

Het naleven van het Icare beleid inzake handhygiëne

Onderzoeksverslag

Icare



Studenten

Anja Brink-Bruinenberg	346480
Gerda Kroek-Oost	116777

Hanzehogeschool Groningen,
Academie voor Verpleegkunde,
HBO-V deeltijd
Studiejaar 4
Osiris:HVDB16AFOU3
Datum: 16-01-2018
Periode: semester 1 2017-2018

Opdrachtgever:

Icare V&V

Kwaliteitsgroep Hygiëne.

Mevr. C. van der Velde
Mevr. J. Wiering-Muurling

Hanzehogeschool Groningen

Begeleidende docenten:

Mevr. I. Hovinga
Dhr. A. Pranger

Voorwoord

Voor de HBO- opleiding verpleegkundige zij-instroom deeltijd is in semester 1 van het onderdeel U3 bij Icare V&V onderzocht in hoeverre medewerkers van Icare het beleid ten aanzien van handhygiëne naleven.

We kijken terug op een leerzame en intensieve periode, waarbij het doen van onderzoek een ware uitdaging voor ons als studenten is geweest. Het heeft ons inhoudelijk veel inzicht gegeven in hoe men onderzoek moet doen en wat hier allemaal bij komt kijken. Ook over het onderwerp handhygiëne hebben we nieuwe inzichten gekregen. Gaandeweg het proces werden we steeds enthousiaster en was het uitwerken van de resultaten bijzonder boeiend om te doen.

Wij willen onze docent Inge Hovinga bedanken voor de begeleiding die ze gaf gedurende het traject. Ook willen we Jolet Wiering van Icare V&V bedanken. Zij heeft ons met raad en daad bijgestaan en we konden altijd een beroep op haar doen. Op haar verzoek hebben wij een poster gemaakt voor Icare met de belangrijkste feiten en aanbevelingen. Deze is als bijlage 11 opgenomen in het verslag. We willen Carepool bedanken voor de medewerking om het observeren te mogen oefenen bij de instelling en we willen Cilleke van der Velde van Icare bedanken voor de mooie, concrete opdracht die Icare heeft gegeven en de ondersteuning tijdens het onderzoeksproces. Daarnaast zijn we ons thuisfront dankbaar voor alle onvoorwaardelijke support en steun die we hebben gekregen, zodat we alle ruimte hadden om ons dit laatste semester volledig in te kunnen zetten.

Anja Brink-Bruinenberg en Gerda Kroek-Oost

Wapse/Assen, december 2017

Samenvatting

De **aanleiding** voor het onderzoek is dat Icare V&V thuiszorg graag wil weten of de implementatie van diverse maatregelen, ingevoerd naar aanleiding van een eerder onderzoek in 2015 door Karin Duiven en Hermien Gerritsen van de Hanzehogeschool Groningen, effect heeft gehad op naleving van het protocol handhygiëne.

Uit de **literatuur** blijkt dat de techniek van handhygiëne simpel is aan te leren, maar gedrag veranderen moeilijker is (Groeneveld, 2007). Er wordt verder aangegeven dat gedrag het meest beïnvloed wordt door gerichte feedback bij het ontbreken van kennis en het vergeten van handhygiëne. Ook bij medewerkers die de indruk hebben gevoelig te zijn voor bepaalde infecties. Eigen belang speelt hierbij een rol (Maskerine & Loeb, 2006). Geadviseerd wordt het transtheoretisch model van Prochaska & DiClemente te gebruiken bij gedragsverandering omtrent handhygiëne. Dit model is geschikt voor het teweegbrengen van deze gedragsverandering, omdat het zowel individueel als in een team gebruikt kan worden. Het is een stappenmodel dat bestaat uit vijf fasen, waarbij gedragsverandering geleidelijk tot stand komt (Maskerine & Loeb, 2006).

De **doelstelling** van het onderzoek is: Binnen drie maanden zijn er meetbare resultaten over naleving van het *Beleid Hygiëne Icare Extramuraal ten aanzien van handhygiëne* (Vervolgens beleid inzake handhygiëne genoemd) door uitvoerende medewerkers van Icare thuiszorg en wordt naleving van het beleid in de toekomst gewaarborgd.

De **vraagstelling** werd als volgt geformuleerd: In welke mate wordt het Beleid inzake handhygiëne van Icare in 2017 nageleefd door uitvoerende medewerkers in de zorg binnen Icare, na implementatie van maatregelen door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne?

Als **onderzoeksdesign** is gekozen voor kwantitatief onderzoek.

De **data** is verzameld middels twee meetinstrumenten: participerende observatie en surveyonderzoek in de vorm van een enquête.

Uit de **resultaten** van het onderzoek is gebleken dat de randvoorwaarden bij de cliënten verbeterd zijn na de interventies van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne. Zo zijn een zeepompje en een eenmalige of wegwerphanddoek in meer gevallen aanwezig. Echter worden deze niet altijd door de medewerkers gebruikt. Het dragen van hand- of pols-sierraden is afgenomen. Medewerkers zijn niet allemaal op de hoogte van de interventies die zijn gedaan, waardoor deze in de praktijk ook niet worden uitgevoerd.

De **conclusie** is dat het naleven van het beleid inzake handhygiëne, ondanks invoering van diverse maatregelen naar aanleiding van eerder onderzoek, vrijwel gelijk gebleven is. De techniek van het handen wassen is niet verbeterd en het gebruik van handalcohol is niet aantoonbaar toegenomen. De oorzaak van het niet verbeteren van naleving lijkt met name kennistekort te zijn. Medewerkers geven in de enquête aan dat handhygiëne erg belangrijk is. Bij de laatste open vraag gaf ongeveer de helft van de medewerkers aan het belangrijkste te vinden dat besmetting voorkomen wordt. Uit de antwoorden in deze open ruimte wordt door medewerkers de indruk gewekt dat zij handhygiëne correct toepassen. De wil om zorgvuldig en volgens het beleid inzake handhygiëne te werken lijkt daarmee aanwezig. De eigen gezondheid blijkt hierin een belangrijke reden te zijn.

De belangrijkste **aanbevelingen** zijn:

- Het stappenmodel Prochaska en DiClemente voor implementatie naleving handhygiëne invoeren;
- Verplichte e-learning voor alle medewerkers;
- In alle wijkteams een verplichte teamtaak hygiëne;
- Op Wereldhandenwasdag handhygiënetraining;
- Stoppen met het delen van informatie in de nieuwsbrief;
- Informeren cliënten over belang van handhygiëne;
- Maak van handhygiëne een middel in plaats van een doel;
- Het opzetten van een vervolgonderzoek inzake de naleving van handhygiëne na implementatie van voornoemde maatregelen.

Inhoudsopgave

Inleiding	6
Hoofdstuk 1: Aanleiding en theoretisch kader.....	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling.....	7
1.3 Doelstelling.....	7
1.4 Onderzoeksvraag	7
1.5 Deelvragen.....	7
1.6 Theoretisch kader.....	8
1.7 Definitie begrippen	9
1.8 Wet- en regelgeving	10
Hoofdstuk 2: Onderzoeksdesign.....	11
2.1 Design.....	11
2.1.1 Deelvraag 1.....	11
2.1.2 Deelvraag 2.....	11
2.1.3 Deelvraag 3.....	11
2.1.4 Deelvraag 4.....	12
2.2 Populatie en steekproef.....	12
2.3 Dataverzamelmethode.....	12
2.3.1 Participerende observatie.....	13
2.3.2 Surveyonderzoek	13
2.4 Data-analyse methode	14
2.4.1 Participerende observatie.....	14
2.4.2 Surveyonderzoek	15
2.5 Ethische kwesties.....	16
Hoofdstuk 3: Resultaten	17
3.1 Participerende observaties	17
3.2 Surveyonderzoek	18
Hoofdstuk 4: Conclusies	20
4.1 Aanleiding	20
4.2 Doelstelling.....	20
4.3 Deelvraag 1.....	20
4.4 Deelvraag 2.....	20
4.5 Deelvraag 3.....	20
4.6 Deelvraag 4.....	21
4.7 De Onderzoeksvraag	21
4.8 Verklaringen.....	21
Hoofdstuk 5: Discussie	22
5.1 Samenvatting	22
5.2 Proces- en productevaluatie.....	22
5.3 Zwakke punten.....	23
5.4 Sterke punten.....	23
5.5 Leermomenten	23
5.6 Betrouwbaarheid, representativiteit en validiteit.....	24
5.7 Betekenis resultaten voor organisatie en maatschappij	24
Hoofdstuk 6: Aanbevelingen.....	25
6.1 Aanbevelingen	25
6.2 Aanbeveling 1: Stappenmodel Prochaska & Diclemente	26
6.3 Aanbeveling 2: Verplichte e-learning	26
6.4 Aanbeveling 3: In alle teams verplichte teamtaak hygiëne.....	26
6.5 Aanbeveling 4: Op Wereldhandenwasdag verplichte handhygiënetraining.....	26
6.6 Aanbeveling 5: Het stoppen met artikelen in de nieuwsbrief.....	27
6.7 Aanbeveling 6: Cliënten informeren.....	27

6.8	Aanbeveling 7: Maak goede handhygiëne tot middel in plaats van doel	27
6.9	Aanbeveling 8: Vervolgonderzoek	27
	Literatuurlijst.....	28
	Bijlage 1: Antiplagiatverklaring.....	31
	Bijlage 2: Beleid Hygiëne Icare.....	32
	Bijlage 3: De 5-momenten-kaart.....	32
	Bijlage 4: Protocol handhygiëne Vilans.....	33
	Bijlage 5: Brieven observatie en enquêtes.....	37
	Bijlage 6: Enquête	39
	Bijlage 7: Opdracht voor observaties... ..	44
	Bijlage 8: Overzicht wijkteams.....	45
	Bijlage 9: Onderzoeksverslag Handhygiëne Icare 2015.....	45
	Bijlage10: Argumentenkaart IGZ.....	45
	Bijlage 11: Poster Icare	45

Inleiding

In mei 1847 introduceerde de Hongaarse vrouwenarts I. Semmelweis het gebruik van chloor als handdesinfectans voor ieder contact met de cliënt. De resultaten hiervan waren opzienbarend. Het aantal vrouwen dat overleed aan kraamvrouwenkoorts nam opvallend af. Hiermee was voor het eerst bewijs geleverd dat door het wassen en desinfecteren van de handen van de behandelaar een grote bijdrage werd geleverd aan het verminderen van het overdragen van micro-organismen. Gevolg was dat het aantal ziekenhuisinfecties verminderde (Daha, 2004). Hygiëne heeft alles te maken met omstandigheden en handelingen die helpend zijn om de gezondheid te handhaven en verspreiding van ziekten te voorkomen. In het woordenboek staat hygiëne omschreven als “al wat een goede gezondheid bevordert zoals reinheid, rust en lichaamsvoeding” (Martin & Smedts, 2012). Met dit onderzoek willen de onderzoekers aan Icare inzicht geven over de huidige stand van zaken met betrekking tot handhygiëne in de thuiszorg bij Icare. Door middel van dit onderzoek wordt zichtbaar gemaakt of de interventies die zijn ingezet na het onderzoek in 2015 (zie 1.1) tot verbetering van naleving van het protocol handhygiëne hebben geleid. In dit onderzoeksverslag wordt in het eerste hoofdstuk het belang van handhygiëne uiteengezet en wordt de aanleiding van het onderzoek weergegeven. De opdrachtgever wordt beschreven en de verpleegkundige relevantie toegelicht. In het tweede hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign uiteengezet. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd voor Icare V&V betreft praktijkgericht onderzoek. De grondvorm van het onderzoek, de onderzoekspopulatie, steekproeftrekking, dataverzamelmethode, data-analysemethode en ethische kwesties worden verantwoord. Vervolgens worden in het derde hoofdstuk de resultaten van de participerende observaties en het survey-onderzoek middels enquêtes toegelicht. Hierna worden in het vierde hoofdstuk deel- en onderzoeksvragen beantwoord en worden conclusies getrokken. In het vijfde hoofdstuk wordt gereflecteerd op het onderzoek en worden belemmeringen, beperkingen en bijzonderheden besproken. Ten slotte worden in hoofdstuk zes ten behoeve van Icare aanbevelingen gedaan naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek.

1. Aanleiding en het theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt het belang van handhygiëne uiteengezet. Tevens worden aanleiding, probleem-, doel- en vraagstelling weergegeven, en de verpleegkundige relevantie toegelicht.

1.1 Aanleiding

Nadat in mei 2015 twee studenten van de Hanzehogeschool bij Icare thuiszorg onderzoek hebben gedaan naar naleving van het protocol handhygiëne, heeft de Shared Governance (SG) Kwaliteitsgroep Hygiëne van Icare verschillende maatregelen genomen om de naleving van handhygiëne te verbeteren. Deze SG Kwaliteitsgroep Hygiëne bestaat uit wijkverpleegkundigen, een kwaliteitsfunctionaris en een projectmedewerker SG. Aansturing van de SG Kwaliteitsgroep gebeurt door de rayonmanager met als portefeuille SG. Het doel van de SG Kwaliteitsgroep is het verbeteren van kwaliteitszorg met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie. Het belang van handhygiëne is al sinds honderdvijftig jaar bekend in ons land. Toch wordt de naleving ervan slecht opgevolgd (Ubbink & Greuter, 2011). Nu, twee jaar na het onderzoek, wil Icare opnieuw onderzoek doen naar naleving van het beleid inzake handhygiëne, zodat zichtbaar wordt of de maatregelen hebben geleid tot verbetering van handhygiëne. Zorgorganisaties horen immers hun cliënten en medewerkers waar mogelijk te beschermen tegen infectierisico's (Zorgvoorbeter, Zorgvoorbeter, 2015). De genomen maatregelen naar aanleiding van het onderzoek in 2015 betroffen een e-learning-module met een theorie- en praktijktoets. Verder is er een 'vijf momenten'-poster over handhygiëne in de zorgmappen van de cliënten gekomen, welke eveneens op de weekstartborden van ieder team is geplakt. Tevens staat deze 'vijf momenten'-poster van handhygiëne in de Icare kwaliteitsapp. In ieder thuiszorgteam is één van de medewerkers een zogenaamde aandachtsvelder geworden. De aandachtsvelder houdt hygiëne onder de aandacht in het team. Ten slotte staan er artikelen in de nieuwsbrief met betrekking tot handhygiëne.

1.2 Probleemstelling

Onduidelijk is of de implementatie van voornoemde maatregelen (zie begrippen definiëring) door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne in 2015 hebben geleid tot een betere naleving van het beleid inzake handhygiëne.

1.3 Doelstelling

Binnen drie maanden zijn er meetbare resultaten over naleving van het Beleid Hygiëne Icare Extramuraal ten aanzien van handhygiëne door uitvoerende medewerkers bij Icare thuiszorg en wordt naleving in de toekomst gewaarborgd.

1.4 Onderzoeksvraag

In welke mate wordt het Beleid inzake handhygiëne van Icare in 2017 nageleefd door uitvoerende medewerkers in de zorg binnen Icare, na implementatie van maatregelen door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne?

1.5 Deelvragen

Deelvragen die naar voren komen zijn:

1. Zijn uitvoerend medewerkers op de hoogte van het bestaan van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne?
2. Zijn uitvoerend medewerkers bekend met de genomen maatregelen (zie begrippen definiëring) door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne?
3. In welke mate passen uitvoerend medewerkers van Icare thuiszorg handhygiëne toe op de momenten die worden beschreven in het beleid van Icare?

4. Wat geven medewerkers aan als reden om het beleid van Icare inzake handhygiëne na te leven?

1.6 Theoretisch kader

Op handen komen micro-organismen voor die in twee soorten flora worden onderverdeeld, te weten de residente flora en de transiënte flora. De residente flora bestaan vooral uit micro-organismen die voorkomen in de diepere lagen van de huid. De transiënte flora daarentegen zitten voornamelijk op de oppervlakte van de huid. Zij zijn pathogeen, dus ziekteverwekkend, en veroorzaken de meeste ziekenhuisinfecties. Dat handhygiëne verpleegkundig relevant is wordt hierdoor gelijk duidelijk. Transiënte micro-organismen zijn gemakkelijk te verwijderen door het wassen van handen of door deze te desinfecteren. Het wassen en/of desinfecteren van de handen is één van de belangrijkste hulpmiddelen om overdracht van micro-organismen tegen te gaan en infecties te voorkomen (Daha, 2004). Handhygiëne is onder andere één van de speerpunten van de World Health Organisation (WHO). De WHO heeft een leidende rol op het gebied van gezondheidstaken. Op 5 mei 2017 is vanuit de WHO een nieuw project gestart vanwege de antibioticaresistentie en wordt opgeroepen om vooral aan handhygiëne te gaan doen. De actie heet *SAVE LIVES: Clean Your Hands - Fight antibiotic resistance - it's in your hands* (WHO, 2017).

