Projectverslag

Antibioticaresistente bacteriën

KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN OMTRENT HET NALEVEN VAN DE RICHTLIJN

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

BUURTZORG

Lisan de Rooij (506779)
Rianne van Schaik (545613)
Opdrachtgever: Anne Elsinghorst
Docentbegeleider: Suzanne Koning
Examinator: Nikki Klaessen
Projectcode: 1718_2ZidP_19
Opleiding: HBO-Verpleegkunde, Voltijd
Klas: VPL-VG01
Inleverdatum: 18 juni 2018

Colofon

Projectcode:	1718_2ZidP_19
Opdrachtgever:	Mw. A. C. Elsinghorst *Wijkverpleegkundige* *Buurtzorg Wijchen* Vijverlaan 26 6602 CX Wijchen
Docentbegeleider:	Mw. S. Koning *Docent Instituut Verpleegkundige Studies (IVS)* *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN)*
Examinator:	Mw. N. Klaessen *Docent Instituut Verpleegkundige Studies (IVS)* *Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN)*
Studentonderzoekers:	L.E.J. de Rooij *(506779)* LEJ.deRooij@student.han.nl G.A.C. van Schaik *(545613)* GAC.vanSchaik@student.han.nl
Onderwijsinstelling:	Hogeschool van Arnhem en Nijmegen Kapittelweg 33 6535 EN Nijmegen
Opleiding:	HBO-Verpleegkunde
Studiejaar:	2017-2018
Onderwijseenheid:	Zorginnovatie in de Praktijk
Inleverdatum:	18 juni 2018

Voorwoord

Voor u ligt het projectverslag: ‘Antibioticaresistente bacteriën: een kwalitatief onderzoek naar de bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn’.

Dit onderzoek is uitgevoerd door de studenten Lisan de Rooij en Rianne van Schaik. Beide vierdejaars studenten van de voltijd opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Het projectverslag is geschreven in het kader van Onderwijseenheid 11 ‘Zorginnovatie in de Praktijk’. Wij hebben met veel plezier en toewijding het onderzoek uitgevoerd. Door het uitvoeren van dit onderzoek zijn onze competenties op het gebied van onderzoeksvaardigheden verder ontwikkeld. Ook op het gebied van communicatievaardigheden zijn wij gegroeid tijdens het uitvoeren van dit onderzoek. Tevens zijn we erg tevreden over het gehele proces en zijn dan ook blij met dit resultaat.

De opdracht van dit onderzoek was afkomstig van Anne Elsinghorst (wijkverpleegkundige), werkzaam binnen thuiszorgorganisatie Buurtzorg Wijchen. Zij heeft vanuit Buurtzorg dit onderwerp aangedragen en was gedurende de onderzoeksperiode februari 2018 tot en met juni 2018 ons aanspreekpunt om meer informatie te verkrijgen. Ook heeft zij een rol gespeeld in het werven van deelnemers. Wij willen haar dan ook bedanken voor de fijne samenwerking, haar snelle reacties en feedback. Daarnaast willen wij Suzanne Koning, onze docentbegeleider tijdens dit onderzoek, bedanken voor haar enthousiaste begeleiding. Wij konden haar ten alle tijden benaderen voor vragen en zij heeft onze stukken voorzien van kritische en eerlijke feedback. Ook willen wij Karin van Montfoort, onze tutor gedurende de onderzoeksperiode, bedanken voor haar lessen en bruikbare uitleg die zij heeft gegeven omtrent het uitvoeren van onderzoek. Naast onze opdrachtgever, docentbegeleider en tutor, willen wij onze examinator Nikki Klaessen bedanken voor het nakijken van ons projectplan en projectverslag. Tevens bedanken wij GGD Gelderland-Zuid voor het beschikbaar stellen van informatie en de richtlijn die zij ons hebben aangeleverd.

Tot slot bedanken wij de medewerkers van de drie teams van Buurtzorg Wijchen en de fysiotherapeuten voor hun deelname aan dit onderzoek.

Wij wensen u veel leesplezier!

