCabe'a są podane poniżej. Przykłady, a w szczególności te, które są ujęte w drugiej kategorii (śmiertelne), nie powinny być traktowane jako ostateczne.

Przykłady chorób dla różnych kategorii punktowych w skali McCabe'a (nazwy kategorii zmienione w polskiej wersji językowej):

Przeżycie < 1 roku

- Schyłkowe stadia nowotworów układu krwiotwórczego (dyskwalifikacja lub odrzucenie przeszczepu), niewydolność serca (EF<25%) oraz schyłkowe stadia chorób wątroby (dyskwalifikacja z przeszczepu, zwapniające wodobrzusze, encefalopatia lub żylaki)
- Uraz wielonarządowy na oddziale intensywnej opieki medycznej - punkty APACHE II> , punkty SAPS II >
- Choroby płuc z cor pulmonale

Przeżycie < 5 lat

- Przewlekła białaczka, mięsaki, chłoniaki, nowotwory przerzutowe, końcowe stadium niewydolności nerek (bez transplantacji)
- Stwardnienie zanikowe boczne, stwardnienie rozsiane nie poddające się leczeniu
- Alzheimer/ demencja
- Cukrzyca wymagająca amputacji lub po przebytej amputacji

Przeżycie > 5 lat

- Cukrzyca
 - Nowotwór / Choroby rozrostowe układu krwiotwórczego z >80% szans na przeżycie 5 lat
 - Stany zapalne
 - Przewlekłe stany GI, GU
 - Położnictwo
 - Zakażenia (w tym HIV, HCV, HBV - chyba, że znalazły się w pozostałych kategoriach w powyższych kategoriach)
 - Wszystkie inne...
- **Cewnik wewnątrznacyniowy:** Pacjent ma cewnik wewnątrznacyniowy w dniu badania; Tak/Nie/Nieznane; Cewnik wewnątrznacyniowy jest definiowany jako CDC. Moduł powiązany z urządzeniem. Czerwiec 2010 (dostępne na: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf):

„Cewnik wewnątrznacyniowy, którego końcówka znajduje się w pobliżu serca lub jednym z wielkich naczyń, który jest stosowany do przetaczania preparatów, pobierania krwi lub monitorowania hemodynamiki. Za wielkie naczynia do celów raportowania zakażeń tożyska naczyniowego związanych z cewnikiem centralnym uznaje się: aortę, tętnicę płucną, żyłę główną górną, żyłę główną dolną, żyły pnia ramiennie-głowego, żyły szyjne wewnętrzne, żyły podobojczykowe, żyły biodrowe zewnętrzne, wspólne, żyły udowe wspólne oraz w przypadku noworodków żyły/tętnice pępowinowe”

UWAGA: Ani miejsce wprowadzenia cewnika, ani jego rodzaj nie może być używane do zakwalifikowania cewnika naczyniowego jako centralnego. Kończówka cewnika musi znajdować się w wyżej wymienionych naczyniach, lub w pobliżu serca, aby została zakwalifikowana jako linia centralna.

UWAGA: Prowadnica jest traktowana jako cewnik wewnątrznacyniowy

UWAGA: Elektrody stymulatora oraz inne ciała obce wprowadzone do centralnych naczyń krwionośnych, a nieposiadające światła nie są traktowane jako linie centralne, ponieważ nie są przez nie ani wprowadzane, ani pobierane żadne płyny”

- **Obwodowy cewnik naczyniowy:** Pacjent ma obwodowy cewnik żylny lub tętniczy w czasie prowadzenia badania; Tak/Nie/Nieznane
- **Cewnik Foleya:** Pacjent ma cewnik Foleya w czasie prowadzenia badania Tak/Nie/Nieznane;
- **Intubacja:** Pacjent ma wprowadzoną rurkę intubacyjną/tracheostomijną w czasie prowadzenia badania; Tak/Nie/Nieznane
- **Pacjent otrzymuje leki przecidrobnoustrojowe:** Pacjent otrzymuje co najmniej jeden lek przeciwdrobnoustrojowy w czasie prowadzenia badania (dokonane lub planowane leczenie - wliczając terapię okresową np. kolejny dzień - lub profilaktyka medyczna); dla profilaktyki okołoperacyjnej, sprawdź, czy była stosowana od 8 rano w dniu poprzedzającym badanie do 8 rano w dniu badania; Tak/Nie => jeśli tak, zgromadź dane dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych
- **Pacjent ma zakażenie zakażenie szpitalne:** U pacjenta występuje zakażenie szpitalne w czasie prowadzenia badań; Tak/Nie => jeśli tak, zgromadź dane dotyczące HAI
- **Uwagi:**
 - Dane pacjenta powinny być zbierane dla każdego pacjenta przyjętego na oddział o godzinie 8 rano w dniu rozpoczęcia badań, zakażonego lub nie, wykluczaj tylko przypadki hospitalizacji jednodniowej (patrz kryteria włączenia)
 - Np. dla położnictwa, zarówno matka jak i noworodek są wliczone, jeśli są obecni o 8 rano w dniu badania
 - Dla noworodków:
 - Wliczaj wszystkie zakażenia poporodowe
 - Zapisz specjalizację lekarza jako GOOBS, o ile nie jest pod opieką PEDNEO/PEDGEN/ICUNEO
 - Zapisz specjalizację oddziału jako MIX jeżeli GOOBS/PEDNEO stanowią <80%
 - Położnictwo: naturalny poród bez interwencji/procedur/sprzętu => 3 dni przed HAI

Rycina 5. Czynniki ryzyka występujące u pacjenta (formularz A): jeden formularz dla każdego pacjenta, użycie leków przecidrobnoustrojowych i dane dotyczące HAI zgromadzone na tym samym formularzu



European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Form A. Patient-based data (standard protocol)

Patient data (to collect for all patients)

Hospital code

Ward name (abbr.)/Unit Id Ward specialty

Survey date: ___ / ___ / ___ (dd/mm/yyyy)

Patient Counter: _____

Age in years: ___ yrs; Age if < 2 year old: ___ months

Sex: M F **Date of hospital admission:** ___ / ___ / ___ (dd/mm/yyyy)

Consultant/Patient Specialty:

Surgery since admission:

No surgery Minimal invasive/non-NHSN surgery

NHSN surgery Unknown

McCabe score: Non-fatal disease

Ultimately fatal disease

Rapidly fatal disease

Unknown

Central vascular catheter: No , Yes Unk

Peripheral vascular catheter: No Yes Unk

Urinary catheter: No Yes Unk

Intubation: No Yes Unk

Patient receives **antimicrobial(s)**⁽¹⁾: No Yes **IF YES**

Patient has **active HAI**⁽²⁾: No Yes

(1) At the time of the survey, except for surgical prophylaxis 24h before 8:00 AM on the day of the survey; if yes, fill antimicrobial use data; (2) [infection with onset ≥ Day 3, OR SSI criteria met (surgery in previous 30d/1yr), OR discharged from acute care hospital <48h ago, OR CDI and discharged from acute care hospital < 28 days ago OR onset < Day 3 after invasive device/procedure on D1 or D2] AND [HAI case criteria met on survey day OR patient is receiving (any) treatment for HAI AND case criteria are met between D1 of treatment and survey day]; if yes, fill HAI data

Antimicrobial (generic or brand name)	Route	Indication	Diagnosis (site)	Reason in notes

Route: P: parenteral, O: oral, R: rectal, I: inhalation; **Indication:** CI - LI - HI: treatment intention for community-acquired (CI), long/intermediate-term care-acquired (LI) or acute hospital-acquired infection (HI); surgical prophylaxis: SP1: single dose, SP2: one day, SP3: >1day; MP: medical prophylaxis; O: other; UI: Unknown indication; **Diagnosis:** see site list, only for treatment intention **Reason in notes:** Y/N

	HAI 1		HAI 2		HAI 3	
Case definition code						
Relevant device in situ before onset ⁽³⁾	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown
Present at admission	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
Date of onset ⁽⁴⁾	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Origin of infection	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk	<input type="radio"/> current hospital <input type="radio"/> other hospital <input type="radio"/> other origin/ unk
If BSI: source ⁽⁵⁾						
	MO-code	R ⁽⁶⁾	MO-code	R ⁽⁶⁾	MO-code	R ⁽⁶⁾
Microorganism 1						
Microorganism 2						
Microorganism 3						

(3) relevant device use (intubation for PN, CVC/PVC for BSI, urinary catheter for UTI) in 48 hours before onset of infection (even intermittent use), 7 days for UTI; (4) Only for infections not present/active at admission (dd/mm/yyyy); (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, UNK; (6) AMR marker 0,1,2 or 9, see table

Dane dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych i HAI

Informacje zbieraj tylko wtedy, jeżeli pacjent otrzymuje leki przeciwdrobnoustrojowe w momencie prowadzenia badania (lub w dniu poprzedzającym wyłącznie w przypadku profilaktyki okołoperacyjnej) lub gdy pacjent ma aktywne zakażenie szpitalne nabyte w szpitalu pracującym w systemie ostrodyżurkowym.