In Nederland krijgt 5 tot 10% van de patiënten, opgenomen in een ziekenhuis, te maken met een ziekenhuisinfectie. Deze infecties zijn niet altijd te voorkomen omdat naast handhygiëne ook andere factoren een rol spelen, zoals bijvoorbeeld ernstig lijden van de patiënt of een spoedingreep. Ziektenhuisinfecties leiden in Nederland jaarlijks tot € 400 miljoen aan extra kosten. Ongeveer 1 tot 5% van de patiënten met een ziekenhuisinfectie overlijdt aan de gevolgen hiervan (Zorgvoorbeter, 2017). Het is opvallend dat onderzoeken en artikelen met betrekking tot handhygiëne gericht zijn op intramurale voorzieningen. Over het voorkomen van infecties in de thuissituatie heeft Icare het Beleid Hygiëne Icare Extramuraal (hierna: beleid inzake handhygiëne) ontwikkeld waarbij het protocol handhygiëne van Vilans de basis is. In de zorg is hygiëne niet alleen van belang voor de patiënt, zoals hiervoor uiteen is gezet, maar ook voor de medewerker zelf. Zij lopen ook gevaar omdat ze in de zorg in aanraking komen met allerlei bacteriën, virussen en parasieten en kunnen hierdoor infecties oplopen en (ernstig) ziek worden (Zorgvoorbeter, Zorgvoorbeter, 2015). Voor kwetsbare mensen kan een infectie ernstige en soms zelfs fatale gevolgen hebben (Zorgvoorbeter, 2016). Naast de handhygiëne zelf wordt in wetenschappelijke artikelen gesproken over motieven waarom medewerkers protocol handhygiëne wel of niet naleven. In het artikel van Groeneveld valt op dat het naleven van een protocol, waarbij het om een technische handeling gaat, geen problemen oplevert. Als het echter gaat om het aanpassen van gedrag, zoals het wassen van de handen, blijkt er sprake van een groot probleem (Groeneveld, 2007). Desondanks heeft ouderenzorgorganisatie TriviumMeulenbeltZorg (TMZ) in Overijssel het infectiepreventiebeleid goed op orde. Zij heeft goede handhygiëne als uitgangspunt waarin alle medewerkers verplicht zijn geschoold. Hun doel is "het overdragen van infecties voorkomen" in plaats van het doel "Goede handhygiëne" (Vilans, 2017). Belangrijke oorzaken voor het niet opvolgen van het protocol handhygiëne zijn kennistekort, het maken van een verkeerde inschatting op het risico van een infectie, tijdsdruk, onvoldoende faciliteiten, vergeetachtigheid, gebrek aan voorbeeldgedrag, gebrek aan het elkaar aanspreken en een gebrek aan inzicht in eigen handelen en foute routines (Huis, Helping hands, 2014). In meerdere onderzoeken door de tijd heen is aangetoond dat gedrag te beïnvloeden is door een empathische houding door coaching ten aanzien van het verbeteren van handhygiëne (Sassenrath, Diefenbacher, Siegel, & Keller, 2015). Positieve coaching wordt ook genoemd in het artikel van Helping hands, dat resulteerde in betere naleving van het protocol handhygiëne (Huis, Helping hands, 2014). In een artikel van Maskarine en Loeb wordt aangegeven dat gedrag het meest beïnvloed wordt door gerichte feedback bij ontbreken van kennis, bij het vergeten van handhygiëne en bij medewerkers die de indruk hebben gevoelig te zijn voor bepaalde infecties. Aangeraden wordt het transtheoretisch model van Prochaska & DiClemente te gebruiken bij het teweegbrengen van een

gedragsverandering inzake handhygiëne. Dit model wordt aangeraden omdat het een stappenmodel is dat bestaat uit vijf fasen en waarbij gedragsverandering geleidelijk tot stand komt (Maskerine & Loeb, 2006).

Een ander aandachtspunt kwam recent aan de orde op 18 september 2017 tijdens een verenigingsbijeenkomst van de Verplegenden en Verzorgenden Nederland (VenVN). De thema's van die bijeenkomst waren leiderschap en antibiotica. Het ging over de tijdsdruk die er in de zorg is en dat er daardoor geen tijd meer zou zijn om de handen te wassen tijdens zorgmomenten (Kersten, 2017).

Kwaliteit van zorg is als volgt geregeld in Nederland: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt in Nederland "risicogestuurd" toezicht op naleving van richtlijnen en voorschriften. In september 2017 is de IGZ gestart met toetsing op hygiëne en infectiepreventie in verpleeghuizen (Zorgvoorbeter, 2017). De IGZ start in intramurale voorzieningen met deze toetsing. Extramurale zorginstellingen komen later, maar zij horen zich net als intramurale instellingen te houden aan de landelijke richtlijnen rondom handhygiëne. Een interne audit is een indicator die aangeeft dat de zorginstelling werkt aan kwaliteitsverbetering. Deze audits vinden zowel intra- als extramuraal plaats. Onder een audit wordt door de inspectie het controleren van een organisatie verstaan (IGZ, 2015). In de zorgsector kunnen zorginstellingen laten zien serieus werk te maken van kwaliteit van zorg door het keurmerk aan te vragen van Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Dit staat voor een duurzame kwaliteitsverbetering in zowel zorg als welzijn. Als een zorginstelling het HKZ-keurmerk heeft, geeft dit aan dat de instelling de zaken intern op orde heeft, de klant centraal zet en voortdurend werkt aan het verbeteren van de zorg- en dienstverlening (HKZ, 2017). Icare thuiszorg is HKZ gecertificeerd (Icare, 2017). Sinds 2015 wordt bij Icare gewerkt volgens het SG- model (Icare, 2017). SG wordt in toenemende mate ingezet door zorgorganisaties om te komen tot een professionele beroepspraktijk. SG valt onder de paraplu van excellente zorg bij Icare. Het doel van excellente zorg is de best mogelijke zorg te leveren (Icare, 2017). Hiermee voldoet Icare aan de kwaliteitsnormen van de HKZ.

Het protocol handhygiëne van Vilans (Vilans, 2012) is uitgangspunt voor het Beleid Hygiëne Icare Extramuraal (Bijlage 2). Dit beleid is het protocol dat nageleefd dient te worden door de medewerkers van Icare. Daar waar het protocol handhygiëne van Vilans met name gericht is op intramurale zorginstellingen, is het beleid van Icare gericht op cliënten in de thuiszorg. Het beleid inzake handhygiëne van Icare voldoet aan wettelijke kaders zoals de landelijke richtlijnen voor de thuiszorg van de Werkgroep Infectie en Preventie (WIP).

1.7 Definitie begrippen

Handhygiëne: Er zijn twee vormen van handhygiëne: de handen wassen met water en zeep of gebruik maken van handalcohol (Zorgvoorbeter, 2017). Reinigen volgens het beleid inzake handhygiëne betekent de handen met water en zeep wassen wanneer deze zichtbaar vuil zijn of "plakkerig" aanvoelen en bij bepaalde virusinfecties, zoals het noro-virus of clostridium. In alle andere situaties volstaat het desinfecteren van de handen met handalcohol (Hygiëne, 2014).

Maatregelen: Door Icare is, ten tijde van het onderzoek in 2015 (Duiven-Dolsma & Gerritsen, 2015), Bijlage 10). De SG Kwaliteitsgroep Hygiëne opgericht. Deze kwaliteitsgroep heeft diverse acties uiteengezet om de in het onderzoek vastgestelde problemen op de kaart te zetten, zoals een aparte e-learning-module met een theorie- en praktijktoets, een 'vijf momenten'-poster handhygiëne die in de zorgmappen van cliënten is gekomen en op de weekstartborden van ieder team geplakt. (Bijlage 3) Tevens werd een '5 momenten'-poster voor handhygiëne toegevoegd aan de al bestaande kwaliteitsapp van Icare. In ieder thuiszorgteam is één van de medewerkers een zogenaamde aandachtsvelder geworden. Dat betekent dat deze aandachtsvelder handhygiëne onder de aandacht houdt van het team door het onderwerp gevraagd en ongevraagd op de agenda te zetten. Tevens is er onlangs een *testbox* aangeschaft waarmee teams kunnen testen hoe zij omgaan met handhygiëne.

De SG Kwaliteitsgroep Hygiëne kan tevens gebruik maken van een extern deskundige voor advies.

Uitvoerende medewerkers: stagiaires, niveau 2-helpenden, niveau 3-verzorgenden en verzorgenden IG, niveau 4-verpleegkundigen MBO, niveau 5 en 6 –wijkverpleegkundigen HBO.

Naleving: Werken zoals is beschreven in het beleid inzake handhygiëne van Icare.

Protocol handhygiëne: het protocol handhygiëne zoals omschreven door Vilans (Vilans, 2012).

Implementatie: de ingevoerde maatregelen door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne.

1.8 Wet- en regelgeving

In Nederland zijn meerdere instanties belast met de taak in de gezondheidszorg een goede handhygiëne te bewerkstelligen en beroepsmatig vast te leggen wat een goede handhygiëne inhoudt. Eén van deze instanties is het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, ook wel het RIVM genoemd. Dit instituut is een onderdeel van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In de handhygiëne-toolkit van het RIVM wordt aangegeven dat “handhygiëne de verantwoordelijkheid is van elke individuele zorgmedewerker” (RIVM, 2017).

Daarnaast is er de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), die ervoor moet zorgen dat de kwaliteit die de beroepsbeoefenaren leveren bevorderd wordt, behouden blijft en gegarandeerd is. Daarnaast heeft de Wet BIG ook tot doel cliënten te beschermen tegen ondeskundig of onzorgvuldig handelen van individuele zorgverleners. Het toezicht op bijvoorbeeld de opleidingsverplichting om vakkennis op peil te houden is onderdeel van deze wet. Daarnaast controleert de IGZ de naleving van artikel 40 van de Wet BIG. In dat artikel staat dat een individuele medische beroepsbeoefenaar verantwoorde zorg moet leveren en aan kwaliteitsbewaking moet doen (IGZ, 2017).

Het Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T) heeft de ‘Normen verantwoorde zorg’ beschreven. Alle partijen die hieraan hebben meegewerkt zijn richtinggevend voor het beleid in de hygiëne dat in de zorgsector is beschreven. In deze ‘Normen verantwoorde zorg’ staat beschreven: “De cliënt ontvangt zorg- en dienstverlening volgens wettelijke vereisten, beroepscode, landelijke door beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen, professionele standaarden en handreikingen. Deze zijn gebaseerd op de laatste inzichten (indien mogelijk evidence based) en conform de afspraken en werkwijzen die binnen de organisatie gelden” (Kwaliteitskader VVT 2010, 2010). De beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgende geeft heel duidelijk aan wat er verwacht wordt van deze beroepsgroep. Bij 1.7 staat bijvoorbeeld beschreven dat “als verpleegkundige/verzorgende er bijgedragen wordt aan veilige zorgverlening. Dat betekent onder andere dat de verpleegkundige/verzorgende alert is en actie onderneemt op situaties waarin de zorg niet voldoet aan eisen van kwaliteit, veiligheid of hygiëne. Dat de verpleegkundige/verzorgende zich houdt aan voorschriften infectiegevaar en verwondingen te voorkomen. (Bijvoorbeeld gaat het over het dragen van sieraden; over goede (hand)hygiëne)” (Beroepscode verpleegkundigen en verzorgende., 2015). Het beroepsprofiel zorgkundige vormt, samen met het Beroepsprofiel verpleegkundig specialist en het Beroepsprofiel verpleegkundige, een van de resultaten van Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 (V&V 2020), het project waarmee de beroepsgroepen zich voorbereiden op de toekomst. Hierin staat beschreven dat de persoonlijke verantwoordelijkheid de verantwoordelijkheid is die elke zorgkundige heeft jegens de patiënt in de zorgrelatie (V&V 2020 Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige, 2012). De onderzoekers hebben ervoor gekozen om, uit de hoeveelheid die eraan wet- en regelgeving in Nederland met betrekking tot de zorg is, de belangrijkste aspecten te benoemen in het onderzoeksverslag.

2. Onderzoeksdesign

In dit tweede hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign uiteengezet. Het onderzoek dat wordt uitgevoerd voor Icare V&V betreft praktijkgericht onderzoek. De grondvorm van het onderzoek, de onderzoekspopulatie, steekproeftrekking, dataverzamelingsmethode, data analysemethode en ethische kwesties worden verantwoord. De conclusies van de deelvragen worden in hoofdstuk 4 behandeld.

2.1 Design

De onderzoekers wilden meten of de genomen interventies door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne – naar aanleiding van het eerdere onderzoek – hebben bijgedragen aan een betere naleving van het beleid inzake handhygiëne. Als grondvorm werd gekozen voor kwantitatief onderzoek. Redengevend hiervoor was dat een groot bereik mogelijk zou zijn en resultaten cijfermatig goed weer te geven zijn. Verder biedt het de mogelijkheid om gegevens visueel weer te geven door middel van grafieken en tabellen, waardoor de resultaten makkelijk inzichtelijk en overzichtelijk zijn. Daarnaast kan het onderzoek in deze vorm eenvoudig geanonimiseerd worden. Kwantitatief onderzoek wil immers zeggen dat gebruik wordt gemaakt van cijfermatige informatie: gegevens in cijfers over objecten, organisaties en personen (Verhoeven, 2014). De meetinstrumenten die zijn ingezet betreffen participerende observatie en surveyonderzoek in de vorm van een enquête. Er is gekozen voor deze twee meetinstrumenten omdat de combinatie van beide instrumenten aanvullend bleek. Observatie biedt de mogelijkheid van directe waarneming en het beter begrijpen van het gedrag. Een nadeel van observatie is echter dat het slechts uitgevoerd kan worden bij een klein aantal personen. Dit in tegenstelling tot een enquête, waarbij het mogelijk is een grote groep hun mening te vragen (Verhoeven, 2014). Om zowel kwaliteit als kwantiteit te kunnen waarborgen is daarom gekozen voor het combineren van deze twee meetinstrumenten. Hetgeen in de praktijk werd geobserveerd, werd bevestigd in de enquêtes. De keuze voor de meetinstrumenten is per deelvraag uitgewerkt en toegelicht.

2.1.1 Deelvraag 1

Zijn uitvoerend medewerkers op de hoogte van het bestaan van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne? Met behulp van surveyonderzoek in de vorm van een enquête konden eenvoudig meningen, kennis en houding uitgevraagd worden bij de uitvoerende medewerkers van thuiszorg Icare. Deze vraag betreft een enkelvoudige vraag die met ja of nee te beantwoorden was.

2.1.2 Deelvraag 2

Zijn uitvoerend medewerkers bekend met de genomen maatregelen (zie begrippen definiëring) door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne? De maatregelen zijn als enkelvoudige vraag weergegeven in de enquête. Het biedt de mogelijkheid om in één oogopslag te zien in hoeverre medewerkers op de hoogte zijn van de genomen maatregelen.

2.1.3 Deelvraag 3

In welke mate passen uitvoerende medewerkers in de zorg, binnen Icare thuiszorg, handhygiëne toe op de momenten die worden beschreven in het beleid van Icare, sinds de genomen maatregelen? Voor deze deelvraag is gebruik gemaakt van participerende observatie met behulp van een toolkit (Bijlage 5) die is ontwikkeld door de WHO om de handhygiëne binnen zorginstellingen te verbeteren. Het projectteam van Surveillance Netwerk Infectieziekten in Verpleeghuizen (SNIV) heeft deze toolkit in het Nederlands vertaald (RIVM, RIVM, 2011). Deze observatielijst is een gevalideerd meetinstrument. Een andere reden is dat dezelfde observatielijst in het onderzoek “Handhygiëne binnen Icare Wijkverpleging” (Duiven-Dolsma & Gerritsen, 2015) is gebruikt. Dat geeft de mogelijkheid om beide met elkaar te vergelijken.