Lisan de Rooij
Rianne van Schaik

Nijmegen, 18 juni 2018

Inhoudsopgave

..... 0
Colofon 1
Voorwoord 2
Samenvatting 5
1. Inleiding 6
1.1 Probleemstelling 7
1.2 Vraagstelling 7
1.3 Doelstelling 7
1.4 Leeswijzer 8
2. Theoretisch kader 9
2.1 Zoekstrategie 9
2.2 Infectieziekten 9
2.2.1 Bacteriële infectieziekten 9
2.3 Antibioticaresistentie 9
2.3.1 Oorzaak 10
2.3.2 Toenemend probleem 10
2.5 Antibioticaresistentie in de thuiszorg 11
2.6 Buurtzorg 11
2.6.1 Betrokken disciplines 11
2.6.2 Fysiotherapeut 12
2.7 Hygiëne 12
2.8 Landelijke richtlijnen 12
2.8.1 Werkgroep Infectie Preventie (WIP) 12
2.8.2 Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) 13
2.9 Richtlijn ‘Beschermende maatregelen’ 13
2.9.1 Bevorderende en belemmerende factoren 13
2.10 Verpleegkundige relevantie 14
3. Methode 15
3.1 Onderzoeksdesign 15
3.2 Onderzoekspopulatie 15
3.2.1 Steekproef 16
3.3 Dataverzameling 17
3.3.1 Interviews team Wijchen 17
3.3.2 Interviews fysiotherapeuten 18
3.4 Data-analyse 18
3.5 Zorgvuldigheidseisen 19
3.6 Gedragscode 20
4. Resultaten 22
4.1 Demografische gegevens 22
4.2 Samenvatting resultaten 22
4.3 Uitwerking resultaten Buurtzorg 23

4.3.1 Algemene ervaringen ... 23
4.3.2 Persoonlijke factoren ... 23
4.3.3 Basishygiëne ... 24
4.3.4 Externe factoren ... 25
4.3.5 Disciplines ... 26
4.3.6 Richtlijn GGD ... 27
4.3.7 Implementeren richtlijn GGD ... 27
4.4 Uitwerking resultaten fysiotherapeuten ... 28
4.4.1 Demografische gegevens ... 28
4.4.2 Uitkomsten interview fysiotherapie ... 28
4.5 Vergelijking resultaten teamniveau ... 29
5. Discussiepunten ... 31
5.1 Discussie van resultaten ... 31
5.1.1 Vergelijking resultaten met literatuur ... 31
5.2 Discussie van methode ... 32
5.2.1 Sterke punten ... 32
5.2.2 Beperkingen ... 32
5.2.3 Generaliseerbaarheid ... 33
5.2.4 Praktische toepasbaarheid ... 33
6. Conclusie ... 35
7. Aanbevelingen ... 37
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk ... 37
7.2 Aanbevelingen voor onderzoek ... 38
7.3 Aanbevelingen voor onderwijs ... 38
Bronnen ... 39
Bijlagen ... 43
Bijlage 1: Zoekstrategieën ... 43
1.1 Zoekstrategie Pubmed ... 43
1.2 Zoekstrategie CINAHL ... 48
1.3 Toelichting sneeuwbalmethode ... 49
Bijlage 2: Evidence tabel & mate van bewijskracht ... 50
Bijlage 3: Verklaring geheimhouding ... 53
Bijlage 4: Interviewguide team Buurtzorg Wijchen ... 54
Bijlage 5: Interviewguide Fysiotherapeuten ... 56
Bijlage 6: Modelbrief interview team Wijchen ... 58
Bijlage 7: Modelbrief Fysiotherapeuten ... 61
Bijlage 8: Team analyse ... 64
Bijlage 9: Projectplanning ... 65
Bijlage 10: Richtlijn GGD ... 67
Bijlage 11: Richtlijn Vilans ... 68

Samenvatting

Achtergrond: Binnen de actualiteit wordt antibioticaresistentie een steeds meer besproken onderwerp. Het aantal gevallen met een antibioticaresistente bacterie neemt toe in de thuissituatie, gezien mensen steeds langer thuis blijven wonen. Voor thuiszorgorganisaties speelt de handelswijze met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën een belangrijke rol om verspreiding te voorkomen. Binnen Buurtzorg Wijchen liggen veel vragen omtrent het handelen bij (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie. Zij willen inzicht krijgen in de onduidelijkheden en de handelswijze op dit moment. Daarnaast hopen zij door middel van dit onderzoek inzicht te krijgen in de handelswijze omtrent antibioticaresistente bacteriën door betrokken disciplines.