Zastosowanie leków przeciwdrobnoustrojowych często prowadzi do wykrycia HAI. Jakkolwiek w zmiennym odsetku przypadków, pacjent może mieć zakażenie szpitalne, które nie jest leczone antybiotykiem (np. zakażenia wirusowe, zakażenia dróg moczowych...). Zatem inne źródła powinny być również wzięte pod uwagę (patrz algorytm wykrywania HAI). W innych wypadkach lekarze leczą zakażenie, które nie spełnia kryteriów definicji zakażenia. Zatem lista rozpoznań do stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych różni się od listy definicji HAI (patrz książka kodów) i lista wskazań wymienia intencję leczenia zakażenia. To nie jest warunek do łączenia wykorzystania antybiotyków z informacjami dotyczącymi zakażeń szpitalnych (takimi jak drobnoustroje). Oba typy danych powinny być gromadzone oddzielnie.

Dane dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych

Profilaktyka okołoperacyjna powinna być odnotowana, jeśli jest zastosowana od godziny 8 w dniu poprzedzającym badanie, do godziny 8 rano w dniu rozpoczęcia badania. W przypadku wszystkich zastosowań leków przeciwdrobnoustrojowych (np. leczenie, profilaktyka medyczna) każdy podany lub zlecony lek przeciwdrobnoustrojowy (włączywszy okresowe leczenie, np. co kilka dni). Wypełnia się informacje dotyczące kuracji trwających w momencie prowadzenia badania.

Uwagi:

Celem zebrania tych danych jest poznanie przestanek do włączenia leczenia przeciwdrobnoustrojowego. W tym celu należy przeanalizować całą dokumentację pacjenta, oraz czasem uzupełnić informacje w rozmowie/farmakologami. W trakcie prowadzenia badania nie wolno wyrażać opinii dotyczących zasadności doboru leków bądź wskazań do leczenia, personel nie powinien odnieść wrażenia, że jest sprawdzany/kontrolowany oraz nie należy w trakcie prowadzenia badania dążyć do zmiany sposobu leczenia.

Definicje dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych:

- **Nazwa leku (międzynarodowa lub handlowa):** np. amoksycylina, lub nazwa handlowa stosowanego preparatu; należy zebrać wszystkie dane dotyczące preparatów znajdujących się w klasyfikacji ATC2 w kategoriach J01 (leki przeciwbakteryjne), J02 (leki przeciwgrzybiczne) i ATC4 A07AA, P01AB, D01BA i ATC5 J04AB02. Nazwy międzynarodowe/handlowe zostaną przekształcone na kody ATC2 w trakcie kodowania danych.
- **Droga:** Droga podania leku przeciwdrobnoustrojowego; **P**=pozajelitowa; **O**=doustna; **R**=doodbytnicza; **I**=wziewna
- **Wskazania dla użycia leku przeciwdrobnoustrojowego:** Pacjent otrzymuje ogólne (ogólnoustrojowe) leki przeciwdrobnoustrojowe:
 - Przyczyna lecznicza: **CI**: zakażenie pozaszpitalne; **LI**: zakażenie związane z placówką opieki długoterminowej (np. dom opieki); **HI**: zakażenie związane z pobytem w szpitalu pracującym w systemie ostrodyżurkowym
 - Profilaktyka chirurgiczna: **SP1**: jedna dawka; **SP2**: 1 dzień; **SP3**: > 1 dzień: sprawdź, czy lek został włączony od 8 rano dnia poprzedzającego zbieranie danych, do godziny 8 rano w dniu badania PPS - jeżeli tak, sprawdź czy podano go również przedwczoraj lub podczas dnia badania, w celu określenia długości trwania profilaktyki i zastosowania właściwej kategorii

- **MP:** profilaktyka medyczna (np. leczenie włączone ze względu na występujące czynniki ryzyka zakażenia, immunosupresję, itp.)
- **O:** inne wskazania (np. użycie erytromycyny jako leku prokinetycznego)
- **UI:** nieznane wskazania/powody (zweryfikowane w trakcie PPS)
- **UNK:** nieznane/brakujące informacje dotyczące wskazań, które nie zostały zweryfikowane podczas trwania PPS.

Jeśli powodem leczenia było zakażenie, należy określić lokalizację zakażenia (rozpoznanie-patrz Książka Kodów - lista rozpoznań dla antybiotykoterapii).

- **Rozpoznanie:** Grupy wskazań do antybiotykoterapii ze względu na lokalizację anatomiczną zakażenia. Dane te powinny być rejestrowane, gdy podano wskazanie leczenia zakażenia, a nie w przypadku stosowania profilaktyki antybiotykowej, czy innych wskazaniach (korzystaj z kodu NA=nie dotyczy)
- **Przyczyna w dokumentacji:** T/N - Powód użycia leków przeciwdrobnoustrojowych został podany w dokumentacji pacjenta (np. „ze względu na występujące zapalenie płuc włączono cefotaksym”)

Dane HAI

Główne warunki i uwagi

Aktywne w dniu badania PPS zakażenie związane z pobytem w jednostce pracującej w systemie ostrodyżurowym (szpitalne, HAI) definiuje się w następujący sposób:

1. Zakażenie uznaje się za aktywne, gdy objawy zakażenia są obecne w dniu badania, lub objawy te występowały w przeszłości, a pacjent nadal (w dniu badania) otrzymuje z tego powodu lek przeciwdrobnoustrojowy. Należy sprawdzić jakie objawy zakażenia występowały przed rozpoczęciem leczenia, żeby ustalić, czy dane zakażenie spełnia kryteria definicji przypadku HAI.
2. Objawy zakażenia wystąpiły w trzeciej lub kolejnych dobach od przyjęcia pacjenta do szpitala **LUB** objawy zakażenia wystąpiły w ciągu dwóch dni od wypisania pacjenta ze szpitala pracującego w systemie ostrodyżurowym **LUB**
 - objawy zakażenia występowały w momencie przyjęcia do szpitala lub pojawiły się przed upływem dwóch dni od przyjęcia do szpitala, a pacjent spełnia kryteria definicji przypadku aktywnego zakażenia miejsca operowanego tj. SSI, które wystąpiło w przeciągu 30 dni od zabiegu operacyjnego bez wszczepienia biomateriału **LUB** w przypadku zakażeń głębokich (SSI-D, SSI-O), jeśli w trakcie zabiegu użyto biomateriał (implant) w okresie jednego roku **PRZY RÓWNOCZESNYM SPEŁNIENIU KRYTERIÓW DEFINICJI PRZYPADKU HAI** (patrz książka kodów) **I/LUB** pacjent otrzymuje z tego powodu lek przeciwdrobnoustrojowy w momencie badania PPS
 - objawy zakażenia *C. difficile* występowały w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala, lub wystąpiły w przeciągu 2 dni od przyjęcia do szpitala, a pacjent został wypisany ze szpitala pracującego w systemie ostrodyżurowym przed upływem 28 dni.
 - W organizmie pacjenta umieszczono ciało obce (np. cewnik wewnątrznaczyniowy, rurkę intubacyjną/tracheotomijną, cewnik moczowy) w 1 lub 2. dobie hospitalizacji, co skutkowało wystąpieniem HAI przed upływem 3 doby od przyjęcia do szpitala
- Wyniki badań diagnostycznych, które nie były dostępne w momencie badania **nie** powinny być brane pod uwagę w celu stwierdzenia, czy zostały spełnione kryteria definicji przypadku HAI. Zasada ta może w niektórych przypadkach doprowadzić do niezarejestrowania HAI, to zostanie to w pewnym zakresie skompensowane przypadkami, w których będzie nadal stosowane leczenie przeciwdrobnoustrojowe, pomimo ustąpienia objawów klinicznych i braku wskazań do leczenia.
- **HAI-związane z ciałem obcym:** jest to zakażenie, które wystąpiło u pacjenta i jest związane z zastosowaniem (nawet w sposób przerywany) stosownego ciała obcego w ciągu 48. godzin przed wystąpieniem objawów zakażenia. Pojęcie ciała obcego ma zastosowanie wyłącznie w przypadku zapalenia płuc, zakażeń łożyska naczyniowego i zakażeń układu moczowego. "Stosowne ciało obce" to rurka intubacyjna, cewnik naczyniowy (centralny/obwodowy) i cewnik moczowy. Jeśli od usunięcia ciała obcego upłynie czas dłuższy niż 48 godzin, to musi być przekonujący dowód, że zakażenie jest ze stosowaniem ciała obcego powiązane. Dla UTI związanego z cewnikiem, stosowanie cewnika Foleya powinno mieć miejsce w przeciągu 7 dni przed uzyskaniem dodatnich wyników badań laboratoryjnych, lub gdy stwierdzono objawy spełniające definicję UTI (patrz także Horan et al. Definicje terminów użytych w systemie NNIS. Am J Infect Control 1997; 25:112-6)
- Zakażenia łożyska naczyniowego podlegają obowiązkowej rejestracji (także wtórne BSI), jako oddzielne HAI wraz z podaniem źródła zakażenia w odpowiednim polu (cewnik obwodowy, tętniczy lub, związane z zakażeniem w innym miejscu - PUL, UTI, DIG, SSI, SST, OTH; jedynym wyjątkiem jest CRI3 (zakażenia łożyska naczyniowego związane z cewnikiem naczyniowym, z potwierdzeniem mikrobiologicznym powiązania pomiędzy cewnikiem naczyniowym a BSI), zakażenia łożyska naczyniowego u noworodków: CRI3 i noworodkowe BSI, nie powinny być zgłaszane dwukrotnie w PPS HAI & AU (patrz definicje przypadków). Potwierdzone mikrobiologicznie BSI związane z cewnikiem cewnikiem naczyniowym powinno być zgłaszane jako NEO-LCBI lub NEO-CNSB, wraz z określeniem źródła BSI.

Definicje danych dotyczące HAI:

- **Definicje przypadków:** Kody definicji przypadków HAI, uwzględniają podkategorie: np. PN4 (patrz książka kodów), CVS-VASC. Pojedynczy kod definicji przypadku powinien być podany raz na pacjenta (żadne inne zakażenia). W przypadku zapalenia płuc i zakażeń dróg moczowych, wypełnij tylko jedną podkategorię (hierarchia definicji zapalenia płuc: PN1>PN2>PN3>PN4>PN5; hierarchia w przypadku UTI: UTI-A>UTI-B). Dla potwierdzonego laboratoryjnie zakażenia łożyska naczyniowego, podaj tylko jedno BSI, CRI3 (pierwszeństwo CRI3>BSI), NEO-LCBI lub NECO-CNSB (pierwszeństwo NEO-LCBI>NEO-CNSB [>BSI]).
- **Obecność ciała obcego (związanego z zakażeniem przyp. tłum.):** Y/N/Unk - ma zastosowanie tylko w przypadku PN, BSI/NEO-LCBI i UTI. Ciało obce było stosowane w miejscu zakażenia (nawet w sposób przerywany) w ciągu 48 godzin (wyjątek: UTI - 7 dni), zanim wystąpiło zakażenie, np. intubacja przy zapaleniu płuc, centralny/obwodowy cewnik naczyniowy dla zakażeń łożyska naczyniowego, cewnik moczowy dla UTI; Unk=nieznane; ma zastosowanie także w przypadku definicji CDC zakażeń związanych z ciałem obcym (patrz także T.C. Horan et al. Definicje terminów użytych w systemie NNIS. Am J Infect Control 1997; 25:112-6)
- **Zakażenie podczas przyjęcia:** T/N - Objawy zakażenia były stwierdzane w czasie przyjęcia pacjenta do szpitala; jeśli nie, wprowadź datę wystąpienia zakażenia
- **Data wystąpienia** - Data wystąpienia zakażenia (dd/mm/rrrr). Nie musi być zapisana jeżeli objawy były stwierdzane w czasie przyjęcia, ale jest obowiązkowa, jeżeli zakażenie pojawiło się w czasie aktualnej hospitalizacji. Data pierwszych objawów zakażenia; jeżeli jest nieznana, to wprowadź datę rozpoczęcia leczenia tego zakażenia, lub datę pobrania pierwszej próbki do badań diagnostycznych. Jeżeli nie pobrano materiału do badań ani nie włączono leczenia, to należy ją oszacować.
- **Pochodzenie zakażenia** - Zakażenie jest związane z (1) obecnym szpitalem; (2) innym szpitalem pełniącym ostry dyżur (3) pochodzenie inne lub nieznane. Zakażenia te mogą być HAI już podczas przyjęcia do szpitala jeżeli są związane z wcześniejszym pobytem w obecnej placówce, lub gdy pacjent został przeniesiony z innego szpitala.
- **Jeżeli BSI: źródło-** jeżeli zakażenie łożyska naczyniowego zostało potwierdzone laboratoryjnie, to podaj jego źródło: związane z cewnikiem naczyniowym (centralnym: C-CVC, obwodowym: C-PVC), wtórny do innego zakażenia: dróg oddechowych (S-PUL), układu moczowego (S-UTI), układu pokarmowego (S-DIG) zakażenie chirurgiczne, zakażenie skóry i tkanek miękkich (S-SST), inne zakażenia (S-OTH) lub BSI (potwierdzonego) nieznanego pochodzenia (UO); brakujące dane, brak dostępnych informacji=UNK; Wtórne BSI odnotowane jako oddzielne HAI, jako wtórne do innego zakażenia jeśli spełnia kryteria definicji przypadku
- **Drobnoustroje** - Zbierz wyniki badań mikrobiologicznych dostępne w dniu badania (nie czekaj na wyniki niedostępne w trakcie badania). Podaj do trzech wyizolowanych drobnoustrojów używając 6-literowego kodu (np. STAAUR= *Staphylococcus aureus*); patrz książka kodów
- **Fenotyp odporności** - Określ wrażliwość drobnoustroju na wybrane leki w zależności od rodzaju izolowanego drobnoustroju- kody 0,1,2 or 9, (patrz tabela).

Kody markerów lekooporności:

	0	1	2	9
<i>Staphylococcus aureus</i>	OXA/FOX -S MSSA	OXA/FOX -R MRSA		Nieznany
<i>Enterococcus spp.</i>	GLY-S	GLY-R VRE		Nieznany
Enterobacteriaceae	C3-S, CAR-S	C3-R, CAR-S	C3-R, CAR-R	Nieznany
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	CAR-S	CAR-R		Nieznany
<i>Acinetobacter baumannii</i>	Car-S	Car-R		Nieznany

OXA/FOX: oksacylina/cefoksytyna

GLY: glikopeptydy (wankomycyna, teikoplanina)