2.1.4 Deelvraag 4

Wat geven medewerkers aan als reden om het beleid van Icare inzake handhygiëne na te leven? Binnen de enquête zijn medewerkers gevraagd naar hun mening met behulp van de Likertschaal. Deze vragen zijn kwalitatief van aard, maar zijn kwantitatief verwerkt. Dit is een zogenaamde meerpuntsschaal. Tevens waren er vragen waarbij de mogelijkheid bestond om meervoudige antwoorden te geven. Elke medewerker kon hierbij de antwoorden aankruisen die hij/zij van toepassing vond. De vragen werden op deze manier meetbaar gemaakt en konden cijfermatig worden weergegeven.

Deelvraag 5 is bij komen te vervallen. De vraag was: Hoe kan toetsing op naleving van het beleid van Icare ten aanzien van handhygiëne vormgegeven worden? Deze vraag bleek niet goed te verwerken in de enquête, waardoor de enquête geen antwoorden gaf waarmee we de deelvraag konden beantwoorden. In overleg met voorzitter SG Kwaliteitsgroep Hygiëne is deze vraag komen te vervallen. De vraag is kwalitatief gesteld en vraagt om een kwalitatieve onderzoeksmethode. Ook zonder deze deelvraag bleek de onderzoeksvraag steeds goed te beantwoorden.

2.2 Populatie en steekproef

De populatie in dit onderzoek bestond uit alle uitvoerende medewerkers in de zorg bij Icare thuiszorg. Zij bekleden afhankelijk van de functie een bepaald niveau. Niveau 2 betreft helpenden, niveau 3 verzorgenden of verzorgenden individuele gezondheidszorg (VIG), niveau 4 zijn MBO-verpleegkundigen, niveau 5 zijn de wijkverpleegkundigen (HBO). Bij Icare zijn ongeveer 2500 medewerkers in dienst. Omdat dit een te groot aantal is om te onderzoeken werd voor het onderzoek een steekproef gedaan op kleinere schaal. Voor de participerende observatie werden ad random twee plaatsen uit Drenthe gekozen. Dit gebeurde door alle Drentse plaatsen op lootjes te schrijven en ze in een kom te doen (Postcodebijadres, 2017). De onderzoekers hebben hieruit vervolgens twee plaatsen getrokken. Vooraf is afgesproken dat de dichtstbijzijnde plaats zou worden meegenomen in het geval er te weinig cliënten zijn in de getrokken plaats voor uitvoering van het onderzoek. Door de dichtstbijzijnde plaats erbij te betrekken was ook dit aselect. Vooraf was immers niet bekend welke plaatsen getrokken zouden worden en dus ook niet welke plaats de eventuele dichtstbijzijnde plaats zou zijn. Dit soort steekproef is gestratificeerd aselect omdat het een deel is van het gebied waar Icare werkzaam is. Het eigen team van de onderzoekers werd uitgesloten van deelname aan de loting, omdat het mogelijk zou zijn dat andere uitvoerende medewerkers toch iets gehoord hadden over het onderwerp of onderzoek. Dat zou het onderzoek hebben kunnen beïnvloeden. Beilen is om die reden niet meegenomen en valt onder het exclusie criterium. Meppel en Ter Aard waren de getrokken plaatsen. Ter Aard is een klein dorp tegen Assen aan. Om die reden werd Assen ook meegenomen. Er werd voor Drenthe gekozen uit praktische overweging: beide onderzoekers wonen in deze provincie. Voor een representatief resultaat zouden 105 medewerkers geobserveerd moeten te worden. De onderzoekers streefden naar zestig observaties. Bij een onderzoekspopulatie van 170 medewerkers zou 67 cases een representatief beeld geven, met een betrouwbaarheidsniveau van 70% en een foutmarge van 5% (Steekproefcalculator, 2013). Het betrof in dit geval een kleinere populatie die echter wel representatief is omdat bij een kleine steekproef van minimaal 30 cases het betrouwbaarheidsniveau te bepalen is (Verhoeven, 2014). De verwachting is dat een test-hertest ongeveer dezelfde uitkomsten zal hebben omdat het om dezelfde doelgroep gaat. Voor de enquêtes is het gebied Noord-Midden Drenthe gekozen uit praktische overweging.

2.3 Dataverzamelmethode

De meetinstrumenten die gebruikt werden waren participerende observatie (zie 2.3.1) en surveyonderzoek in de vorm van een enquête (zie 2.3.2).

2.3.1 Participerende observatie

Voor de participerende observatie werd gebruik gemaakt van een toolkit (Bijlage 5) die is ontwikkeld door de WHO. De onderzoekers hebben hiervoor gekozen omdat dit een gestandaardiseerd meetinstrument is. Voorafgaand aan de enquête werd de observatie gedaan. De reden hiervoor is dat de observatie gebeurde onder de noemer patiëntveiligheid. Gelijktijdig de enquêtes verspreiden zou ertoe hebben geleid dat iedereen op de hoogte was dat het onderzoek over handhygiëne ging. Dit zou mogelijk invloed hebben kunnen gehad op het gedrag van medewerkers tijdens de observatie en daarmee geen objectief beeld geven van de daadwerkelijke situatie.

Van de voorzitter SG Kwaliteitsgroep Hygiëne kregen de onderzoekers een overzicht met alle teams in de regio met namen en telefoonnummers van wijkverpleegkundigen en teamcoaches (Bijlage 6). Er werden vier teams getrokken uit het overzicht op dezelfde wijze als de getrokken plaatsen, te weten door de teams van de getrokken plaatsen op lootjes te schrijven en deze lootjes in een kom te doen. Hieruit werden drie teams uit Meppel getrokken. De eerste twee teams werden benaderd, en mocht één team niet kunnen dan was het derde getrokken team het plaatsvervangend team. Ter Aard viel onder Assen bij Icare en ook daar werden op dezelfde wijze drie teams getrokken. De betreffende wijkverpleegkundigen van de teams en de teamcoaches werden benaderd door de kwaliteitsprojectleider SG om deel te nemen aan een onderzoek in het kader van patiëntveiligheid door middel van een mail (Bijlage 7). In deze mail stond dat de onderzoekers de wijkverpleegkundigen zouden benaderen. Na het rondsturen van deze mail hebben de onderzoekers de wijkverpleegkundigen gebeld. In Meppel gaven de drie getrokken teams vrij snel aan niet mee te kunnen doen. Er was te veel onrust in het team en het onderzoek zou op te korte termijn plaatsvinden. Na contact te hebben gehad met de teamcoaches zijn andere wijkverpleegkundigen van de overige teams benaderd op volgorde van het overzicht met de vraag of zij mee wilden doen aan onderzoek. Het bleek om allerlei uiteenlopende redenen niet eenvoudig om mee te kunnen lopen en zo observaties uit te voeren. In Assen werd door de teams meegewerkt, maar bleek het aantal routes en daarmee het aantal medewerkers op de beschikbare dagen van de onderzoekers onvoldoende. Om die reden zijn andere teams volgens overzicht benaderd. In totaal zijn uiteindelijk vijftig deelnemers geobserveerd uit tien verschillende teams in de getrokken plaatsen. De geobserveerde medewerkers begrepen dat er onder de noemer patiëntveiligheid werd geobserveerd. Het is niet geconcretiseerd dat gekeken werd naar handhygiëne. De onderzoekers hebben hierover verteld dat wanneer duidelijk zou zijn dat waar specifiek over geobserveerd zou worden, bijvoorbeeld het aan- en uittrekken van steunkousen, de medewerker hier vooral goed op zou letten. Dit zou de resultaten van het onderzoek dus onbetrouwbaar kunnen maken. Bij iedere medewerker is verder aangegeven dat de observatie anoniem zou zijn en de aantekeningen niet op naam maar op nummer geregistreerd worden. Zowel medewerkers als cliënten reageerden positief en werkten graag mee.

2.3.2 Surveyonderzoek

Na de observatieperiode werd gebruik gemaakt van surveyonderzoek. Een survey, een gestructureerde dataverzamelmethode, wordt ook wel enquête of vragenlijstonderzoek genoemd. Het is bedoeld om meningen, houdingen en kennis te verzamelen bij grote groepen mensen. Deze gegevens worden op een bepaald moment eenmalig verzameld (Verhoeven, 2014). Omdat onderzoekers zoveel mogelijk respons wilden bereiken hebben zij vierhonderd enquêtes uitgeprint en bezorgd bij de teams in de naaste woon- en werkomgeving van onderzoekers met daarbij een begeleidende brief met het verzoek de enquêtes zoveel mogelijk in te vullen op de weekstarts van de teams en hierna de ingevulde enquêtes op te sturen naar genoemd adres van onderzoeker (Bijlage 8). Daar bovenop zijn driehonderdveertig enquêtes via de mail verstuurd naar wijkverpleegkundigen van alle teams en in cc naar de teamcoaches. Verder zijn er veertig enquêtes naar flexwerkers in deze regio gestuurd met een begeleidende brief en een retourenveloppe.

In totaal zijn er zevenhonderdtachtig enquêtes naar alle uitvoerende medewerkers van Icare in de thuiszorg gestuurd. Alleen specialistisch verpleegkundigen die werkzaam zijn vanuit samenwerking met het ziekenhuis, zoals Parkinsonverpleegkundigen, Neurologieverpleegkundigen en thuisbegeleiding, vielen onder de exclusiecriteria vanwege hun werkzaamheden die niet onder de zorgactiviteiten zelf vallen. Van de zevenhonderdtachtig enquêtes kwamen 277 terug.

2.4 Data-analyse methode

Nadat alle gegevens van de observatie binnen waren konden deze gegevens worden geanalyseerd.

2.4.1 Participerende observatie

Participerende observatie wil zeggen dat onderzoekers zichtbaar aanwezig zijn bij de te observeren handeling(en), maar niet actief deelnamen aan de zorgactiviteiten. De onderzoekers hebben de observatielijst als beknopt ervaren en hebben er zelf variabelen bij geschreven. Verder is naar de beleving van de onderzoekers de tool voornamelijk gericht op een intramurale setting. Zo zijn de termen op de observatielijst “Zorggroep, Locatie en afdeling”, vervangen door “leeftijd, geslacht en handeling”. Onderzoekers wilden deze variabelen meenemen om te beoordelen of deze invloed hebben op de resultaten: is er verschil in de naleving van het protocol handhygiëne als het gaat om oudere en jongere medewerkers, man of vrouw? Maakt het uit welke handeling er gedaan wordt?

Daarnaast wordt er een extra blokje toegevoegd voor opvallende bijzonderheden. De onderzoekers hebben de observatielijst punt voor punt doorgenomen en afspraken gemaakt hoe zij deze punten interpreteerden. Om het onderzoek vloeiend te laten verlopen hebben onderzoekers de observatie geoefend bij collega thuiszorginstelling Carepool. Hierdoor werd de betrouwbaarheid vergroot. De onderzoekers konden immers na het oefenen nog beter afspraken maken over interpretatie van de waarnemingen. De mate van overeenstemming werd op deze wijze zo hoog en eenduidig mogelijk. Het zorgde ervoor dat onderzoekers dezelfde metingen uitvoerden en de uitkomsten op dezelfde wijze werden geïnterpreteerd. Daarmee is er sprake van het vergroten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Betrouwbaarheid is eveneens het aantal respondenten dat deelnam aan de steekproef. Bij de observatie ging het om een steekproefpopulatie van vijftig medewerkers.

Uitgangspunt voor de observaties was het Beleid Hygiëne Icare Extramuraal. Dit beleid heeft als basis het handhygiëne protocol van Vilans (Bijlage 4). Dit protocol is echter gericht op intramurale instellingen en kan in een thuissituatie niet worden nageleefd. Icare heeft in haar beleid het protocol daarom aangepast op de thuissituatie. Dit is het Beleid Hygiëne Icare Extramuraal (Bijlage 2) Er zijn twee manieren van handhygiëne: de handen wassen met water en zeep of gebruik maken van handalcohol (Zorgvoorbeter, Zorgvoorbeter, 2017). Reinigen volgens het beleid inzake handhygiëne betekent de handen met water en zeep wassen wanneer deze zichtbaar vuil zijn, “plakkerig” aanvoelen en bij bepaalde virusinfecties zoals noro en clostridium. In alle andere situaties volstaat het om de handen te desinfecteren door ze in te wrijven met handalcohol (Hygiëne, 2014).

Voor de observaties was het uitgangspunt dit beleid en de ‘5 momenten’-poster. (Bijlage 3) Dat betekent dat er handhygiëne plaatsvindt:

1. Voor contact met de cliënt;
2. Voor een schone/ steriele handeling;
3. Na contact met lichaamsvloeistoffen van de cliënt;
4. Na contact met de cliënt;
5. Na aanraken van de omgeving van de cliënt;

Variabelen waarnaar gekeken werd waren (Bijlage 3):

Aanwezigheid zeppompje; Keukenrol, papieren of schone aparte handdoek voor medewerker; Handen gewassen/gedesinfecteerd en apart geobserveerd of het wassen/desinfecteren volgens beleid was.

Omdat handhygiëne ook alles te maken heeft met handelingen zijn bij de observaties zorgactiviteiten geobserveerd als variabelen (Grafiek1). Zo kon bijvoorbeeld ook duidelijk worden bij welke handelingen handhygiëne altijd of vaak wordt toegepast en waar juist niet. Voorbeelden van deze variabelen waren: het aantrekken van steunkousen, het aanreiken van medicatie of het klaarzetten van het ontbijt.

2.4.2 Surveyonderzoek

Door middel van surveyonderzoek, in de vorm van een enquête, zijn medewerkers gevraagd of zij bekend zijn met de eerder genomen maatregelen in het kader van handhygiëne. Door enkelvoudige vragen te stellen of de medewerker bekend was met bijvoorbeeld de verplichte e-learning, is het antwoord een simpel ja of nee. Dit is een nominaal meetniveau, omdat het is opgebouwd uit enkele losse waarden. In dit geval bestaan er twee waarden, ja en nee. Deze variabelen worden discreet genoemd. Met de uitkomsten kan niet worden gerekend, de uitkomsten zijn codes (Verhoeven, 2014). Zo is in kaart gebracht welke maatregelen al dan niet hebben gewerkt.

Een aantal vragen was kwalitatief van aard maar is kwantitatief verwerkt door middel van een Likertschaal. Door middel van deze meerpuntsschaal in de enquête zijn medewerkers gevraagd naar hun meningen en ervaringen. Er is gebruik gemaakt van de zogenaamde vijf puntsschaal. Deze schaal bestaat uit vijf punten, waarbij het middelste punt (3) staat voor 'neutraal' (Verhoeven, 2014). Deze vijf puntsschaal volstond om antwoorden te kunnen geven op de deelvragen. Om die reden is voor deze vorm gekozen.

Een aantal vragen was halfopen, waarbij telkens de laatste optie blanco was, om zo de mogelijkheid te bieden een antwoord in te vullen dat niet werd genoemd in de antwoordmogelijkheden. Bij deze vragen waren meerdere antwoorden mogelijk.

Antwoordmogelijkheden waren vanuit het beleid van Icare aangegeven en aangevuld vanuit de literatuur. De onderzoekers wilden hierdoor medewerkers de ruimte geven zelf hun meningen en ideeën te geven.

Met behulp van de uitkomsten van deze meervoudige vragen konden de deelvragen en onderzoeksvraag beantwoord worden en konden aanbevelingen worden gegeven. Voor de verwerking van alle gegevens werd gebruik gemaakt van Excel. Voor dit onderzoek voldeed Excel ruim voldoende en bleek dit programma een goede optie, omdat zowel de uitkomsten van de enquête als de uitkomsten van de observaties overzichtelijk te verwerken waren (team, 2010).

De medewerkers is een maand de tijd gegeven om de enquêtes in te vullen en op te sturen. Hiervoor is redengevend dat de teams gemiddeld eens per twee weken een weekstart hebben. De weekstart zou een goede gelegenheid zijn om de enquêtes in te vullen en daarna op te sturen. Op die momenten zijn de meeste medewerkers bij elkaar op kantoor en dat zijn ook vaak de enige momenten. De weekstart hanteren als invulmoment van de enquête zou daarmee de meeste kans geven op respons. Een termijn van een maand zou ook een tweede kans geven om de enquête in te vullen, mocht het de eerste weekstart vergeten zijn.