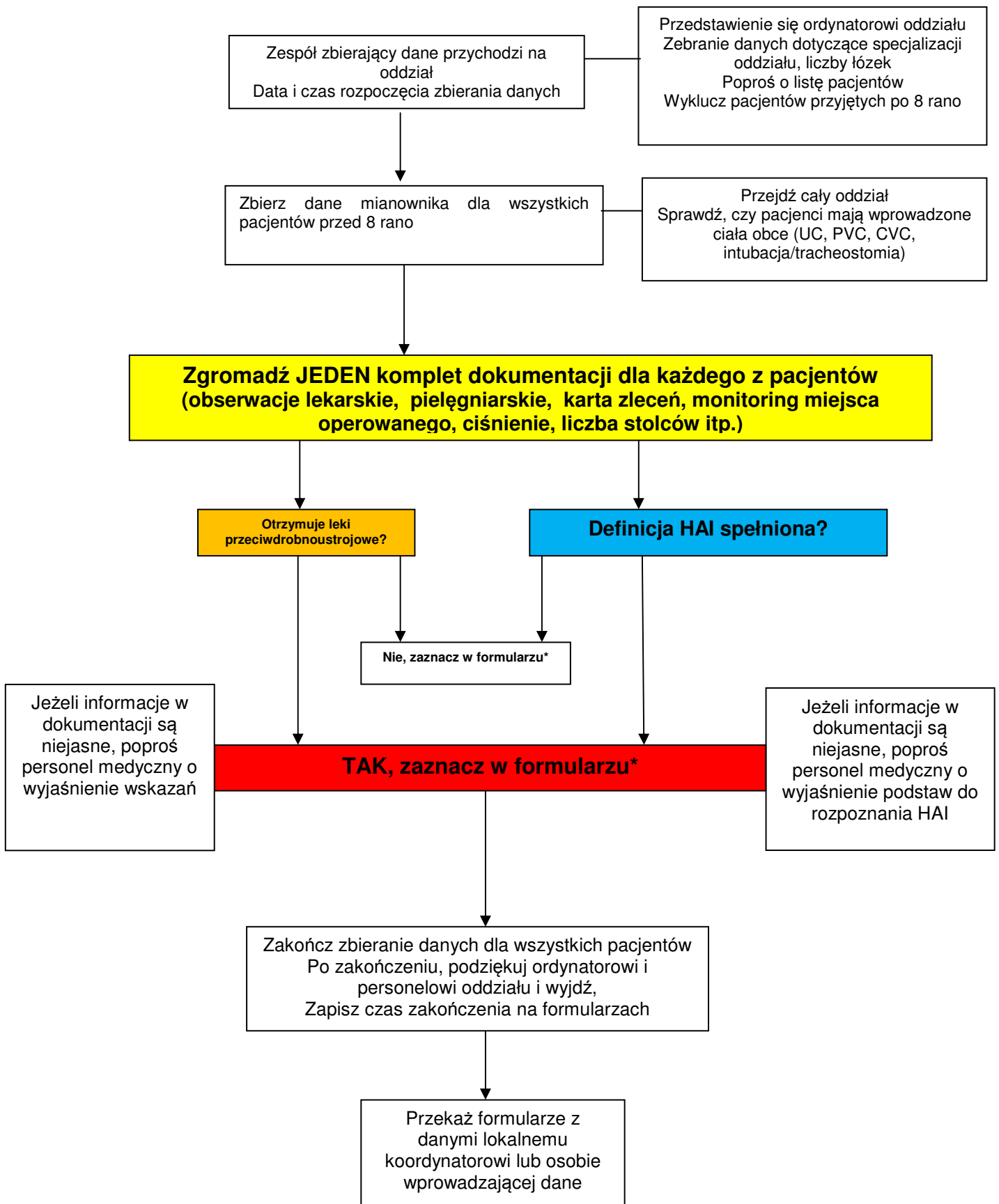
C3: cefalosporyny trzeciej generacji (cefotaksym lub ceftriakson)

CAR: karbapenemy (imipenem, meropenem, doripenem)

Enterobacteriaceae: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Morganella spp.*

S=wrażliwy; R=oporny; szczepy średniowrażliwe (I)n należy klasyfikować jako R ("niewrażliwe")

Rekomendowany algorytm identyfikowania przypadków HAI



Dane krajowe/regionalne

(dotyczy tylko centrów koordynujących PPS)

Cele:

- By ocenić całkowitą liczbę szpitali pełniących ostry dyżur w danym kraju i Unii Europejskiej, oraz by ocenić całkowitą liczbę przyjęć do szpitali w ciągu roku, konieczne jest oszacowanie stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych i występowania HAI w szpitalach pełniących ostry dyżur
- Dobór próby musi być przeprowadzony na szczeblu krajowym
- Krajowy kwestionariusz również uwzględnia dane dotyczące struktury i procesów, zgodnie z Rekomendacją Rady z dnia 9 czerwca 2010 roku dotyczącej bezpieczeństwa pacjenta, włączając w to zapobieganie i kontrolę zakażeń szpitalnych.

Uwagi:

- Preferowane są dane zebrane na szczeblu krajowym, ale jeżeli istnieją ku temu przesłanki, należy zebrać dane na poziomie regionalnym (np. Walia, Anglia, Szkocja i Irlandia Północna dla Wielkiej Brytanii)
- Krajowe/Regionalne dane są dostarczane przez centra koordynujące Badanie PPS, zanim zostaną przesłane krajowe/regionalne szpitalne bazy danych do ECDC. Mogą być one wprowadzające ręcznie do TESSy (System Badawczy ECDC), lub przesłane inną drogą.

Rycina 8. Dane krajowe/regionalne (formularz N)



European Prevalence Survey of Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Form N. National/regional data

Country Code: _____ Network ID/Data Source: _____

Date start PPS : __ / __ / ____

National/regional PPS coordination centre/institute:

National/regional PPS coordination programme/unit:
Name: _____

Website: _____

	N	Year data
Total N of acute care hospitals ("sites")		
N of hospital mergers ("trusts")		
Total N of beds in acute care hospitals		
Total N of acute care beds		
Number of discharges/admissions, all		
Number of discharges/admissions, acute care beds only		
Number of patient days, all		
Number of patient days, acute care beds only		

Method of sampling/recruitment of hospitals (more than 1 answer possible):

representative systematic random sample

other representative sample

convenience sample (selection)

all hospitals invited

voluntary participation

mandatory participation

Total number of hospitals in PPS:

Light (unit-based) protocol _____

Standard (patient-based) protocol _____

Number of hospitals submitted to ECDC:

Light (unit-based) protocol _____

Standard (patient-based) protocol _____

Comments/observations: _____

Definicje krajowych/regionalnych danych:

Kod kraju: kod kraju wprowadzającego dane

ID sieci: kod regionu lub sieci dla której zostają wprowadzane dane (np. EN, NI, SC, WA dla Anglii, Północnej Irlandii, Szkocji i Walii); zostaw puste miejsce jeśli wprowadzane dane są dla całego kraju (poziom krajowy)

Data rozpoczęcia PPS: Data, kiedy zostały zebrane pierwsze dane (zaczynając od pierwszego szpitala) lub oficjalnie rozpoczęto krajowy/regionalny PPS, którekolwiek zaczyna się pierwsze

Krajowe/regionalne centrum koordynujące lub instytucja PPS: nazwa centrum koordynującego PPS lub instytucji (np. narodowy instytut zdrowia publicznego) jeśli to możliwe - po angielsku, jeżeli nie, to w języku narodowym

Krajowy/regionalny program/jednostka koordynujący PPS, nazwa: nazwa programu lub jednostki koordynującej PPS (np. nazwa krajowego programu badawczego HAI), jeśli możliwe - po angielsku, w innym wypadku w języku narodowym; pozostaw puste miejsce, jeśli nie dotyczy

Krajowy/regionalny program/jednostka koordynujący PPS, strona internetowa: adres internetowy (url) programu lub jednostki, która koordynuje PPS (jeśli takowa istnieje) - nawet jeżeli szczegółowe strony dotyczące PPS nie zostały opracowane

Całkowita liczba szpitali pracujących w trybie ostrego dyżuru: całkowita liczba szpitali pełniących ostry dyżur (oddzielnie lokalizację lub jednostki geograficzne) w twoim państwie/regionie, bazując na krajowej/regionalnej definicji szpitala pełniącego ostry dyżur

Liczba konsorcjów/zespołów szpitali: całkowita liczba konsorcjów/zespołów szpitali (wliczając co najmniej jeden szpital pełniący ostry dyżur) w twoim państwie lub regionie; pozostaw puste, jeśli nie odnosi się to do twojego państwa lub regionu; nieznane=UNK

Całkowita liczba łóżek w szpitalach pracujących w trybie ostrego dyżuru: całkowita liczba łóżek (wliczając łóżka nieostrodyżurowe) w szpitalach pełniących ostry dyżur, nieznane=UNK

Całkowita liczba łóżek ostrodyżurowych: całkowita liczba łóżek ostrodyżurowych (wyłączywszy łóżka nieostrodyżurowe) w szpitalach pełniących ostry dyżur, nieznane=UNK

Liczba wypisów/przyjęć, wszystkich: całkowita liczba wypisów ze szpitali pracujących w trybie ostrodyżurowym w twoim państwie/regionie, w przeciągu ostatniego roku (lub roku najbliższego dla którego dostępne są dane); jeżeli liczba wypisów jest niedostępna, to raportuj przyjęcia; nieznana=UNK

Liczba przyjęć/wypisów, tylko łóżka ostrodyżurowe: jeśli dostępna, liczba rocznych wypisów ze szpitala pełniącego ostry dyżur dla łóżek ostrodyżurowych (rok poprzedni, lub najbliższy możliwy rok dla którego dane są dostępne); jeżeli liczba wypisów jest niemożliwa do ustalenia, podaj liczbę przyjęć; nieznana=UNK

Liczba osobodni, wszystkich: całkowita liczba osobodni w szpitalach pełniących ostry dyżur w minionym roku (lub dla najbliższego roku dla którego dane są dostępne); nieznana=UNK

Liczba osobodni, tylko łóżka ostrodyżurowe: jeśli dostępna: roczna liczba osobodni w szpitalach pełniących ostry dyżur tylko dla łóżek ostrodyżurowych (dane z minionego roku, lub z najbliższego okresu dla którego są dostępne dane); UNK=nieznane

Rok danych: dla każdej ze szpitalnych statystyk podaj rok z którego pochodzą dane; pozostaw puste jeśli data jest nieznana; UNK=dane dostępne, ale nieznany jest rok

Metody doboru/rekrutacji szpitali próbných: metody wykorzystane dla stworzenia próby szpitali (lub ich rekrutowania) dla krajowego PPS; możliwa jest więcej niż 1 odpowiedź:

- REPSRS=próba reprezentatywna (rekomendowana metoda): potrzebna liczba szpitali została wybrana losowo zgodnie z opisem zawartym w protokole
- REPTH=metoda innej próby reprezentatywnej, proszę opisać metodę w rubryce komentarze/obserwacje
- CONSAM=dogodna próba: szpitale zostały wybrane przez centrum koordynujące (np. bazując na spodziewanej wysokiej jakości danych)
- ALLHOSP= wszystkie szpitale zaproszone: wszystkie szpitale pracujące w trybie ostrodyżurowym zostały zaproszone do udziału w krajowym PPS
- VOLUNT=uczestnictwo dobrowolne; szpitale mogą dobrowolnie zdecydować czy chcą uczestniczyć w PPS
- MANDAT= uczestnictwo obowiązkowe; uczestnictwo poprzedzone zaproszeniem jest obowiązkowe

Całkowita liczba szpitali objętych PPS: całkowita liczba szpitali, które brały udział w krajowych/regionalnych PPS (jeżeli nie wszystkie dane są przesyłane do ECDC, podaj całkowitą

liczbę szpitali), zarówno dla protokołu Light (opartego na oddziałach), jak i dla protokołu standardowego (opartego na pacjentach)

Komentarze/obserwacje: dowolny tekst, załącz wszelkie uwagi, które uważasz za istotne, lub te które powinny być brane pod uwagę, przy interpretacji krajowych/regionalnych danych; na przykład, podać dodatkowe informacje w sprawie użytych metod doboru próby

Struktura danych i nazwy zmiennych

Poniższe tabele odzwierciedlają sposób, w jaki dane dotyczące PPS będą przesyłane do TESSy. Struktura ta jest podobna do struktury w jaki sposób przesyłane są wyniki badań dotyczących zakażeń miejsca operowanego (HAISSE) i zakażeń związanych z przebywaniem na oddziale intensywnej opieki medycznej (HAICU), mają one 4 poziomy hierarchiczne.

Dane mogą być wprowadzone w formacie xml (1 pojedynczy plik) lub w formacie csv (oddzielne pliki dla każdego poziomu). W plikach csv, RecordId w nadrzędnych poziomach łączy się z ParentId w poziomach podrzędnych. Typ rekordu (zmienna RecordType) identyfikuje poziom i podzbiór w TESSy. Typy rekordu dla danych PPS są następujące:

- Protokół standardowy:
 - HAIPPS (1 poziom): Dane szpitala, 1 pole na szpital
 - HAIPPS\$PT (2 poziom): Dane pacjenta, 1 pole na pacjenta
 - HAIPPS\$PT\$AM (3 poziom): Dane dotyczące stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych, 1 pole na drogę podania leku przeciwdrobnoustrojowego
 - HAIPPS\$PT\$INF (3 poziom): Dane dotyczące zakażeń szpitalnych, 1 pole na epizod HAI
 - HAIPPS\$PT\$INF\$RES (4 poziom): Dane dotyczące lekooporności czynników etiologicznych HAI

Uwaga dotycząca danych na temat drobnoustrojów i lekooporności (tylko dla centrów koordynujących PPS):

	MO	Kod		ResultIsolate	Antybioty k	SIR
<i>Staphylococcus aureus</i> (STAAUR)	STAAUR	0	⇒	STAAUR	OXA	S
	STAAUR	1	⇒	STAAUR	OXA	R
	STAAUR	9	⇒	STAAUR	OXA	UNK
<i>Enterococcus</i> spp., e.g. <i>Enterococcus faecium</i> (ENCFAI)	ENCFAI	0	⇒	ENCFAI	GLY	S
	ENCFAI	1	⇒	ENCFAI	GLY	R
	ENCFAI	9	⇒	ENCFAI	GLY	UNK
Enterobacteriaceae*, e.g. <i>Klebsiella pneumoniae</i> (KLEPNE)	KLEPNE	0	⇒	KLEPNE	C3G	S
				KLEPNE	CAR	S
	KLEPNE	1	⇒	KLEPNE	C3G	R
				KLEPNE	CAR	S
	KLEPNE	2	⇒	KLEPNE	C3G	R
				KLEPNE	CAR	R
	KLEPNE	9	⇒	KLEPNE	C3G	UNK
				KLEPNE	CAR	UNK
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (PSEAER)	PSEAER	0	⇒	PSEAER	CAR	S
	PSEAER	1	⇒	PSEAER	CAR	R
	PSEAER	9	⇒	PSEAER	CAR	UNK
<i>Acinetobacter baumannii</i> (ACIBAU)	ACIBAU	0	⇒	ACIBAU	CAR	S
	ACIBAU	1	⇒	ACIBAU	CAR	R
	ACIBAU	9	⇒	ACIBAU	CAR	UNK

*Enterobacteriaceae: *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Citrobacter* spp., *Serratia* spp., *Morganella* spp.

Protokół standardowy

HAIPPS (Dane szpitala)

Field (TransportLabel)	Nazwa	Wymagane	Powtarzalny
Technical fields			
RecordId	Identyfikator rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordType	Typ rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordTypeVersion	Wersja typu rekordu	Błędny	Nie
Subject	Temat	Właściwy (Błąd)	Nie
DataSource	Data źródłowa	Właściwy (Błąd)	Nie
ReportingCountry	Kraj raportujący	Właściwy (Błąd)	Nie
DateUsedForStatistics	Data wykorzystana dla statystyk	Właściwy (Błąd)	Nie
Status	Status	Nie	Nie
Hospital information			
NetworkId	Identyfikator sieci	Nie	Nie
HospitalId	Identyfikator szpitala	Właściwy (Błąd)	Nie
DateOfHospitalStartPPS	Data rozpoczęcia PPS w szpitalu	Nie	Nie
DateOfHospitalEndPPS	Data zakończenia PPS w szpitalu	Nie	Nie
NumHospitalSize	Rozmiar szpitala	Właściwy (Błąd)	Nie
NumHospitalAcuteBeds	Liczba łóżek ostrodyżurowych w szpitalu	Nie	Nie
NumHospitalICUBeds	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej w szpitalu	Nie	Nie
NumHospitalSurveyBeds	Całkowita liczba łóżek na oddziałach objętych PPS	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
NumHospitalSurveyPatients	Całkowita liczba pacjentów ujętych PPS	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalType	Rodzaj szpitala	Nie	Nie
HospitalSpecialization	Specjalizacja szpitala (jeśli jest)	Nie	Nie
HospitalLocation	Region w jakim szpital się znajduje (kody NUTS 1)	Nie	Nie
HospitalDischargesNum	Liczba wypisów/przyjęć do szpitala w ciągu roku	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalPatientDaysNum	Roczna liczba pacjentów w szpitalu	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalDenoYear	Rok dla liczby wypisów ze szpitala	Nie	Nie
HospitalDenoSpec	Specyfikacja (włączając w to tylko oddziały/cały szpital) dla liczby wypisów ze szpitala i osobodni	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
AlcoholHandRubLiters	Liczba litrów środków do dezynfekcji rąk użytych w ciągu roku	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
AlcoholHandRubYear	Rok dla zużycia środków do dezynfekcji rąk	Nie	Nie
AlcoholHandRubSpec	Rok danych dla zużycia środków do dezynfekcji rąk (cały szpital/włączone oddziały)	Nie	Nie
HospitalRoomsNum	Całkowita liczba sal chorych w szpitalu	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalSingleRoomsNum	Całkowita liczba jednoosobowych sal chorych w szpitalu	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalRoomsYear	Rok dla liczby pomieszczeń	Nie	Nie
HospitalRoomsSpec	Określenie dla liczby pomieszczeń (włączone oddziały/cały szpital) dla liczby pomieszczeń	Nie	Nie
InfectionControlNursesFTE	Liczba etatów pielęgniarek epidemiologicznych	Nie	Nie
InfectionControlDoctorsFTE	Liczba etatów lekarzy kontroli zakażeń	Nie	Nie
InfectionControlStaffYear	Rok dla danych dotyczących personelu kontroli zakażeń	Nie	Nie
InfectionControlStaffSpec	Określenie (włączone oddziały/cały szpital) dla liczby personelu kontroli zakażeń	Nie	Nie
HospitalDataType	Data PPS dla jednego szpitala lub konsorcjum	Nie	Nie