Bij binnenkomst van de eerste enquêtes zijn deze gelijk ingevoerd en werden er rekenmodules ingevoerd zodat het systeem gelijk alle uitkomsten berekende. Dit hielp om helder te krijgen wat precies gemeten moest worden en op welke onderdelen grafieken een goede visuele weergave zouden geven van resultaten. Representatief bij 780 enquêtes zou zijn een aantal van 258. Er kwamen in totaal 277 enquêtes retour. Hiermee is sprake van een betrouwbaarheidspercentage van 95%. Met de uitkomsten van de enquêtes is er sprake van validiteit omdat hiermee de deelvragen 1,2 en 4 beantwoord konden worden. Doordat gebruik is gemaakt van participerende observatie en enquêtes konden alle deelvragen en onderzoeksvraag beantwoord worden.

2.5 Ethische kwesties

Wanneer men spreekt over ethiek in de zorg, gaat het om de vraag of de zorgverlener voldoende competent is om die zorg op een professionele manier te geven. Dat houdt onder meer in dat de zorgverlener de vakliteratuur bijhoudt en zich blijft oefenen in de vaardigheden (Dominicus de Vries, 2016/2017). Vanuit het oogpunt van onderzoek gaat het bij ethiek om het professioneel omgaan met privacygevoelige informatie. Hierbij moeten de onderzoekers op de hoogte zijn van de privacyrichtlijnen in de zorg. Daarom zijn alle medewerkers die geobserveerd en geënuquëerd werden in dit onderzoek gecodeerd. Hierdoor zijn gegevens en kenmerken niet te herleiden naar een persoon. Ook cliënten en zorghandelingen werden gecodeerd zodat volledige anonimiteit gewaarborgd werd. Voorafgaand aan het onderzoek is door de onderzoekers met de opdrachtgever besproken op welke wijze het onderzoek plaats zou vinden, hoe medewerkers en cliënten zouden worden benaderd en werd afgesproken dat deelname alleen op vrijwillige basis zou zijn en met toestemming van betrokkenen. De participerende observatie gebeurde onder de noemer "patiëntveiligheid". Onderzoekers waren en zijn van mening dat handhygiëne hieronder valt. Als observatie plaats zou vinden onder de noemer observatie handhygiëne, zou er mogelijk geen objectief beeld ontstaan omdat medewerkers dan heel gericht op dat specifieke onderdeel gaan letten. Dit is een aanname van onderzoekers.

3 Resultaten

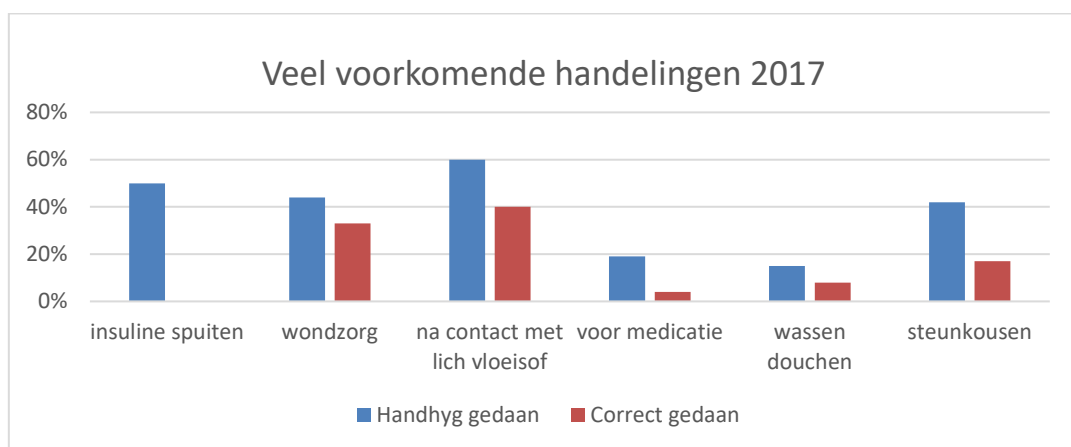
In dit hoofdstuk worden de resultaten van de participerende observaties en het surveyonderzoek middels enquêtes toegelicht.

3.1 Participerende observaties

Voor het onderzoek hebben de onderzoekers de '5 momenten'-poster als uitgangspunt genomen (Bijlage 3). De gegevens zijn verwerkt in Excel. Daarbij hebben de onderzoekers tevens gekeken naar de randvoorwaarden voor medewerkers om handhygiëne uit te voeren. Dit zijn de aanwezigheid van een zeepompje en wegwerphanddoekjes of handdoek voor eenmalig gebruik. Daarnaast moeten, om goede handhygiëne uit te voeren, de handen en polsen vrij zijn van sierraden.

De resultaten van de observaties:

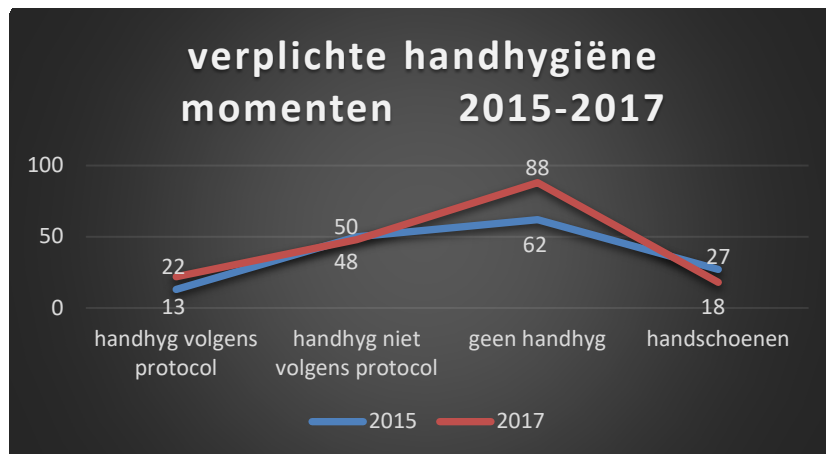
Er zijn 50 observaties verricht bij allemaal verschillende medewerkers. Dit waren 158 aanleidingen voor handhygiëne volgens de '5 momenten'-poster.



Grafiek 1

Bij de randvoorwaarden was er bij 41 cliënten een zeepompje aanwezig en bij 9 cliënten niet. Bij 33 cliënten was er een eenmalige of wegwerp handdoek aanwezig en in 17 situaties waren deze niet voor handen. 13 medewerkers droegen hand- of pols-sierraden. Volgens het onderzoek hebben medewerkers in 22 situaties waarin ingevolge het Beleid inzake handhygiëne van Icare aanleiding was voor toepassing van handhygiëne, de handhygiëne correct uitgevoerd. Bij 136 aanleidingen voor handhygiëne is dit niet volgens beleid Icare uitgevoerd. Daarnaast is in 88 gevallen geen handhygiëne uitgevoerd tijdens een moment waarop dit wel vereist was. Er zijn in 18 gevallen handschoenen gebruikt op het moment dat dit vereist was en 32 keer zijn er geen handschoenen gebruikt terwijl dit wel vereist was. De onderzoekers hebben in 42% van de situaties waarin volgens het beleid van Icare noodzaak was voor handhygiëne geconstateerd dat er handen werden gewassen of gedesinfecteerd. In 14% van deze gevallen is dit ook op de correcte manier (dat wil zeggen: volgens het Beleid inzake handhygiëne van Icare) uitgevoerd. In grafiek 1 is dit nader uitgewerkt.

Ondanks dat dit geen vervolgonderzoek is willen de onderzoekers kort terugkijken naar het onderzoek van 2015 en een vergelijking maken. Zie hiervoor grafiek 2. In 2015 zijn in het onderzoek 152 aanleidingen voor handhygiëne geobserveerd. In 2017 zijn 158 aanleidingen voor handhygiëne geobserveerd.

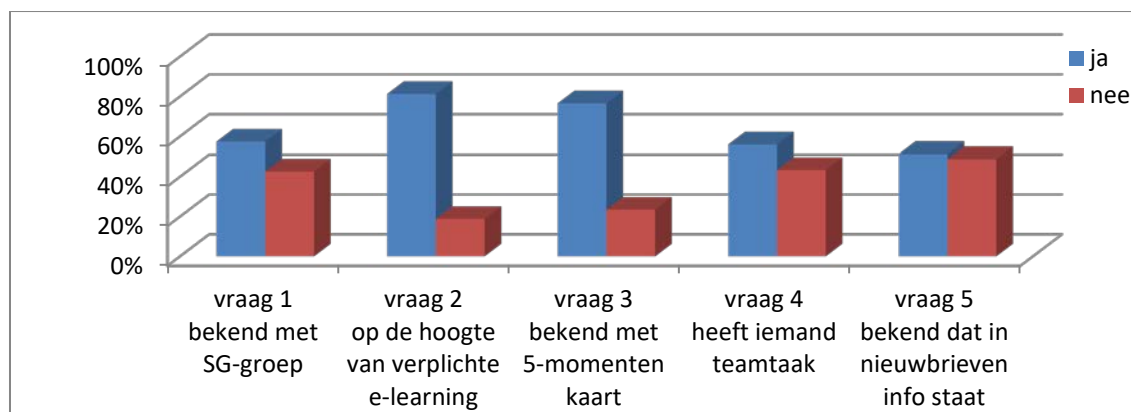


Grafiek 2

Als bijzonderheid hebben de onderzoekers in 2017 geconstateerd dat het grootste probleem van het niet correct uitvoeren van handhygiëne is dat medewerkers geregeld gebruik maken van een handdoek die hangt in de keuken of badkamer van de cliënt, in plaats van een wegwerphanddoekje of een handdoek voor eenmalig gebruik. In 67 keer dat er handhygiëne is uitgevoerd, zijn 31 keer de handen afgedroogd aan de handdoek die al in de keuken of badkamer hing. Omdat dit niet volgens protocol is, is de conclusie dat hierdoor de handhygiëne niet correct werd uitgevoerd. Opvallend is dat door slechts 3 medewerkers uit hetzelfde team, van de in totaal 50 geobserveerde medewerkers, handdesinfectans of handalcohol hebben gebruikt.

3.2 Surveyonderzoek

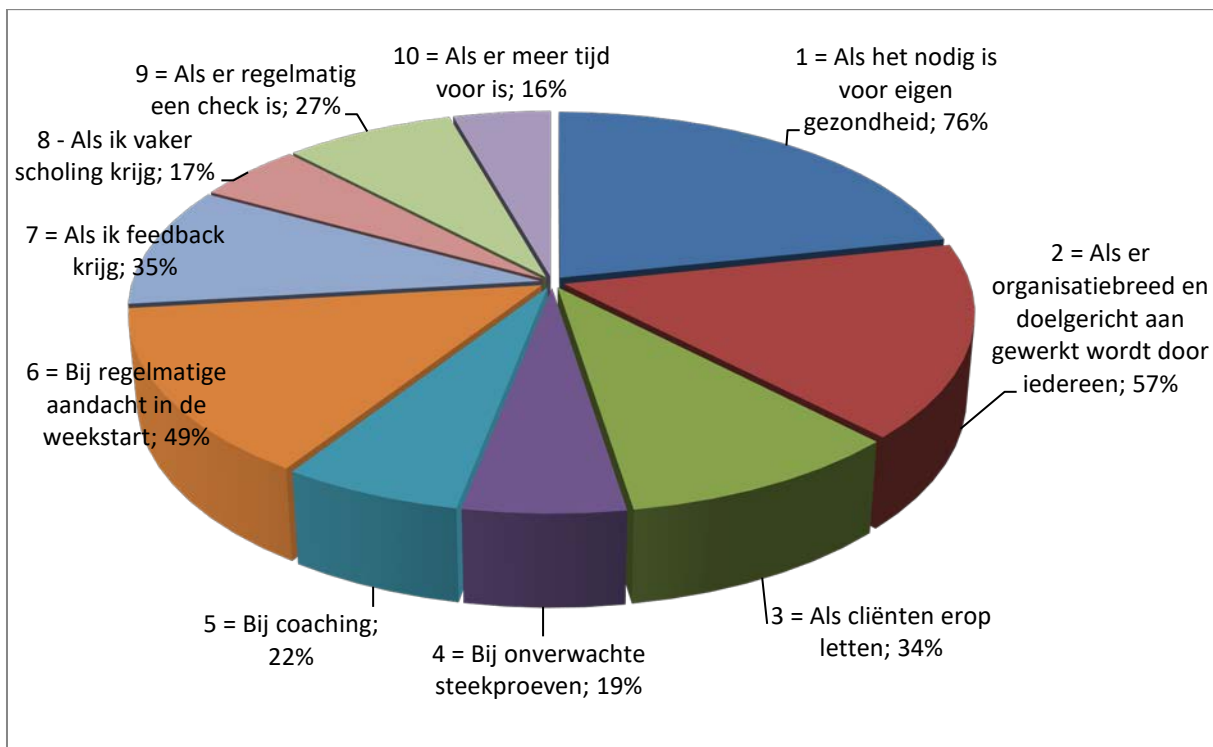
De onderzoekers hebben middels een enquête die verspreid is onder 780 medewerkers van Icare thuiszorg antwoorden gekregen op de onderzoeksvraag en deelvragen. Deze gegevens zijn verwerkt in Excel. Er zijn 277 enquêtes ingevuld door de respondenten. De meerderheid van de geënquêteerden (te weten 57%) heeft het functieniveau 3VIG, gevolgd door de groep niveau 5 (16%). De grootste groep respondenten zit in de leeftijdscategorie tussen de 51 en 60 jaar (31%), gevolgd door de groep tussen de 41 en 50 jaar (24%). Van de geënquêteerden is 58% op de hoogte van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne. 75% is ook op de hoogte van de e-learning en 38% geeft aan dat dit hun gedrag "veel" beïnvloedt. De '5 momenten'-poster is bij 75% van de geënquêteerden bekend. Ongeveer de helft weet dat er hygiënieuws in de nieuwsbrief staat. Dat betekent dat 51% niet op de hoogte is en 17% de nieuwsbrief niet leest. De helft van de medewerkers weet of er een aandachtsvelder in het team aanwezig is met de teamtaak handhygiëne. Opvallend is dat 9% van de niveau 5-medewerkers wel en 6% van die medewerkers niet op de hoogte is van de aanwezigheid van een aandachtsvelder in het team.



Grafiek 3

Gevraagd is in welke mate medewerkers feedback of coaching krijgen op handhygiëne. Hierop geeft 33% aan heel weinig feedback te krijgen. Van alle medewerkers geeft 41% aan dat feedback veel invloed heeft op hun gedrag omtrent handhygiëne, en 35% geeft aan feedback te willen om het protocol inzake handhygiëne na te leven. Opvallend is dat 34% geen mening heeft over de vraag of feedback hun gedrag beïnvloedt, terwijl 41% van de medewerkers aangeeft dat feedback veel invloed heeft.

Om helder te krijgen waar medewerkers precies behoefte aan hebben om het protocol handhygiëne na te leven, is die vraag gesteld aan de geënquêteerden. Hierbij stond met grote meerderheid (76%) bovenaan “als het nodig is voor mijn eigen gezondheid”. Op de tweede plaats, met 57%, staat “als er organisatie breed en doelgericht aan gewerkt wordt door iedereen”. Als derde wordt met 49% genoemd “als er in de weekstart regelmatig aandacht voor is door de aandachtsvelder”. Medewerkers vinden onverwachte steekproeven ter controle, vaker scholing en meer tijd indiceren voor handhygiëne niet motiverend om het protocol handhygiëne na te leven.



Grafiek 4

De onderzoekers hebben ook gekeken hoe het gesteld is met de kennis van het protocol handhygiëne bij de respondenten. Bij de vragen “er is verschil tussen handen wassen en desinfecteren?” En “Op welk moment is het handen wassen verplicht?” geven drie medewerkers van niveau 5 het juiste antwoord. Tevens is gevraagd “Hoeveel seconden wrijf jij je handen in met desinfectans (handalcohol sterilium)?” en geeft 47% van de medewerkers het juiste antwoord.

4 Conclusies

In dit hoofdstuk wordt aanleiding en doelstelling benoemd en deel- en onderzoeksvragen beantwoord, en worden de conclusies getrokken.

4.1 Aanleiding

Nadat in mei 2015 twee studenten van de Hanzehogeschool bij Icare thuiszorg onderzoek hebben gedaan naar naleving van het protocol handhygiëne, heeft de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne van Icare verschillende maatregelen genomen om de naleving van handhygiëne te verbeteren. Nu, twee jaar na dit onderzoek, wil Icare opnieuw onderzoek doen naar naleving van het beleid inzake handhygiëne, zodat zichtbaar wordt of de maatregelen hebben geleid tot verbetering van handhygiëne.