ExclusionOfWards	Czy jakieś oddziały zostały wykluczone z PPS w szpitalu?	Nie	Nie
ExclusionComment	Podaj, które oddziały zostały wykluczone	Nie	Nie
SampleHospital	Szpital jest częścią krajowej próby	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
HospitalComment	Komentarz od szpitala	Nie	Nie

HAIPPS\$PT (Dane pacjenta i oddziału)

Field (TransportLabel)	Nazwa	Wymagane	Powtarzalny
Technical fields			
RecordId	Identyfikator rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordType	Typ rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
ParentId	Katalog źródłowy	Właściwy (Błąd)	Nie
Unit/ward information			
UnitId	Skrócona nazwa jednostki	Właściwy (Błąd)	Nie
UnitSpecjalty	Specjalizacja jednostki (oddziału)	Właściwy (Błąd)	Nie
DateOfSurvey	Data przeprowadzenia PPS na oddziale	Właściwy (Błąd)	Nie
Patient information			
PatientCounter	Numer porządkowy pacjenta	Właściwy (Błąd)	Nie
Age	Wiek	Właściwy (Warn)	Nie
AgeMonths	Wiek w miesiącach	Właściwy (Warn)	Nie
Gender	Płeć	Właściwy (Warn)	Nie
DateOfHospitalAdmission	Data przyjęcia do szpitala	Właściwy (Błąd)	Nie
PatientSpecjalty	Specjalizacja lekarza/pacjenta	Właściwy (Błąd)	Nie
SurgerySinceAdmission	Operacja od przyjęcia	Nie	Nie
McCabe	Wynik w skali McCabe'a	Nie	Nie
CVC	Centralny cewnik naczyniowy	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
PVC	Obwodowy cewnik naczyniowy	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
UrinaryCatheter	Cewnik Foleya	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
Intubation	Intubacja	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
ReceivesAntimicrobial	Pacjent otrzymał lek przecidrobnoustrojowy	Właściwy (Błąd)	Nie
HasHAI	Pacjent ma HAI	Właściwy (Błąd)	Nie

HAIPPS\$PT\$INF (Dane HAI)

Field (TransportLabel)	Nazwa	Wymagane	Powtarzalny
Technical fields			
RecordId	Identyfikator rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordType	Typ rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
ParentId	Parent id	Właściwy (Błąd)	Nie
Infection information			
InfectionSite	Miejsce zakażenia	Właściwy (Błąd)	Nie
InvasiveDevice	Ciało obce wprowadzone w przeciągu 48 godzin (7 dni dla UCI) poprzedzających zakażenie.	Właściwy (Błąd)	Nie
HAIAtAdmission	Obecność zakażenia HAI podczas przyjęcia	Właściwy (Błąd)	Nie
DateOfOnset	Data wystąpienia zakażenia	Właściwy (Błąd)	Nie
HAIOrigin	Pochodzenie zakażenia	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
BSIOrigin	Pochodzenie (źródło) zakażenia łożyska naczyniowego	Błędny (conditional true warning)	Nie

HAIPPS\$PT\$INF\$RES (Micro-organism and resistance data)

Field (TransportLabel)	Nazwa	Wymagane	Powtarzalny
Technical fields			
RecordId	Identyfikator rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordType	Typ rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
ParentId	Parent id	Właściwy (Błąd)	Nie
Infection information			
ResultIsolate	Wynik/izolat	Właściwy (Błąd)	Nie
Antibiotic	Antybiotyk	Właściwy (Błąd)	Nie
SIR	SIR	Właściwy (Błąd)	Nie

HAIPPS\$PT\$AM (Dane dotyczące wykorzystania leków przeciwdrobnoustrojowych)

Field (TransportLabel)	Nazwa	Wymagane	Powtarzalny
Technical fields			
RecordId	Identyfikator rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
RecordType	Typ rekordu	Właściwy (Błąd)	Nie
ParentId	Parent id	Właściwy (Błąd)	Nie
Drug information			
ATCCode	Kod leku przeciwdrobnoustrojowego ATC5	Właściwy (Błąd)	Nie
AntimicrobialRoute	Droga podania leku przeciwdrobnoustrojowego	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie
AntimicrobialIndication	Wskazania dla użycia leku przeciwdrobnoustrojowego	Właściwy (Błąd)	Nie
AntimicrobialDiagnosis	Rozpoznanie według miejsca lokalizacji	Właściwy (Błąd)	Nie
ReasonInNotes	Powód dla przepisania leku z karty pacjenta	Właściwy (Ostrzeżenie)	Nie

Podziękowania

Udział w spotkaniach protokołu PPS

Protokół ECDC dla punktowego badania występowania zakażeń szpitalnych i wykorzystania leków przeciwdrobnoustrojowych w Europejskich szpitalach pracujących w trybie ostrodyżurowym. został ustanowiony na następujących spotkaniach:

- Trzy grupy robocze PPS w 2009 roku, na Corocznym Spotkaniu Badawczym HAI, ECDC, Sztokholm
- Spotkanie Eksperckie PPS, 8-9 września 2009, ECDC, Sztokholm
- Spotkanie Eksperckie PPS, 24-25 lutego 2010, ECDC, Sztokholm
- Dwie grupy robocze w 2010 roku, na Corocznym Spotkaniu Badawczym PPS, 7-9 czerwca 2010, ECDC, Sztokholm
- Spotkanie Protokołu PPS po pilotażowym PPS, 6 października 2010, ECDC, Sztokholm
- Warsztaty PPS na konferencji „Nowe strategie dla śledzenia i kontrolowania zakażeń, wykorzystania antybiotyków i odporności w jednostkach medycznych, w krajach członkowskich UE” zorganizowane przez Belgijską Prezydencję w Unii Europejskiej (BAPCOC) i ECDC, 8-10 listopada 2011
- Telekonferencje na temat doboru próby, w trakcie oraz po pilotażowym PPS z zespołem wspierającym PPS
- Spotkanie Grupy Koordynującej HAI, Praga, 3-4 marca 2011

Łącznie 108 ekspertów ze wszystkich 27 państw członkowskich (83 ekspertów), 4 państwa kandydujące lub potencjalnie kandydujących, Europejskie Stowarzyszenie Intensywnej Opieki Medycznej, WHO-Euro (2) i CDC Atlanta (2) projektu ESAC i ECDC biorący udział w spotkaniach.