4.2 Doelstelling

Binnen drie maanden zijn er meetbare resultaten over naleving van het Beleid inzake handhygiëne van Icare door uitvoerende medewerkers bij Icare thuiszorg en wordt naleving in de toekomst gewaarborgd.

4.3 Deelvraag 1

Zijn uitvoerende medewerkers, op de hoogte van het bestaan van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne? Van de geënquêteerde medewerkers is 58% op de hoogte van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne. De medewerkers bestonden voor 57% uit VIG, 16% uit Wijkverpleegkundigen niveau 5, 12% uit niveau 4, 9% uit verzorgenden, 4% uit niveau 2 en 2% uit stagiaires.

4.4 Deelvraag 2

Zijn uitvoerende medewerkers bekend met de genomen maatregelen door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne? Driekwart van de geënquêteerde medewerkers is op de hoogte van de verplichte e-learning en ruim een derde geeft aan niet te weten of dit invloed heeft op hun gedrag. Een derde vindt dat het wel veel invloed heeft op het gedrag. De '5 momenten'-poster van handhygiëne is bij driekwart van de medewerkers bekend. Iets minder medewerkers zijn op de hoogte van het feit dat een collega in het team de teamtaak handhygiëne heeft. Bijna de helft van de medewerkers is op de hoogte van het feit dat er in de nieuwsbrieven informatie staat met betrekking tot hygiëne en ook iets meer dan de helft geeft aan dat de nieuwsbrief geen invloed heeft op het gedrag omtrent handhygiëne.

4.5 Deelvraag 3

In welke mate passen uitvoerende medewerkers in de zorg, binnen Icare thuiszorg, handhygiëne toe op de momenten die worden beschreven in het beleid van Icare ? De observaties geven een beeld van hoe de handhygiëne in de praktijk wordt uitgevoerd. De uitkomsten geven weer dat er een aantal zaken is verbeterd sinds de genomen maatregelen. Bij driekwart van de cliënten is een zeppompje aanwezig en er zijn meer cliënten die eenmalige of wegwerp handdoekjes beschikbaar hebben voor de medewerkers. Ook is aangetoond dat er een daling is in het dragen van pols- en handsieraden bij de observaties. Dit wordt door de enquête bevestigd. Veel medewerkers doen wel aan handhygiëne maar drogen de handen af aan de handdoek die er hangt. Ook zijn er drie constateringengedaan van het gebruik van handalcohol. De mate waarin handhygiëne wordt toegepast is als volgt: in 45% van de momenten die worden beschreven in het beleid van Icare wordt handhygiëne uitgevoerd. Als er handhygiëne wordt uitgevoerd dan wordt dit in 14% van de gevallen op de correcte manier uitgevoerd.

4.6 Deelvraag 4

Wat geven medewerkers aan als reden om het beleid Icare ten aanzien van handhygiëne na te leven? De respondenten van Icare thuiszorg die hebben mee gedaan aan het surveyonderzoek middels een enquête geven aan wat ze nodig hebben om het protocol handhygiëne na te leven. Meer dan 75% van de medewerkers geeft aan dat “Als het nodig is voor mijn eigen gezondheid”, “Als er organisatie breed en doelgericht aan gewerkt wordt door iedereen” en “Als er in de weekstart regelmatig aandacht is door de aandachtsvelder” er wel volgens protocol gewerkt kan worden. Deze drie punten scoorden hoger dan de overige opties voor verbetering en kunnen dan ook worden aangemerkt als input voor nieuwe interventies vanuit Icare om naleving te bewerkstelligen (Zie grafiek 4).

4.7 De onderzoeksvraag

In welke mate wordt het Beleid inzake handhygiëne van Icare nageleefd in 2017 door uitvoerend medewerkers in de zorg binnen Icare, na implementatie van maatregelen door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne? De medewerkers van Icare thuiszorg geven aan dat zij handhygiëne belangrijk vinden. Het naleven van het Beleid inzake handhygiëne is na invoering van de diverse maatregelen echter gelijk (Grafiek 2) gebleven. Uit het onderzoek blijkt dat de medewerkers handhygiëne niet uitvoeren volgens het beleid van Icare. De randvoorwaarden voor de persoonlijke hygiëne en het dragen van pols- en handsieraden is verbeterd na de implementatie van de interventies door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de techniek inzake handhygiëne niet is verbeterd en het gebruik van handalcohol niet in alle teams is toegenomen. De door de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne geïmplementeerde maatregelen worden niet in alle teams en door alle individuele medewerkers nageleefd. Dit blijkt uit het gegeven dat niet alle teams een teamtaak 'hygiëne' en de daarbij horende aandachtsvelder hebben ingesteld. Ook blijkt uit het onderzoek dat de artikelen over hygiëne in de nieuwsbrief van Icare weinig tot geen invloed hebben op het gedrag van de medewerkers, omdat de nieuwsbrief door 17% van de geënquêteerden in het geheel niet wordt gelezen en de helft van de geënquêteerden die de nieuwsbrief wel leest aangeeft de artikelen die gaan over hygiëne niet te lezen. Dit onderzoek geeft inzicht in de huidige stand van zaken rondom handhygiëne binnen Icare thuiszorg: het onderzoek maakt duidelijk welke implementatiemaatregelen niet werken en ook waar medewerkers wel of geen behoefte aan hebben om te gaan handelen volgens het handhygiënebeleid. In de aanbevelingen van dit onderzoek zullen vervolgactiviteiten worden geadviseerd. De onderzoekers besteden hierbij speciale aandacht aan het tweewegbrengen van een gedragsverandering bij medewerkers en het daardoor waarborgen van naleving van het Beleid inzake handhygiëne Icare, omdat dit volgens onderzoekers in de kern het probleem is.

4.8 Verklaringen

Oorzaak voor het niet verbeteren van naleving blijkt uit het onderzoek kennistekort te zijn. Medewerkers geven in de enquête aan dat de handhygiëne erg belangrijk is. Dit wekt de indruk dat medewerkers hun gedrag wel willen aanpassen. De IGZ werkt bij hun toetsing rondom handhygiëne met de argumentenkaart (Bijlage 10). Hierop staan motieven waarom medewerkers hun gedrag ten opzichte van het naleven van handhygiëne wel of niet aanpassen. Bij de laatste open vraag gaf een ruime meerderheid aan het belangrijkste te vinden dat besmetting voorkomen wordt. Uit de antwoorden in deze open ruimte wordt de indruk gewekt door medewerkers dat zij handhygiëne correct denken toe te passen. De wil om zorgvuldig volgens het Beleid inzake handhygiëne te werken lijkt aanwezig, waardoor de onderzoekers concluderen dat de oorzaak een kennistekort betreft. De eigen gezondheid blijkt de belangrijkste reden te zijn om het beleid na te willen leven. Daarnaast viel tijdens de observaties op dat naleven van het Beleid inzake handhygiëne vooral niet goed ging omdat medewerkers gebruik maakten van de keukenhanddoek die door iedereen gebruikt wordt. Dit terwijl er in veel gevallen wel keukenrol aanwezig is om de handen mee af te kunnen drogen. Ook dit lijkt te maken te hebben met kennistekort.

5 Discussie

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op het onderzoek en worden belemmeringen, zwakke en sterke kanten en leermomenten genoemd. Tevens worden het proces en product geëvalueerd en wordt gekeken naar de betekenis voor de maatschappij van dit onderzoek en betrouwbaarheid.

5.1 Samenvatting

Uit het onderzoek is gebleken dat de randvoorwaarden bij de cliënten verbeterd zijn na de interventies van de SG kwaliteitsgroep Hygiëne. Het zeepompje of een eenmalige of wegwerphanddoek zijn vaker aanwezig. Deze worden echter niet altijd door de medewerkers gebruikt. Het dragen van hand- of polssieraden is afgenomen. Medewerkers zijn niet allemaal op de hoogte van de interventies die naar aanleiding van het onderzoek in 2015 gedaan zijn, waardoor deze in de praktijk ook niet worden uitgevoerd. Het naleven van het Beleid inzake handhygiëne van Icare is na invoering van de diverse maatregelen vrijwel gelijk gebleven. De techniek van het handen wassen is niet verbeterd. Het gebruik van handalcohol is niet aantoonbaar gestegen. Medewerkers geven aan dat zij, om het Beleid inzake handhygiëne na te leven, redenen gelegen in de eigen gezondheidssituatie nodig hebben. Ook geven zij aan dat er organisatiebreed en doelgericht aan gewerkt moet worden door iedereen, en dat er in de weekstart regelmatig aandacht voor handhygiëne is door de aandachtsvelder. Omdat uit het onderzoek blijkt dat medewerkers gevoelig lijken te zijn voor argumenten die zien op hun eigen gezondheid, kunnen nieuwe interventies van de SG Kwaliteitsgroep Hygiëne hier rekening mee houden. Op die manier kan mogelijk bewerkstelligd worden dat het gedrag van de medewerkers alsnog naar wens wordt aangepast. De literatuur ondersteunt dit. De techniek van handhygiëne is simpel aan te leren, maar het gedrag veranderen is moeilijker (Groeneveld, 2007). Er wordt aangegeven dat gedrag het meest beïnvloed wordt door gerichte feedback bij het ontbreken van kennis, het vergeten van handhygiëne en bij medewerkers die de indruk hebben gevoelig te zijn voor bepaalde infecties. “Eigen belang” speelt hierbij een rol (Maskerine & Loeb, 2006). Onderzoekers raden aan het transtheoretisch model van Prochaska & DiClementre te gebruiken om een gedragsverandering inzake handhygiëne te bereiken. Dit model sluit goed aan omdat het zowel in een team als individueel gebruikt kan worden. Het is een stappenmodel dat bestaat uit vijf fasen en waarbij gedragsverandering geleidelijk tot stand komt (Maskerine & Loeb, 2006).

5.2 Procesevaluatie en productevaluatie

Het proces van het onderzoeksverslag is volgens de verwachting van de onderzoekers verlopen. Hierin zijn geen onvoorziene omstandigheden ontstaan. Het onderzoek is uitgevoerd volgens een vooraf besproken methode en het bestuderen van literatuur, waarna onderzoekers eerst voorbereidingen hebben getroffen voor de participerende observatie en daarna het surveyonderzoek middels enquêtes hebben uitgevoerd. Daaropvolgend zijn de resultaten uitgewerkt en besproken, en vervolgens beschreven. Tijdens het observatiedeel van het onderzoek verliep het proces anders dan verwacht. Dit had ermee te maken dat de drie teams die ad rondom getrokken waren zich allen terugtrokken. De projectleider SG had teamcoaches en wijkverpleegkundigen geïnformeerd dat men benaderd kon worden door onderzoekers van de Hanzehogeschool om op vrijwillige basis deel te nemen. Vervolgens zijn wijkverpleegkundigen volgens een overzicht met alle teams en wijkverpleegkundigen benaderd na overleg met opdrachtgever. Dit is door één team niet op prijs gesteld. De Projectleider SG heeft contact gehad met de onderzoekers en met het betreffende team, waarna bleek dat de onderzoekers zorgvuldig hebben gehandeld op een professionele manier. Mogelijk is dit een belemmering geweest voor het aantal retourzendingen van de enquêtes. Voor het onderzoek is vastgehouden aan de afgesproken werkwijze. Het incident is zorgvuldig onderzocht en met alle betrokkenen uitgesproken met de opdrachtgever waardoor het onderzoek niet is vertraagd.

Het product dat is afgeleverd aan de opdrachtgever Icare Thuiszorg voldoet aan de eisen die de onderzoekers hadden vanuit de Hanze Hogeschool. De resultaten die uit de participerende observaties en de survey zijn gekomen ondersteunen elkaar. Ook sluit de literatuur hier goed bij aan. Hiermee hebben de onderzoekers hun vragen beantwoord gekregen en de techniek van het onderzoek doen geleerd. Net als bij het verpleegkundige proces hebben de onderzoekers gekeken naar wat de situatie is, wat de interventies zijn geweest en welke effecten hebben die gehad. Verder is er een bijstelling geweest in de te nemen interventies en er is gekeken naar hoe het proces is verlopen (Wilkinson, 2015). De onderzoekers hebben vanuit de conclusies adviezen gegeven aan de opdrachtgever. Tevens heeft de opdrachtgever een onderzoek gekregen waarmee ze nieuwe acties kan uitzetten en waarbij duidelijk is geworden hoe Icare thuiszorg er nu voorstaat na de geïmplementeerde interventies. Icare thuiszorg heeft aangegeven blij te zijn met het aangeboden onderzoeksverslag.

5.3 Zwakke punten

Een zwak punt in dit onderzoek is geweest dat tijdens de observaties bleek dat veel medewerkers “voor een handeling” handhygiëne toepassen en dit lijkt het moment te vervangen “voor contact met de cliënt” van de ‘5-momenten poster. Of de geobserveerde medewerkers handhygiëne toegepast hebben in de auto door te desinfecteren ná het zorgmoment, was niet waarneembaar en is derhalve niet meegenomen in het onderzoek. Dit geldt ook voor de handhygiëne “na contact met de omgeving” van de cliënt. Dit lijkt het moment te vervangen van handhygiëne “na cliëntcontact”. Dit kan de uitkomst van het niet uitvoeren van handhygiëne beïnvloeden waardoor een vertekend beeld kan zijn ontstaan.

Een beperking bij de survey is dat vraag 9 is uitgesloten van de kennisvragen. Tijdens de verwerking van de gegevens van de enquête kwamen onderzoekers tot de conclusie dat het correcte antwoord niet bij de antwoordmogelijkheden stond. Hierdoor hebben de onderzoekers de vraag uitgesloten van de resultaten.

Het verschil tussen man en vrouw is na de observaties uitgesloten van de resultaten. Reden hiervoor is dat er slechts één man is geobserveerd en dit geeft geen representatief beeld van het verschil tussen man en vrouw in deze context.

Dat het onderzoek geanonimiseerd was, kan ook als beperking worden gezien. Het viel op dat bij de observaties drie medewerkers desinfectans gebruikten. Maar deze medewerkers werkten in hetzelfde team. Mogelijk is er onderscheid in naleving handhygiëne per team. En is het ene team verder in de naleving dan andere. Daar zou een vervolgonderzoek zich op kunnen richten.

5.4 Sterke punten

Een sterk punt was dat de variabelen, zoals te zien in grafiek 1, van invloed bleken te zijn op het naleven van het protocol inzake handhygiëne. Opvalt is dat voor handelingen als het aanreiken van medicatie en hulp bij wassen/ douchen nog geen 20% van de medewerkers handhygiëne toepast en bij bijvoorbeeld het contact met lichaamsvloeistoffen 60% van de medewerkers handhygiëne toepast. Er is nader onderzoek nodig om oorzaken hieromtrent te achterhalen. Volgens de onderzoekers speelt eigen belang hier een grote rol.

Dat eigen belang een punt van aandacht is, komt door het onderzoek overtuigend naar voren. Voor 75% van de medewerkers is het eigen belang een belangrijke motivatie om hun gedrag aan te passen. In de laatste open vraag van de enquête wordt deze stelling bevestigd. Hier geven medewerkers in allerlei bewoordingen dit aan. Opvallend is dat in de literatuur over het eigen belang van medewerkers weinig is gevonden.

5.5 Leermomenten

Een leermoment was dat het onderzoek op twee manieren is gemeten, namelijk door middel van observaties en een enquête. Soms werden hierdoor conclusies bevestigd en soms werd er verschil geconstateerd tussen de waarnemingen van de onderzoekers en de beleving van de medewerkers.

Het wekt de indruk bij de onderzoekers dat er duidelijk sprake is van een kennistekort omdat medewerkers juist wel goed denken te handelen. Medewerkers in de thuiszorg werken solistisch waardoor de mogelijkheid op feedback en controle beperkt blijkt. Er blijkt wel vaker een zeepompje en eenmalige handdoek aanwezig te zijn bij cliënten. Mogelijk kunnen cliënten een grotere rol spelen als zij de juiste voorlichting krijgen over het belang van handhygiëne voor henzelf en de medewerker.