Następujących 61 ekspertów wzięło udział w dwóch lub więcej spotkaniach:

Kraj	Imię i nazwisko	Instytucja
Austria	Alexander Blacky	Wiedeński Uniwersytet Medyczny, Wiedeń
Belgia	Karl Mertens	Naukowy Instytut Zdrowia Publicznego (WIV/ISP), Bruksela
	Mat Goossens	
	Sofie Vaerenberg	
Bułgaria	Rossitza Vatcheva-Dobrevska	Krajowe Centrum Chorób Zakaźnych i Pasożytniczych, Sofia
Chorwacja	Zrinka Bosnjak	Szpital Uniwersytecki w Zagrzebiu
Cypr	Avgi Hadjiloucas	Ministerstwo Zdrowia
Czechy	Miroslava Girod Schreinerova	Ministerstwo Zdrowia, departament epidemiologii, Praga
	Jan Šturma	Narodowy Instytut Zdrowia, Praga
	Vlastimil Jindrák	Szpital Homolki, Praga
Dania	Christian Stab Jensen	Statens Serum Institute, Copenhagen
	Elsebeth Tvenstrup Jensen	
Estonia	Pille Märtin	Centralny Szpital Zachodni Tallin, Tallin
Finlandia	Outi Lyytikäinen	National Institute for Health and Welfare,

Kraj	Imię i nazwisko	Instytucja
		Helsinki
Francja	Bruno Coignard	National Institute for Public Health Surveillance (InVS), Paryż
Niemcy	Sonja Hansen	Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Charité, Universitätsmedizin Berlin
	Brar Piening	
	Petra Gastmeier	
Grecja	Achilleas Gikas	Uniwersytet Kretański, Heraklion
Węgry	Karolina Böröcz	Krajowe Centrum Epidemiologiczne, Budapeszt
	Emese Szilágyi	
Irlandia	Fidelma Fitzpatrick	Health Protection Surveillance Centre (HPSC), Dublin
Włochy	Maria Luisa Moro	Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna
	Davide Resi	
Łotwa	Uga Dumpis	Szpital Uniwersytecki Stradinska, Ryga
	Elina Dimiņa	
	Jelena Galajeva	
Litwa	Rolanda Valinteliene	Instytut Higieny. Wilno
	Ramute Budginaite	
Malta	Elizabeth Anne Scicluna	Mater Dei Hospital, Msida MSD
Norwegia	Janne Møller-Stray	Norweski Instytut Zdrowia Publicznego, Oslo
Polska	Tomasz Ozorowski	Uniwersytet Medyczny w Poznaniu
	Waleria Hryniewicz	Krajowy Instytut Medyczny, Warszawa
Portugalia	Ana Cristina Costa	Directorate General of Health, Lisbon
	Maria Elena Noriega	
Rumunia	Roxana Serban	Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego, Bukareszt
Słowacja	Slavka Litvová	Regional Public Health Authority, Trencin
Słowenia	Jana Kolman	Krajowy Instytut Zdrowia Publicznego, Lublana
	Irena Klavs	
Hiszpania	Josep Vaque Rafart	Hospital Vall d'Hebron, Barcelona
	Angel Asensio Vegas	Clinica Universitaria Puerta de Hierro, Madrid
Szwecja	Mats Erntell	Swedish Strategic Programme Against Antibiotic Resistance (STRAMA), Stockholm
Holandia	Birgit Van Benthem	National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), Bilthoven
Wielka Brytania-Anglia	Susan Hopkins	Agencja Ochrony Zdrowia, Londyn
	Jennie Wilson	
Wielka Brytania - Irlandia Północna	Gerry McIlvenny	Northern Ireland Healthcare-associated Infection surveillance Centre, Belfast
Wielka Brytania - Szkocja	Jacqueline Reilly	Ochrona Zdrowia Szkocja, Glasgow
	Shona Cairns	
ESAC/Belgia	Herman Goossens	Uniwersytet w Antwerpii, Antwerpia
ESAC/Malta	Peter Zarb	University of Antwerp, Antwerp/Mater Dei Hospital, Msida MSD
ESAC	Arno Muller	Uniwersytet w Antwerpii, Antwerpia
USA/CDC Atlanta	Shelley Magill	Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta
	Scott Fridkin	
WHO-EURO	Ana Paula Coutinho	World Health Organization - Regional Office for Europe, Copenhagen
	Bernardus Ganter	
ECDC	Carl Suetens	European Centre for Disease Prevention and

Kraj	Imię i nazwisko	Instytucja
	Jolanta Griškevičienė	Control, Stockholm
	Klaus Weist	
	Ole Heuer	
	Carlo Gagliotti	
	Luisa Sodano	
	Vladimir Prikazsky	

Dodatkowo, 47 ekspertów z 19 państw członkowskich, 2 państw EEA/EFTA, 4 państw kandydujących lub potencjalnie kandydujących, Europejskiego Stowarzyszenia Intensywnej Opieki Medycznej, ESAC i ECDC wzięło udział w jednym spotkaniu:

Pellumb Piperio (Albania), Rainer Hartl (Austria), Reinhild Strauss (Austria), Béatrice Jans (Belgia), Hilde Jansens (Belgia), Anne-Marie Van Den Abeele (Belgia), Natacha Viseur (Belgia), Arjana Tambic Andrasevic (Chorwacja), Smilja Kalenic (Chorwacja), Annika Lemetsar (Estonia), Piret Mitt (Estonia), Viivika Adamson (Estonia), Tommi Kärki (Finlandia), Pascal Astagneau (Francja), Michael Behnke (Niemcy), Martin Mielke (Niemcy), Flora Kontopidou (Grecja), Kritsotakis Evangelos (Grecja), Xanthi Dedoukou (Grecja), Kurcz Andrea (Węgry), Olafur Gudlaugsson (Islandia), Robert Cunney (Irlandia), Fiona Roche (Irlandia), Raina Nikiforova (Łotwa), Robert Hemmer (Luksemburg), Gordana Mijovic (Czarnogóra), Hege Line Løwer (Norwegia), Nina Kristine Sorknes (Norwegia), Aleksander Deptula (Polska), Camelia Ghita (Rumunia), Lukas Murajda (Słowacja), Božena Kotnik Kevorkijan (Słowenia), Dag Ström (Szwecja), Gunilla Skoog (Szwecja), Mayke Koek (Holandia), Tjally Van der Kooi (Holandia), Dilek Arman (Turcja), Barry Cookson (Wlk. Bryt./PPS Training), Berit Muller-Pebody (Wlk. Bryt./PPS Training), Gareth Hughes (Wlk. Bryt./PPS Training), Andre Charlett (Wlk. Bryt. - Anglia), Elizabeth Sheridan (Wlk. Bryt. - Anglia), Ed Smyth (Wlk. Bryt. - Irlandia Północna), Peter Davey (Wlk. Bryt. - Szkocja), David Nicholas Looker (Wlk. Bryt. - Walia), Nico Drapier (ESAC), Alain Lepape (ESICM), Tommi Asikainen (ECDC), Marc Struelens (ECDC), Dominique Monnet (ECDC)

Projekty wspierające

Następujące projekty zlecono w celu wspierania punktowego badania powszechności występowania.

1) Umowę ECD.2172 poprzedzało wezwanie dla "Wsparcia pilotażowego punktowego badania powszechności występowania zakażeń szpitalnych i wykorzystania leków przeciwdrobnoustrojowych w europejskich szpitalach pracujących w trybie ostrodyżurowym"

Wsparcie dla Pilotażowego badania PPS zostało zlecone zespołowi, którego prace były koordynowane przez Uniwersytet w Antwerpii, Belgia, we współpracy z Krajowym Instytutem Badawczym Zdrowia Publicznego w Paryżu, Francja, oraz z Naukowym Instytutem Zdrowia Publicznego w Brukselii, Belgia. Zespół pomocy technicznej podczas pilotażowego PPS przedyskutował kwestie metodologiczne przez regularne telekonferencje i składał się z Herman Goossens (Team leader), Arno Muller, Peter Zarb, Bruno Coignard, Boudewijn Catry, Sofie Vaerenberg, Mat Goossens, Susan Hopkins, Klaus Weist, Jolanta Griškevičienė and Carl Suetens (ECDC PPS project manager). W trakcie realizacji projektu pilotażowego PPS, opragramowanie dla szpitali ESAC-web-PPS zostało dostosowane do protokołu ECDC.

Następujące osoby wzięły udział w pilotażowym programie PPS na poziomie szpitalnym i przetestowały wersję 3.3 protokołu PPS:

Angel Asensio, Serge Alfandari, Anastasia Antoniadou, Andrea Kurcz, Angelo Pan, Anne-Marie Van Den Abeele, Audra Žygelienė, Benedicte Delaere, Christine Laurent, Carlos Palos, Domagoj Drenjancevic, Elizabeth Scicluna, Andrea Kološova, Emmelia Vounou, Achilleas Gikas, Grazia Tura, Robert Hemmer, Hilde Jansens, Henrieta Hudečková, Ioannis Demetriades, Jolanta Falkovska, Josep Vaqué, Katia Verhamme, Maria Kontou, Bozena Kotnik Kevorkijan, Margarita Viciola Garcia, Mari Kanerva, Etelvina Ferreira, Mārīte Kūla, Ghita Camelia, Nadine Mönch, Nieves López Fresneña, Philippe Vanhems, Pille Martin, Piret Mitt, Rossitza Vatcheva-Dobrevska, Viljaras Reigas, Reinoud

Cartuyvels, Bruno Grandbastien, José Sánchez Payá , Shona Cairns, Soraya Cherifi, Sylvie Arias Lopez, Emese Szilagyi, Tatjana Lejko Zupanc, Tomasz Ozorowski, Uga Dumpis, Zrinka Bosnjak, Ladislava Matějčková, Jana Pratteringerova, Liana Signorini.

2) Umowę ECD. 1842 poprzedzało wezwanie do wsparcia "Curriculum dla kursu epidemiologii i analizy punktowego badania powszechności występowania zakażeń szpitalnych"

Rozwój kursów PPS i nauczanie materiałów zostało zlecone Agencji Ochrony Zdrowia, Londyn (Susan Hopkins (koordynator), Barry Cookson, Berit Muller-Pebody, Gareth Hughes, Naomi Boxall) przy współpracy z Ochroną Zdrowia Szkocji (Jacqueline Reilly, Shona Cairns). Niektóre materiały, które zostały rozwinięte przez treningową grupę curriculum, zostały włączone do protokołu.

3) Umowę ECD.2218 poprzedzało wezwanie dla oferty "HELICSwin Hospital Software Support" zostało stworzone przez Naukowy Instytut Zdrowia Publicznego w celu rozwinięcia samodzielnego oprogramowania dla wprowadzania danych PPS, dla eksportu oraz analizy (HELICSwin.Net).

Aneks

Książka kodów

Lista Specjalizacji

Rodzajowe nazwy leków przecidrobnoustrojowych i kody ATC-5

Lista miejsc diagnozowania dla leczenia z użyciem leków przecidrobnoustrojowych (dostosowana z ESAC)

Definicje przypadków HAI

Algorytm rozpoznawania zakażeń odcewnikowych

Kody drobnoustrojów

Kody markerów oporności przeciwdrobnoustrojowej

Kategorie operacyjne (NHSN/przykłady nie-NHSN)

Formularze

Plik programu powerpoint dla wysokiej jakości wydruku i/lub dla tłumaczenia formularzy

TESSy zmienne definicji i reguły walidacji

Plik Excel z definicjami zmiennych dla danych przestanych do ECDC i systemu TESSy

Uwagi na temat definicji HAI

Jak rekomendowała grupa eksperów w styczniu 2009 i co zostało potwierdzone podczas spotkań ekspertów PPS w roku 2009 i 2010, Europejski protokół PPS wykorzystuje europejskie definicje przypadków, jeśli one istnieją.⁽¹⁻⁴⁾ i uzupełnia je definicjami Centrum Zwalczenia i Zapobiegania Chorób (CDC), Atlanta, takie jakich używa CDC Krajowa Sieć Bezpieczeństwa Opieki Medycznej and complement them by case definitions of the Centres for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, (NHSN, kiedyś NNIS)⁵.

Europejskie definicje przypadków użyte w Europejskim PPS są następujące:

Definicje przypadków HELICS/IPSE:

- Zakażenia chirurgiczne¹,
 - Zapalenie Płuc²,
 - Zakażenia krwioobiegu²,
 - Zakażenia związane z centralnym wenflonem naczyniowym²,
 - Zakażenia dróg moczowych²
- *Zakażenia Clostridium difficile*³
 - Własne definicje dotyczące noworodków - ustanowione przez sieć KISS⁴⁻⁵:
 - Podejrzan kliniczne zakażenie krwioobiegu (sepsa kliniczna)
 - Potwierdzone laboratoryjnie zakażenia krwioobiegu
 - Potwierdzone laboratoryjnie zakażenia krwioobiegu gronkowcami kogaulazo-ujemnymi
 - Zapalenie płuc u noworodków
 - Martwicze zapalenie jelit

Uwaga: Definicje zakażeń CDC u noworodków zostały zastąpione definicjami systemu Neo-KISS. Definicje nie zostały uzgodnione na poziomie europejskim, ale zostały wybrane przez grupę ekspertów EU-PPS.

Pozostałe definicje są tożsame z definicjami CDC/NHSN⁶.

Źródła definicji:

¹HELICS surveillance of SSI protocol, version 9.1, september 2004, available from <http://www.ecdc.europa.eu/IPSE/helicshome.htm>

²HELICS Surveillance of Nosocomial Infections in Intensive Care Units protocol, version 6.1, september 2004 available from <http://www.ecdc.europa.eu/IPSE/helicshome.htm>

³Kuijper EJ, Coignard B, Tüll P; the ESCMID Study Group for *Clostridium difficile* (ESGCD); EU Member States and the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe. Clin Microbiol Infect 2006;12 (Suppl 6):2-18

⁴Neo-KISS. Protokoll. Dezember 2009. Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen, available from <http://www.nrz-hygiene.de/dwnld/NEOKISSProtokoll221209.pdf>

⁵Geffers C, Baerwolff S, Schwab F, Gastmeier P. Incidence of healthcare-associated infections in high-risk neonates: results from the German surveillance system for very-low-birthweight infants. J Hosp Infect. 2008 Mar;68(3):214-21.

⁶CDC/NHSN surveillance definition of healthcare-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting, AM J Infect Control 2008; 36: 309-32, available from <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/nnis/NosInfDefinitions.pdf>

Skróty

(patrz także - książka kodów)

A&E: Oddział pomocy dorażnej

AM: Leki przeciwdrobnoustrojowe

AMR: Oporność na leki przeciwdrobnoustrojowa

AU: Stosowanie leków przeciwdrobnoustrojowych

BSI: Zakażenia łóżyska naczyniowego

CDC: Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chórób, Atlanta

CDI: Zakażenia *Clostridium difficile*

CVC: Centralny cewnik żylny

DSN: Dedicated Surveillance Network

EARS-Net: ECDC-coordinated European antimicrobial resistance surveillance network

ECDC: Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób

EEA: Europejski Obszar Gospodarczy

EFTA: Europejskie Stowarzyszenie Wolnego Handlu

ESAC: Europejski Nadzór nad Zużyciem Leków Przeciwdrobnoustrojowych

ESBL: Extended-Spectrum Beta-Lactamases

ESCMID: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

ESGARS: ESCMID Study Group on Antimicrobial Resistance Surveillance

ESICM: Europejskie Stowarzyszenie Intensywnej Opieki

FTE: Pełnoetatowy odpowiednik

HAI: Zakażenia związane z opieką medyczną

HAI-Net: ECDC-coordinated network for the surveillance of healthcare-associated infections

HALT: Zakażenia związane z pobytem w jednostkach opieki długoterminowej (ECDC-sponsored follow-up project of IPSE WP7)

HELICS: Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

ICU: Oddział Intensywnej Opieki Medycznej

IPSE: Poprawa Bezpieczeństwa Pacjentów w Europie

LTCF: Jednostki długotrwałej opieki

MS: Państwa Członkowskie

NHSN: National Healthcare Safety Network (CDC Atlanta)

PPS: Point Prevalence Survey, also used to abbreviated the current survey

PVC: Obwodowy cewnik żylny

SPI: Structure and process indicators

SSI: Zakażenia chirurgiczne

TESSy: The European Surveillance System (ECDC's web-based data reporting system for the surveillance of communicable diseases)

TRICE: Training in Infection Control in Europe (ECDC-sponsored follow-up project of IPSE WP1)

WHO: Światowa Organizacja Zdrowia