De onderzoekers hebben door het zoeken naar informatie een nieuw inzicht gekregen over handhygiëne en hoe dit is georganiseerd bij de ouderenzorgorganisatie Trivium Meulenbelt Zorg (TMZ) in Overijssel. Zij hebben in hun infectiepreventiebeleid als doelstelling “het overdragen van infecties voorkomen” in plaats van het doel “Goede handhygiëne”. Door de nadruk te leggen op het doel, wordt het naleven van het protocol inzake handhygiëne een middel.

Een tegenstrijdigheid in de uitkomsten is de behoefte aan scholing. Slechts 17% van de geënquêteerden gaf aan scholing nodig te hebben om het Beleid inzake handhygiëne na te leven. Bij de vraag hoe belangrijk scholing voor medewerkers is om handhygiëne na te leven, geeft 52% aan dit belangrijk te vinden en 34% het heel belangrijk te vinden.

Bij kennisvragen gaf bijna de helft van de ondervraagden het goede antwoord en bij één kennisvraag gaven slechts drie medewerkers het juiste antwoord. Het belang van scholing over handhygiëne is groot.

5.6 Betrouwbaarheid, representativiteit en validiteit

Het surveyonderzoek is representatief gebleken doordat er van de 780 verstuurdde enquêtes 277 enquêtes retour gekomen zijn. Dat geeft een betrouwbaarheidspercentage van 95%. Bij de observatie was sprake van een kleine steekproef: 50 medewerkers zijn geobserveerd. Dit geeft een betrouwbaarheidspercentage van 60%, omdat het aantal medewerkers in dit gebied 170 was. Deze betrouwbaarheid is lager, maar was zeker ondersteunend bij de enquête. De validiteit was hoog omdat de uitkomsten antwoorden gaven op de deel- en onderzoeksvraag.

5.7 Betekenis resultaten voor organisatie/ maatschappij

Het belang van goede handhygiëne is groot, want een goede handhygiëne voorkomt infecties. Het correct uitvoeren van handhygiëne heeft invloed op het welbevinden van zowel de cliënt als de medewerker (Zorgvoorbeter, 2017). Daarnaast heeft het invloed op gelijkwaardige zorg voor alle cliënten. In financieel opzicht is het van belang voor de organisatie met betrekking tot de medewerker en voor de maatschappij met betrekking tot de cliënt (Zorgvoorbeter, 2017).

6 Aanbevelingen

Aanbevelingen naar aanleiding van de resultaten die kunnen bijdragen aan het komen tot een zo optimaal mogelijke naleving van het Beleid inzake handhygiëne van Icare zijn:

6.1 Aanbevelingen

Bij Icare thuiszorg wordt sinds 2015 gewerkt met een professioneel praktijkmodel Shared Governance (SG). SG wordt in toenemende mate ingezet door zorgorganisaties om te komen tot een professionele beroepspraktijk. Werken volgens het SG-model houdt in dat iedereen in het team zijn eigen verantwoordelijkheden en taken heeft. 1. Besluitvorming en controle met betrekking tot de eigen beroepsinhoudelijke ontwikkeling ligt bij de verpleegkundige beroepsgroep. 2. De verpleegkundige en de verpleegkundige beroepsgroep toont verpleegkundig leiderschap. Dat houdt in dat zij eigenaar zijn van de eigen beroepsontwikkeling en uitvoering. Dit betekent dat ze daar zeggenschap over hebben, er verantwoordelijkheid voor nemen, hier aanspreekbaar op zijn en er verantwoording over afleggen. 3. Er is een grondhouding van continu willen verbeteren en innoveren. 4. Er is samenhang tussen de dagelijkse praktijk en beleid. 5. Er is sprake van samen sturen in de organisatie (shared), iedereen vanuit zijn eigen verantwoordelijkheidsgebied (Haag-Heitman & George, 2010). Als men op deze manier werkt vanuit de gedachte dat de beroepsgroep zelfverantwoordelijk is voor de inhoud van het beroep, lijkt het ons als onderzoekers vooral van belang om goed naar de beroepsgroep te luisteren. Ook als het gaat om handhygiëne is het dus cruciaal te weten wat de medewerkers zelf belangrijk vinden omtrent dit onderwerp. Zoals in grafiek 4 is te zien vinden medewerkers hun eigen gezondheid de meest belangrijke motivatie om het Beleid inzake handhygiëne na te leven. Uit de laatste en open vraag van de enquête, waarin wordt gevraagd wat medewerkers het meest belangrijk vinden inzake handhygiëne, geeft driekwart aan dat zij besmetting wil voorkomen. Om naleving van het Beleid inzake handhygiëne te stimuleren is de aanbeveling om het “voorkomen van besmetting” als doel te stellen, in plaats van “goede handhygiëne” nog langer als doel te handhaven. Door van het doel een middel te maken wordt de aandacht niet langer gefocust op het gedrag maar op datgene wat je wilt bereiken, namelijk het voorkomen van infecties door middel van goede naleving van het Beleid inzake handhygiëne. Door de teamtaak hygiëne verplicht aanwezig te laten zijn in ieder team is er ook een aandachtsvelder die verantwoordelijkheid draagt voor deze teamtaak. Om tot een blijvende gedragsverandering te komen kan er gewerkt worden volgens het stappenmodel van Prochaska & DiClementre. Gedragsverandering komt volgens dit model tot stand volgens vijf fasen. De pré-contemplatiefase (voorstadium), contemplatiefase (overwegen), voorbereiding (beslissen), uitvoering (actie), behoud (volhouden) en terugval.

Medewerkers bestaan uit vijf adoptiegroepen. De aandachtsvelder die de teamtaak hygiëne gaat oppakken moet dit doen omdat het zijn of haar interesse heeft. Deze persoon kan dan als innovator en aanjager worden gezien, samen met de wijkverpleegkundige. Zij kunnen zich samen inzetten in het team voor een succesvolle implementatie van de nieuwe maatregelen die zien op handhygiëne. Zij kunnen andere teamleden enthousiasmeren. Vervolgens is er een groep “early adopters”, die het voorbeeld snel zal volgen doordat ook zij enthousiast worden van de ontwikkelingen. De adoptiegroep “early majority” zijn medewerkers die die wel willen mee veranderen maar eerst even afwachten en kijken hoe het precies gaat. Daarnaast zijn er altijd medewerkers die in meer of mindere mate weerstand hebben tegen verandering. Deze groep is de “late majority”. Deze groep is met het krijgen van voldoende kennis en de juiste interventies mee te nemen in de verandering. De “laggards” zijn medewerkers die de meeste weerstand vertonen en aandacht vragen. De aandachtsvelder kan volgen of de teamleden de e-learning gedaan hebben en hen stimuleren de e-learning te doen. Door maandelijks aandacht te besteden aan het onderwerp handhygiëne kunnen laatste ontwikkelingen op het gebied van handhygiëne verteld worden en hoeft dit niet in de nieuwsbrief worden geschreven. Er kunnen ook andere initiatieven worden ontplooid door de aandachtsvelder, zoals bijvoorbeeld jaarlijks op Nationale Handenwasdag een handenwastraining geven.

Ook zijn er hulpmiddelen zoals visirub, waarmee medewerkers kunnen zien of zij hun handen op de juiste wijze wassen en desinfecteren. Aandachtsvelders kunnen ook flesjes desinfectans in beheer houden en zo checken wie dit wel en niet gebruikt en het vervolgens bespreekbaar maken. Het is aan te bevelen dat Icare de aandachtsvelders gaat scholen en hen op die manier ondersteunt in hun teamtaak. De wijkverpleegkundige kan bij de intake de cliënt informeren over het belang van het voorkomen van infecties door goede handhygiëne. Zo wordt cliënt als het ware medeverantwoordelijk om het doel te bereiken. Door het onderwerp hygiëne maandelijks aan de orde te stellen bestaat de mogelijkheid van het geven van feedback en positieve coaching. Door medewerkers zelfverantwoordelijk te maken voor hun eigen gestelde doelen, en zorgen dat zij vaker en inhoudelijker gericht bezig zijn met handhygiëne, is de verwachting dat het Beleid van Icare inzake handhygiëne beter zal worden nageleefd.

6.2 Aanbeveling 1: Stappenmodel Prochaska & DiClementre

Medewerkers geven aan dat hun eigen gezondheid de belangrijkste reden is voor het naleven van handhygiëne, en dat er organisatie breed en doelgericht aan naleving van het protocol inzake handhygiëne gewerkt wordt door iedereen. Omdat medewerkers er gevoelig voor lijken te zijn hun gedrag aan te passen, en de literatuur dit ondersteunt, is de eerste aanbeveling gebruik te maken van het transtheoretisch model van Prochaska & DiClementre. Dit model wordt aangeraden te gebruiken bij gedragsverandering bij handhygiëne. Het is een stappenmodel dat bestaat uit vijf fasen en waarbij gedragsverandering geleidelijk tot stand komt (Maskerine & Loeb, 2006). Gedrag wordt het meest beïnvloed door gerichte feedback bij ontbreken van kennis, bij het vergeten van handhygiëne en bij medewerkers die de indruk hebben gevoelig te zijn voor bepaalde infecties “eigen belang” speelt hierbij een rol (Maskerine & Loeb, 2006). De techniek van handhygiëne is simpel aan te leren, maar het gedrag veranderen is moeilijker (Groeneveld, 2007).

6.3 Aanbeveling 2: Verplichte e-learning

In verband met kennistekort wordt aanbevolen de e-learning verplicht te stellen voor alle medewerkers en bij nieuwe medewerkers. Nu is de e-learning verplicht voor medewerkers vanaf niveau 3VIG. Van niveau 2 en niveau 3VZ-medewerkers wordt verwacht dat zij de e-learning op vrijwillige basis te doen. Het is onduidelijk in hoeverre betreffende medewerkers hiervan op de hoogte zijn. Het belang van handhygiëne en het voorkomen van besmetting voor de eigen gezondheid dient binnen de e-learning meer aandacht te krijgen. Het eigen belang is volgens het onderzoek een belangrijke motivatie om Beleid handhygiëne na te leven.

6.4 Aanbeveling 3: In alle teams verplichte teamtaak hygiëne

Niet in alle teams is een medewerker met de teamtaak hygiëne. Aanbeveling is dat deze teamtaak een verplichte taak wordt, zodat deze in alle teams aanwezig is. In de weekstart moet deze aandachtsvelder dan regelmatig aandacht geven aan (hand)hygiëne. Dit zou kunnen door gebruik te maken van bijvoorbeeld Zorgvoorbeter waar diverse hulpmiddelen op de site staan, zoals tips en actuele informatie (Hygienisch werken, 2017).

6.5 Aanbeveling 4: Op Wereldhandenwasdag handhygiëne training

Jaarlijks is het op 15 oktober “Wereldhandenwasdag” (NU.nl, 2017). Icare zou hier gebruik van kunnen maken door in die week speciaal aandacht voor handhygiëne te vragen. Handhygiënetraining is de meest efficiënte manier gebleken om ervoor te zorgen dat de handen volledig gedesinfecteerd worden. Uit een Zwitsers onderzoek kwam naar voren dat handhygiënetrainingen bijdragen aan een betere naleving van de handhygiënevoorschriften (Hartmann, 2017). Een jaarlijkse training op de weekstart zou kunnen bijdragen aan betere naleving en passen bij de “Wereldhandenwasdag”.

6.6 Aanbeveling 5: Het stoppen met artikelen in de Nieuwsbrief

Het is bij de helft van de geënquêteerden bekend dat er een nieuwsbrief is. Op de vraag of het gedrag wordt beïnvloed door nieuwsfeiten rondom hygiëne zegt 17% de nieuwsbrief niet te lezen en geeft 51% aan dat het geen invloed heeft op hun gedrag. Het gebruik maken van de nieuwsbrief voor het delen van informatie lijkt weinig effect te hebben en zou kunnen worden gestopt.

6.7 Aanbeveling 6: Cliënten informeren

Uit het onderzoek komt duidelijk naar voren dat randvoorwaarden als zeepompje en een eenmalige of papieren handdoek vaker aanwezig zijn bij cliënten. Wellicht kan tijdens de intake een cliënt goed geïnformeerd worden over het “waarom” van deze materialen voor de medewerkers. Cliënten preventief informeren over het voorkomen van infecties door goede handhygiëne kan mogelijk een goed hulpmiddel zijn. Door deze kennis zal de cliënt het belang van een goede handhygiëne begrijpen, en kan de cliënt mee helpen herinneren aan een goede handhygiëne in het belang van zowel zichzelf als dat van de medewerker.

6.8 Aanbeveling 7: Maak goede handhygiëne tot middel in plaats van doel

Bij de ouderenzorgorganisatie Trivium Meulenbelt Zorg (TMZ) in Overijssel is het infectiepreventiebeleid goed op orde. Hun doel is “het overdragen van infecties voorkomen” in plaats van het doel “Goede handhygiëne”. Groeneveld geeft in haar artikel aan dat het naleven van een protocol, waarbij het om een technische handeling gaat, handhygiëne protocol naleven geen problemen oplevert. Als het echter gaat om het aanpassen van gedrag, blijkt er sprake van een groot probleem (Groeneveld, 2007).

6.9 Aanbeveling 8: Vervolgonderzoek

De onderzoekers bevelen vervolgonderzoek aan nadat het stappenmodel is doorgevoerd, omdat handhygiëne belangrijk is bij het voorkomen van infecties en omdat er in toenemende mate sprake is van antibioticaresistentie. Handhygiëne blijft dus van groot belang voor zowel cliënten als medewerkers (RIVM, 2017). Het is daarom zinvol over een aantal jaren opnieuw onderzoek naar het naleven van Beleid inzake handhygiëne uit te voeren.

Literatuurlijst

- Anita Huis. (16-09-2013). *goed voorbeeld doet goed volgen*. Nijmegen: IQ scientific institute for quality healthcare.
- Bedaf, M. (2016). Handhygiene als tweede natuur. *Tijdschrift voor Verzorgenden*, 30-32.
- Beroepscode verpleegkundigen en verzorgende. (2015, januari). *Beroepscode verpleegkundigen en verzorgende pdf*. Opgehaald van www.venvn.nl: <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2015%20documenten/20150108%20Beroepscode%20Verpleegkundigen%20en%20Verzorgenden.pdf>
- Brouwer, B. d. (2010). *Tijdschrift voor verpleegkundigen*, 37-40.
- Cox, K., Louw, D. d., Verhoef, J., & Kuiper, C. (2012). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Daha, T. (2004). Studenten opvoeden met handhygiene. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 22-24.
- Dominicus de Vries. (2016/2017). *zorgethiek ethicas*. Opgehaald van www.ethicas.nl: <https://www.ethicas.nl/1/2/3/zorgethiek.html>
- Duiven-Dolsma, K., & Gerritsen, H. (2015). *Handhygiene binnen Icare Wijkverpleging*. Groningen.
- Encyclo. (2017, september 24). *kruisbesmetting 3 definities ensiclo*. Opgehaald van <http://www.encyclo.nl>: <http://www.encyclo.nl/begrip/kruisbesmetting>
- Gezondheidsplein. (2017). Opgehaald van Infectie: <https://www.gezondheidsplein.nl/aandoeningen/infectie/item39912>
- Groeneveld, K. (2007). Dweilen met de kraan open. *Medisch Contact*, 1976-1979.
- Haag-Heitman, B., & George, V. (2010). *Guide for Establishing Shared Governance: A Starter's Toolkit*. Silver Spring: American Nurses Credentialing Center (ANCC).
- Hartmann. (2017). Opgehaald van Visirub Fluoricerend concentraat voor handhygiëne training: <http://nl.hartmann.info/112548.php>
- Hartmann. (2017). Opgehaald van Visirub Fluoricerend concentraat voor handhygiëne training: <http://nl.hartmann.info/112548.php>
- HKZ. (2017). *HKZ*. Opgehaald van HKZ: basis voor beter: <http://www.hkz.nl/>
- Huis, A. (2013, september 16). *Goed voorbeeld doet goed volgen*. Opgeroepen op 2017, van Wetenschap in praktijk VenVN: http://wetenschapinpraktijk.venvn.nl/Portals/21/Pdf/Anita%20Huis_16-09-2013.pdf
- Huis, A. (2014). Helping hands. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 17-20.
- Hygiëne, S. K. (2014). *Beleid Hygiene Icare Extramuraal*. Meppel: Icare.
- Hygienisch werken. (2017). Opgehaald van Zorgvoorbeter: <http://www.zorgvoorbeter.nl/ouderenzorg/hygiene-hygienisch-werken-zorg.html>
- Icare. (2017). *Icare*. Opgehaald van Welbevinden centraal: https://www.icare.nl/over_icare/visie_op_zorg.aspx
- IGZ. (2015). *Instellingen in ouderenzorg nemen nog steeds onvoldoende actie om hygiëne in infectiepreventie te verbeteren*. Opgehaald van Inspectie voor de Gezondheidszorg: <https://www.igz.nl/zoekresultaten.aspx?q=hygiene>
- IGZ. (2017, september 24). *inspectie voor gezondheidszorg Wet BIG*. Opgehaald van www.IGZ.nl: https://www.igz.nl/onderwerpen/handhaving_en_toezicht/wetten/wet_big/
- Kersten, S. (2017). *VenVN*. Opgehaald van Terwijl jullie zorgen: <https://www.venvn.nl/Artikelen/ArticleType/ArticleView/ArticleID/2032293>
- Kwaliteitsgroep hygiëne. (2014). *Beleid Hygiene Icare Extramuraal*. Meppel: Icare.
- Kwaliteitskader VVT 2010. (2010, april). *kwaliteitskader VVT 2010 pdf*. Opgehaald van <https://www.google.nl/search?q=normen+verantwoorde+zorg+2017&oq=normen+verantwoorde&aqs=chrome.2.69i57j0l5.9988j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8:file:///C:/Users/Anja/Downloads/P%20Kwaliteitskader%20Verantwoorde%20Zorg%20VVT%202010.pdf>
- Martin, P. d., & Smedts, p. (2012). *Prisma handwoordenboek*. Houten Antwerpen: Unieboek Het Spectrum bv.

- Maskerine, C., & Loeb, M. (2006). Improving Adherence to Hand Hygiene Among. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 244-251.
- Movisie. (2017, april 1). *Cirkel van gedragsverandering Movisie*. Opgehaald van www.movisie.nl: <https://www.movisie.nl/tools/cirkel-gedragsverandering>
- NU.nl. (2017). Opgehaald van Feit of fabel: welke informatie over handhygiene klopt wel?: <https://www.nu.nl/gezondheid/4653486/feit-of-fabel-welke-informatie-handhygiene-klopt-wel.html>
- Nursing. (2017). *Nursing*. Opgehaald van Wat is patientveiligheid?: <https://www.nursing.nl/thema/patientveiligheid/#read-more>
- Postcodebijadres. (2017). *Postcode bij adres*. Opgehaald van Postcodes en plaatsen in Drenthe: <http://postcodebijadres.nl/provincie/drenthe>
- Riphagen, J. (2013). *RUG*. Opgehaald van Griep prik voor ziekenhuispersoneel voorkomt infecties: <http://www.rug.nl/news/2013/10/1023-umcg-promotie-josien-riphagen>
- RIVM. (2011). *RIVM*. Opgehaald van RIVM de zorg voor morgen begint vandaag: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/S/SNIV/Toolkit_Handhygiene_verpleeghuizen_SNIV
- RIVM. (2015). *Handhygiene: Waarom, wie en wanneer?* Opgehaald van RIVM: <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=3923dc04-1a6d-4c69-9a47-3dd92685b548&type=org&disposition=inline>
- RIVM. (2017). Opgehaald van Antibioticaresistentie: <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Antibioticaresistentie>
- RIVM. (2017, september 25). *toolkit handhygiene*. Opgehaald van www.rivm.nl: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten/SNIV/Toolkit_Handhygiene_in_Verpleeghuizen/Download/3_Scholing_en_training/Feitenblad/Download/Feitenblad_pdf.org
- Sassenrath, C., Diefenbacher, S., Siegel, A., & Keller, J. (2015). A person-oriented approach to hand hygiene behaviour: Emotional. *Routledge*, 205-227.
- Steekproefcalculator. (2013). *Steekproefcalculator*. Opgehaald van <http://www.steekproefcalculator.com/steekproefcalculator.htm>
- team, V. S. (2010). *MS Excel 2010*. Visual steps BV.
- Ubbink, D., & Greuter, H. (2011). Handen wassen, maar niet in onschuld. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based-Practice*.
- V&V 2020 Deel 2 Beroepsprofiel zorgkundige. (2012, maart 8). *opmaak 1*. Opgehaald van www.venvn.nl: <https://www.venvn.nl/Portals/24/Deskundigheid/Beroepsprofiel/beroepsprofiel%20zorgdeskundige.pdf?ver=2014-12-03-105932-090>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma.
- Vilans. (2012). *Handhygiene*. Opgehaald van Protocollen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen: <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/hygi%C3%ABne-hoe-krijg-vingers.pdf>
- Vilans. (2017). Opgehaald van Infectiepreventie spreekt vanzelf voor bewuste medewerkers: <http://www.vilans.nl/interview-infectiepreventie-sprekt-vanzelf-voor-bewuste-medewerkers.html>
- Vocht, A. d. (2016). *Basishandboek SPSS 24*. Bijleveld Press.
- Werkgroep Infectie Preventie. (2017). Opgehaald van RIVM: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP
- WHO. (2017, mei 5). *WHO*. Opgehaald van Clean care is safer care: <http://www.who.int/gpsc/5may/en/>
- Wikipedia. (2016, september 19). *inspectie voor gezondheidszorg wikipedia*. Opgehaald van <https://nl.wikipedia.org>: https://nl.wikipedia.org/wiki/Inspectie_voor_de_Gezondheidszorg
- Wilkinson, J. M. (2015). *Kritisch denken binnen het verpleegkundig proces*. Amsterdam: Pearson Benelux BV.
- World Health Organisation. (2017). *World Health Organisation*. Opgeroepen op 2017, van Hygiene: <http://www.who.int/topics/hygiene/en/>

ZIPnet. (2017). *ZIPnet*. Opgehaald van ZIPnet nieuws : Inspectie gaat toetsen op hygiëne en infectiepreventie : <http://www.publiekzipnet.nl/>

Zorgverbeter. (2015). Opgehaald van Risico's voor medewerkers: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/hygiene-risicos-medewerkers.html>

Zorgverbeter. (2015). *Zorgverbeter*. Opgehaald van Risico's voor medewerkers: Ook zij lopen gevaar. Werknemers in de zorg komen in aanraking met allerlei bacteriën, virussen en parasieten en kunnen hierdoor infecties oplopen en (ernstig) ziek worden.

Zorgverbeter. (2016). Opgehaald van Hygiene: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/hygiene-wat-is-het.html>

Zorgverbeter. (2017). Opgehaald van Slimme medicijn dispenser voor de thuiszorg: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/medicatieveiligheid-thuiszorg-medido.html>

Zorgverbeter. (2017). Opgehaald van Handhygiëne: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/hygiene-handen-wassen-zorg.html>

Zorgverbeter. (2017). *Zorgverbeter*. Opgehaald van Handhygiëne: <http://www.zorgverbeter.nl/ouderenzorg/hygiene-handen-wassen-zorg.html>

Bijlage 1 Antiplagiaat verklaring

Antiplagiaatverklaring (tegelijk met de opdracht inleveren)

Hierbij verklaren wij, dat wij bijgevoegd werkstuk zelfstandig en zonder gebruik van andere dan de door ons aangegeven bronnen en hulpmiddelen gemaakt hebben. Alle passages in het werkstuk die letterlijk of inhoudelijk uit gepubliceerde en niet openbare, gepubliceerde teksten overgenomen zijn, hebben wij kenbaar gemaakt door middel van aanhalingstekens en bronvermelding. Dit werkstuk is in deze of vergelijkbare vorm nog niet eerder ter beoordeling aangeboden.

Plaats: Groningen

Datum: 16-01-2018

Naam student 1: Handtekening student 1:

Anja Bruinenberg:



Naam student 2: Handtekening student

Gerda Oost



Bijlage 2 Beleid hygiëne Icare



Bijlage 2 Beleid
Hygiëne Icare.pdf

Bijlage 3 De 5 momenten kaart



Bijlage 4 Protocol handhygiëne Vilans

Protocolen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen Hygiëne en infectiepreventie 6

Handhygiëne

Deze WIP richtlijn betreft de handhygiëne voor zover het niet gaat om operatieve ingrepen en voeding. Handhygiëne wordt beschouwd als de belangrijkste maatregel om het risico van overdracht van micro-organismen, van medewerkers in de gezondheidszorg naar patiënten/cliënten, te verminderen. Vooral op de handen komen veel micro-organismen (bacteriën, virussen en schimmels) voor die toevallig op de huid zijn terechtgekomen en waaronder vaak ziekteverwekkende kiemen zitten. Om de overdracht via de handen van mens tot mens uit te schakelen dient handhygiëne te worden toegepast.

Onder handhygiëne wordt verstaan: handreiniging, handdesinfectie en handverzorging met handcrème.

Handreiniging

Handreiniging is het verwijderen van vuil en een deel van de transiënte flora op de handen met water en zeep. De handen moeten gewassen worden met water en zeep als de handen zichtbaar verontreinigd zijn. De handen worden gewassen met water en vloeibare zeep.

1

De

zeepdispensers mogen niet worden bijgevuld. De gehele voorraadfles dient te worden vervangen. Uitzondering kan worden gemaakt voor medewerkers met aangetoonde of bewezen overgevoeligheid voor de in vloeibare zeep vrijwel altijd aanwezige conserveringsmiddelen. In dat geval kan gebruik gemaakt worden van zakjes zeepoeder of vloeibare zeep van een andere samenstelling.

Handdesinfectie

Handdesinfectie is het door middel van een handalcohol snel reduceren van de transiënte en residente flora die op de handen aanwezig is. Handalcohol is de verzamelnaam voor de alcoholpreparaten die gebruikt worden voor (niet-operatieve) handdesinfectie en kan zowel op basis van ethanol, n-propanaol of isopropanol zijn samengesteld

2

Toevoeging van chloorhexidine of een ander desinfectans hebben geen extra waarde voor de gewone handhygiëne. Handalcohol wordt bij voorkeur door middel van een dispenser verstrekt. Alcohol heeft geen reinigende werking en heeft geen effect bij virale infecties (zoals NORO virus of Clostridium Difficile).

Absorptie van alcohol door de huid, door de toepassing, is beschreven. Deze is echter zo gering, dat dit geen risico vormt. Alcohol resorptie door de huid wordt niet als een probleem gezien, binnen de religies waar de consumptie van alcohol verboden is. Het gebruik van desinfecterende zeep voor handdesinfectie heeft geen toegevoegde waarde.

Desinfecterende zeep is minder effectief dan handalcohol.

Handverzorging

Handverzorging is datgene dat wordt gedaan om de handen in goede conditie te houden, zoals het korthouden en verzorgen van de nagels en het aanbrengen van handcrèmes om uitdroging en kloofvorming tegen te gaan.

Door veelvuldig toepassen van handhygiëne, vooral wassen, kan de huid uitdrogen en geïrriteerd raken. Dit kan worden tegengegaan door het gebruik van een vochtinbrengende huidcrème.

1

Vloeibare zeep heeft sterke voorkeur boven stukjes zeep. Stukjes zeep worden sterk ontraden. Mocht anders niet mogelijk zijn dan worden stukjes zeep alleen persoonsgebonden gebruikt. In het ziekenhuis worden nooit stukjes zeep gebruikt.

2

Vanwege de ontvlambaarheid van alcoholen en dus ook handalcohol preparaten zijn er regels voor productie en opslag die in het gebruik niet van toepassing zijn.

© Vilans16-09-2012 Richtlijninformatie

Handhygiëne: Protocolen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen Hygiëne en infectiepreventie.

Handcrèmes worden geleverd in kleine tubes voor persoonlijk gebruik of in dispensers met wegwerpbare containers, die niet worden nagevuld.

Het tuitje van de dispenser of de mond van de tube mag bij het nemen van handcrème niet worden aangeraakt, omdat bij aanraking de handcrème besmet kan raken.

Potten handcrème mogen niet worden gebruikt omdat de handcrème dan gemakkelijk besmet kan raken.

Reiniging of desinfectie

Desinfectie van niet-zichtbaar verontreinigde handen met een handalcohol heeft de voorkeur boven reiniging. Motivatie: Handdesinfectie heeft de voorkeur boven handreiniging omdat het meer huidvriendelijk is en handalcohol een grotere kiemreductie geeft.

Desinfectie met handalcohol heeft ook als voordelen dat het op de plek van verzorging gebruikt kan worden en dat men onafhankelijk is van de aanwezigheid van een wastafel.

Tevens levert het hierdoor tijdswinst op. Wanneer de handen zichtbaar zijn verontreinigd of plakkerig aanvoelen, worden ze altijd gewassen met water en zeep.

Motivatie: Alcohol heeft geen reinigende werking en kan dus ook niet voor handreiniging worden gebruikt.

Indicaties voor het wassen van de handen en handdesinfectie

Handen worden gewassen met water en vloeibare zeep:

- „ bij zichtbaar vuil;
- „ bij plakkerig aanvoelen;
- „ na bezoek van het toilet.

Na het wassen van de handen met water en zeep wordt vervolgens géén handdesinfectie toegepast omdat dubbele handhygiëne een te grote belasting van de handen is. Tevens verdunt het resterende vocht aan de handen de alcohol concentratie, waardoor het onwerkzaam wordt.

Handen worden gedesinfecteerd:

- „ voor contact met een cliënt in beschermende isolatie
- „ voor contact / het werk met invasieve hulpmiddelen, ook bij gebruik van handschoenen;
- „ tijdens de verzorging van cliënten bij de overgang van “vuil” naar “schoon”, bijvoorbeeld na het verwijderen van vuil verband en voor het opnieuw verbinden;
- „ na hoesten of niezen;
- „ na direct contact met cliënten en verpleegkundige handelingen;
- „ na het uittrekken van handschoenen.

© Vilans16-09-2012 Richtlijninformatie

Handhygiëne: Protocolen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen Hygiëne en infectiepreventie.

Techniek handdesinfectie met handalcohol.

NB. Wanneer de handen zichtbaar verontreinigd zijn of plakkerig aanvoelen worden ze altijd gewassen met water en zeep. Ook bij virale infectie (Clostridium Difficile, Noro virus) heeft

gebruik van handalcohol geen effect en worden de handen gewassen met water en zeep.

1. Ringen, armbanden, kunstnagels, nagellak en polshorloges worden niet gedragen evenmin als kleding met lange mouwen.
2. Breng uit de dispenser handalcohol aan op de droge handen, zonder daarbij het tuitje van de dispenser aan te raken.
3. Neem zoveel handalcohol dat het kuiltje van één hand met handalcohol is gevuld. Deze hoeveelheid is nodig om de handen gedurende de volledige inwerktijd van de handalcohol (30 seconden) nat te houden.
4. Wrijf de handen nu gedurende ongeveer 30 seconden zorgvuldig over elkaar tot ze droog zijn. Ook de vingertoppen, duimen, gebieden tussen de vingers en de polsen moeten grondig met de handalcohol worden ingewreven
5. Bij niet of onvoldoende droging van de alcohol is het effect minder en bestaat bovendien de kans bij aansluitend gebruik van handschoenen op huidirritatie.

Het voordeel van het gebruik van handalcohol is de tijdwinst ten opzichte van het wassen van de handen met water en zeep. Handalcohol is huidvriendelijk, omdat aan de alcohol een teruggewettende substantie is toegevoegd die zorgt voor bescherming van de huid.

Foto handhygiëne met handalcohol

© Vilans16-09-2012 Richtlijninformatie

Handhygiëne: Protocolen Voorbehouden, Risicovolle en Overige handelingen Hygiëne en infectiepreventie.

Techniek handreiniging

1. Ringen, armbanden, kunstnagels en nagellak en polshorloges worden niet gedragen evenmin als kleding met lange mouwen.
2. Open de kraan met lauw water. Elleboogkranen moeten altijd met de elle boog worden bediend. De temperatuur van het water moet behaaglijk zijn voor de handen en het water moet flink doorstromen.
3. Maak de handen nat met water uit een flink stromende kraan. Voorzie de handen van een laag vloeibare zeep uit een dispenser zonder het tuitje van de dispenser aan te raken.
4. Wrijf de handen gedurende 10 seconden goed over elkaar. Vingertoppen, duimen en gebieden tussen de vingers en ook de polsen moeten goed ingewreven worden.
5. Spoel goed af onder flink stromend water, waarbij het water van de pols naar de vingertoppen toe moet vloeien, doe dit minimaal 20 seconden.
6. Droog de handen goed af met een schone, droge (papieren) handdoek of een stuk keukenrol, ook de polsen en tussen de vingers.
7. Sluit de kraan met de (papieren) handdoek of elleboog.
8. Werp de gebruikte papieren handdoek of het stuk keukenrol weg, indien mogelijk in een bak die met de voet te bedienen is.

Het gebruik van een elektrische handdroger voor het drogen van de handen wordt ontraden. Motivatie: Het drogen duurt te lang en mechanisch verwijderen van micro-organismen (door middel van het droogdoekje) wordt gemist. Bovendien droogt de huid uit, wat een onnodige extra belasting van de huid betekent.

Eisen dispensers

Aan dispensers worden de volgende eisen gesteld:

- „ alle vaste dispensers moeten zijn voorzien van elleboogbediening;
- „ ze moeten zo geconstrueerd zijn dat de inhoud niet kan worden besmet
- „ er mogen geen systemen gebruikt worden met een navulbaar reservoir.

Huidaandoening en droge handen

Open huidaandoeningen zoals wondjes, kloofjes en eczeem moeten afgeplakt worden met goed afsluitbare waterafstotende pleister, of men moet wegwerphandschoenen dragen tijdens de verzorging.

Verantwoording WIP richtlijn

In de Nederlands gezondheidszorg heeft met betrekking tot de handhygiëne reeds rond 1990, na het verschijnen van de Centraal Beleid Orgaan (CBO) consensus richtlijnen, de omslag plaatsgevonden van het reinigen van de handen met water en zeep naar handdesinfectie met gebruikmaking van een alcoholpreparaat.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft een richtlijn uitgegeven voor handhygiëne in de gezondheidszorg. Door deze richtlijn, ontstaan op grond van een uitgebreide review van 750 literatuurreferenties, door een groot aantal internationale experts uitgevoerd, wordt de Nederlandse handelswijze ten aanzien van handhygiëne duidelijk onderschreven.

Bron

Werkgroep Infectiepreventie. Handhygiëne. Ziekenhuizen. Oktober 2007-revisie oktober 2012. (www.wip.nl, externe link, augustus 2008).

Werkgroep Infectiepreventie. Handhygiëne. Thuiszorg, Verpleeghuizen, Woonzorgcentra.

© Vilans16-09-2012.

Bijlage 5 Brieven observatie en enquêtes

Brief 1

Wapse, 23 Oktober 2017

Beste collega's,

In het kader van patiënt veiligheid voeren wij voor de Shared Governance kwaliteitsgroep van Icare en de HBO-V opleiding van de Hanze Hogeschool Groningen een afstudeeronderzoek uit.

Hiervoor zullen we meelopen tijdens de zorgverlening met diverse medewerkers. Hierbij wordt willekeurig gekozen op welke dag en tijd we mee lopen. Tijdens de zorgverlening zullen we observeren hoe de zorg verleend wordt vanuit het cliëntveiligheidsperspectief. Daarbij zullen we de cliënt en de medewerker zo min mogelijk storen tijdens de zorg. Hiervoor vragen we jullie medewerking.

We gebruiken de resultaten om de zorgverlening voor de cliënt en medewerker verder te optimaliseren. We geven in geen geval informatie van dit onderzoek door aan derden.

Bij voorbaat dank,

Gerda Kroek-Oost en Anja Brink-Bruinenberg

HBO-V studenten aan de Hanze Hogeschool Groningen.

Brief 2

Assen

Oktober 2017

Beste collega wijkverpleegkundige,

In het kader van patiënt veiligheid voeren wij voor de Shared Governance kwaliteit hygiëne-groep van Icare en de HBO-V opleiding van de Hanze Hogeschool Groningen een afstudeeronderzoek uit. In opdracht van Icare richt het onderzoek zich op handhygiëne.

Graag nodigen wij alle medewerkers van Icare thuiszorg uit, om anoniem deel te nemen aan dit onderzoek. Hiermee willen we onderzoeken in hoeverre het beleid van Icare ten aanzien van handhygiëne wordt nageleefd.

We gebruiken de resultaten om aanbevelingen te kunnen doen aan de SG kwaliteitsgroep hygiëne zodat Icare de zorgverlening voor de cliënt en medewerker nog verder kan optimaliseren. De enquête is geanonimiseerd, dat wil zeggen dat geen namen worden ingevuld. Elke binnenkomende enquête krijgt een volgnummer en is niet te herleiden naar een persoon. De uitkomsten van de enquête zullen worden gepresenteerd aan de Shared Governancekwaliteitsgroep hygiëne.

Wil je de enquête op de weekstart uitdelen en laten invullen en vervolgens in bijgesloten retourenveloppe zo spoedig mogelijk opsturen naar:

Anja Brink

Ten Darperweg 68

7983 KN Wapse

Het invullen van de vragenlijst duurt slechts 10 minuten.

Laatste inleverdatum is 1 december 2017.

Bij voorbaat dank,

Gerda Kroek-Oost en Anja Brink-Bruinenberg

HBO-V studenten aan de Hanze Hogeschool Groningen.

Bijlage 6 Enquête

Volgnummer:

Datum

Geslacht

☐

Man

☐

Vrouw

Leeftijd

Algemeen:

Deskundigheidsniveau

☐

Niveau 2

☐

VZ Niveau 3

☐

VIG Niveau 3

☐

Niveau 4

☐

Niveau 5

☐

Stagiaire

☐

Gespecialiseerd vpk

1. Ben je op de hoogte dat er een Shared Governance kwaliteitsgroep hygiëne bestaat?

☐

Ja

☐

Nee

2. Ben je er van op de hoogte dat er een verplichte e-learning handhygiëne is?

☐

Ja

☐

Nee

3. Ken je de 5 momenten kaart handhygiëne?

☐

Ja

☐

Nee

4. Heeft iemand in jouw team de teamtaak handhygiëne?

☐

Ja

☐

Nee

5. Is jou bekend dat in bijna alle nieuwsbrieven informatie staat met betrekking tot hygiëne?

☐

Ja

☐

Nee

6. Ik houd mij volgens de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden aan de voorschriften om infectiegevaar te voorkomen tijdens mijn werk.

☐

Ja

☐

Nee

☐

Ik ben niet op de hoogte van de voorschriften.

Handhygiëne:

Er is verschil tussen handen wassen en desinfecteren.

7. Op welke momenten is het wassen van handen verplicht? (Meerdere antw mogelijk)

☐

Voor contact met cliënt.

☐

Voor verpleegtechnische handelingen.

☐

Bij mogelijk risico in contact te komen met lichaamsvloeistoffen.

☐

Wanneer de handen zichtbaar verontreinigd zijn.

☐

Voor en na aan- en uittrekken handschoenen.

☐

Bij verzorging van een cliënt met Norovirus.

☐

Wanneer handen plakkerig aanvoelen.

☐

Na bezoek toilet van medewerker.

☐

Na het snuiten van de neus.

☐

Bij verzorging van een cliënt met Clostridium difficile.

8. Hoeveel seconden wrijf jij je handen in met desinfectans (handalcohol sterilium)

☐

10 seconden.

☐

20 seconden.

☐

30 seconden

☐

40 seconden

☐

50 seconden

☐

60 seconden

☐

Ik desinfecteer mijn handen niet.

9. Als ik kloofjes/wondjes/eczeem/ beschadigde huid heb.

☐

Was ik mijn handen voor contact met de cliënt.

☐

Desinfecteer ik mijn handen.

☐

Draag ik handschoenen

☐

Zijn geen extra maatregelen nodig.

10. In welke mate krijg je feedback of coaching op handhygiëne (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 veel, 5 heel veel is)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Hoe ervaar je feedback op handhygiëne (op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 heel vervelend, 2 naar, 3 geen mening, 4 prima en 5 heel goed)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Hoe belangrijk is het voor jou om zelf niet besmet te raken met micro-organismen? (op een schaal van 1 tot 5. Waarbij 1 totaal niet belangrijk, 2 niet belangrijk, 3 geen mening, 4 belangrijk, 5 heel belangrijk)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Hoe belangrijk is scholing over handhygiëne voor jou (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet belangrijk, 2 niet belangrijk, 3 geen mening, 4 belangrijk, 5 heel belangrijk)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Wordt jouw handhygiëne gedrag beïnvloedt door de nieuwsbrief?

☐

Ja

☐

Nee

☐

Ik lees geen nieuwsbrief.

15. In welke mate wordt jouw gedrag m.b.t. handhygiëne beïnvloedt door de e-learning en toets (op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 veel, 5 heel veel is)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. In welke mate wordt jouw handhygiëne gedrag beïnvloedt door feedback/coaching (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 veel, 5 heel veel is)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. In welke mate wordt volgens jou rekening gehouden met indiceren van tijd voor handhygiëne (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 veel, 5 heel veel is)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Wat helpt jou om altijd het protocol handhygiëne na te leven (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ☐ Als het nodig is voor mijn eigen gezondheid.
- ☐ Als er organisatie breed en doelgericht aan gewerkt wordt door iedereen.
- ☐ Als cliënten erop letten en mij controleren.
- ☐ Als er onverwachtse steekproeven worden gedaan ter controle.
- ☐ Als er coaching komt.
- ☐ Als er in de weekstart regelmatig aandacht voor is door aandachtsvelder.
- ☐ Als ik feedback krijg van collega('s).
- ☐ Als ik vaker scholing krijg.
- ☐ Als er regelmatig een check komt om te zien of ik mijn handen op juiste wijze reinig.
- ☐ Als er meer tijd voor wordt geïndiceerd.
- ☐ Anders, namelijk :

Persoonlijke hygiëne:

19. Is vloeibare zeep aanwezig bij de cliënt? (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 vaak, 5 altijd is)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Is bij cliënten voor het afdrogen van handen keukenrol of een papieren handdoekje die eenmalig gebruikt wordt aanwezig? (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 vaak, 5 altijd)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Draag je sieraden tijdens de werkzaamheden? (op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 vaak, 5 altijd)?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Welke sieraden draag je tijdens je werk?

☐

Oorknopjes

☐

Piercings

☐

Ring(en).

☐

Horloge/ armband

☐

Ketting

☐

Lange oorbellen

☐

Anders, namelijk.....

23. Hoe kort zijn jouw nagels?

☐

<2 mm

☐

<5 mm

☐

<10 mm

☐

Anders, namelijk

24. Draag je beschermde kleding bij kans op mogelijke besmetting bij BRMO of MRSA?
(op een schaal van 1 tot 5 waarbij 1 totaal niet, 2 heel weinig 3 geen mening, 4 vaak,
5 altijd)?

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

25. Wat vindt jij het belangrijkste ten aanzien van handhygiëne?

Bijlage 7 Opdracht voor observaties

Velde van der, Cilleke <C.Veldevander@icare.nl>

aan Nathalie, Jeannette, Jenneke, Gertrude, Hanneke, Hanneke, Emmy, Elske, Boer, Gerda, mij

Beste allen,

Namens twee HBOV-studenten van de Hanze Hogeschool in Groningen, Gerda Kroek en Anja Brink, en hun begeleider mail ik jullie met de volgende vraag:

Jullie teams zijn 'random' geselecteerd om (als jullie akkoord gaan) mee te doen in hun onderzoeksstage voor de opleiding.

Zij willen vanaf week 44 een dag (voorkeur donderdag) meelopen met teamleden om te observeren op 'patiëntveiligheid'.

Het liefst willen ze op die dag met gemiddeld zeven medewerkers mee op route om 1 of twee zorgmomenten te observeren.

Vraag is of jullie als team mee willen doen.

Ik zou het eerste contact leggen dus ik vraag jullie om mij **deze week** te mailen wat je antwoord is. Als je niet mee doet moeten ze snel andere teams benaderen, vandaar.

Als het antwoord positief is dan zullen de studenten met ieder van jullie zelf contact opnemen over het vervolg.

Anja en Gerda zijn naast student ook allebei werkzaam als verpleegkundige bij Icare.

Ik hoop van jullie te horen deze week en alvast dank namens de studenten!

Hartelijke groet van,

Cilleke van der Velde MScN |

Icare V&V | Projectmedewerker Shared Governance | Excellente Zorg |

Tel. 0610118076 | C.Veldevander@icare.nl |

Werkdagen: maandag t/m donderdag

Bijlage 8 Overzicht wijkteams



Adressenlijst teams
servicepunt noord.x

Bijlage 9 Onderzoeksverslag handhygiëne Icare 2015



Bijlage 9
Onderzoeksverslag I

Bijlage 10 Infectiepreventie IGZ



Bijlage 10
Infectiepreventie IGZ

Bijlage 11 Poster voor Icare



Pak handhygiëne organisatiebreed aan volgens het stappenmodel van Prochaska & DiClementre.

- In de weekstart aandacht voor handhygiëne door aandachtsvelder.
- Doe de E-learning.
- Op wereldhandenwasdag hygiëne training voor techniek wassen en desinfecteren.
- Informeer cliënt over belang van goede handhygiëne.
- Gebruik handhygiëne als middel om besmetting te voorkomen.

Naleven van het Icare beleid ten aanzien van handhygiëne 2017/2018



Wist u dat:

- 58% van medewerkers op de hoogte is van SG Kwaliteitsgroep hygiëne?
- Bij 75% van de cliënten een zeppompje aanwezig is?
- Bij 53 % van de cliënten keukenrol of eenmalig handdoekje aanwezig is?
- Van de medewerkers 75% op de hoogte is van de 5 momenten hygiëne kaart?
- Steeds minder collega's hand en pols sierraden dragen?
- 38% aangeeft dat E-learning veel invloed heeft op handhygiëne?
- 42% van de medewerkers feedback prima vindt?
- 3 op de 50 geobserveerde medewerkers handdesinfectans gebruiken?
- van de 67 keer dat er handen worden gewassen er 31 keer aan een vieze handdoek wordt afgedroogd?
- Er van de 277 medewerkers er 3 zijn die weten wanneer je de handen echt moet wassen?
- Voor het geven van medicatie en insuline toedienen bijna geen handhygiëne wordt uitgevoerd?
- Handhygiëne belangrijk is voor eigen gezondheid volgens 76% van de medewerkers?
- Medewerkers handhygiëne graag goed willen doen en besmetting willen voorkomen?

Onderzoek uitgevoerd door Gerda Kroek en Anja Brink dec. 2017.



Naleven van het Icare beleid ten aanzien van handhygiëne 2017/2018

icare

Wist u dat:

- 58% van medewerkers op de hoogte is van SG Kwaliteitsgroep hygiëne?
- Bij 75% van de cliënten een zeepompje aanwezig is?
- Bij 53 % van de cliënten keukenrol of eenmalig handdoekje aanwezig is?
- Van de medewerkers 75% op de hoogte is van de 5 momenten hygiëne kaart?
- Steeds minder collega's hand en pols sierraden dragen?
- 38% aangeeft dat E-learning veel invloed heeft op handhygiëne?
- 3 op de 50 geobserveerde medewerkers handdesinfectans gebruiken?
- Van de 67 keer dat er handen worden gewassen er 31 keer aan een gebruikte handdoek wordt afgedroogd?
- Er van de 277 medewerkers er 3 zijn die weten wanneer je de handen echt moet wassen?
- Voor het geven van medicatie en insuline toedienen bijna geen handhygiëne wordt uitgevoerd?
- Handhygiëne belangrijk is voor eigen gezondheid volgens 76% van de medewerkers?
- Medewerkers handhygiëne graag goed willen doen en besmetting willen voorkomen?



Onderzoek uitgevoerd door Gerda Kroek en Anja Brink 2017

Hanze Hogeschool
Groningen
University of Applied Sciences

Hoe besmetting voorkomen door goede handhygiëne:

icare

- Pak handhygiëne organisatiebreed aan volgens het stappenmodel van Prochaska & DiClemente.
- Gebruik handhygiëne als middel om besmetting te voorkomen met als doel infectiepreventie.
- In de weekstart aandacht voor handhygiëne door aandachtsvelder.
- Verplicht teamtaak handhygiëne.
- Verplicht de E-learning en geef hierin meer aandacht voor gevolgen gezondheid medewerker.
- Op wereldhandenwasdag hygiëne training voor techniek wassen en desinfecteren.
- Informeer cliënt over belang van goede handhygiëne voor zowel cliënt als medewerker.



Hanze Hogeschool
Groningen
University of Applied Sciences