Doelstelling: Er wordt in kaart gebracht hoe de medewerkers van de drie teams van Buurtzorg Wijchen omgaan met de richtlijn 'Beschermende maatregelen' omtrent antibioticaresistente bacteriën. Daarnaast worden aanbevelingen geformuleerd voor Buurtzorg Wijchen ten aanzien van de handelswijze omtrent antibioticaresistente bacteriën. Tot slot wordt in kaart gebracht hoe fysiotherapeuten handelen bij antibioticaresistente bacteriën in de extramurale setting.

Methode: Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatief beschrijvend onderzoeksdesign. Hiervoor is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. In totaal hebben negen medewerkers van Buurtzorg Wijchen deelgenomen verdeeld over drie teams. Om het handelen van de fysiotherapeuten weer te geven hebben twee fysiotherapeuten deelgenomen aan dit onderzoek. De interviews zijn afgenomen met betrekking tot de opgestelde zorgvuldigheidseisen. Aan de hand van geluidsopnames zijn de interviews gecodeerd waarna de gecodeerde tekst onderverdeeld werd in thema's en subthema's. Hierna zijn ze binnen een thema verdeeld in bevorderende en belemmerende factoren. De thema's en subthema's zijn opgesteld vanuit de literatuur en ontstaan vanuit de semigestructureerde interviews.

Resultaten: De handelswijze omtrent antibioticaresistente bacteriën is erg verschillend. Enkele respondenten zijn bekend met de huidige richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Er wordt gebruik gemaakt van een ziekenhuisprotocol of de WIP-richtlijn wordt geraadpleegd. De samenwerking binnen de drie teams op het gebied van antibioticaresistente bacteriën wordt als prettig ervaren.
De resultaten van de interviews met fysiotherapeuten laten zien dat er geen richtlijn opgevolgd wordt en dat zij weinig kennis hebben omtrent het onderwerp antibioticaresistente bacteriën. Tot slot verwachten zij dat Buurtzorg hen kan voorzien van informatie.

Conclusie: Dit onderzoek laat zien dat de richtlijn 'Beschermende maatregelen' verschillend wordt nageleefd binnen Buurtzorg Wijchen. Weinig respondenten maken gebruik van de richtlijn en enkele respondenten zijn er bekend mee. Respondenten maken gebruik van een ziekenhuisprotocol, informatie van het internet of er wordt via de WIP-richtlijn naar informatie gezocht.

Keywords: antibioticaresistente bacteriën, BRMO's, thuiszorg, richtlijn, fysiotherapie

1. Inleiding

In 1928 werd het eerste antibioticum ontdekt, genaamd penicilline. Penicilline werd verkregen uit schimmels en bleek bacteriedodend. Bacteriële infectieziekten waren hierdoor niet langer dodelijk en antibiotica werd veelvuldig ingezet. Tijdens deze ontwikkeling werd direct gewaarschuwd voor antibioticaresistentie; het ongevoelig worden van bacteriën voor antibiotica (Van Laan, z.d.). Binnen de actualiteit wordt antibioticaresistentie steeds meer een besproken onderwerp. Verschillende actuele nieuwsbronnen melden dat antibioticaresistente bacteriën een wereldwijd groeiend probleem is (NU.nl, 2017). Indien verspreiding niet verminderd wordt, stijgt het aantal resistente bacteriën snel. De kans op onbehandelbare infecties wordt hierdoor vergroot (RIVM, 2017a). Volgens de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) is het aantal doden als gevolg van antibioticaresistentie wereldwijd jaarlijks circa 700.000 (Rijksoverheid, 2017a). Besmetting door antibioticaresistente bacteriën vindt plaats via direct contact met mensen of dieren en via voedingsmiddelen (RIVM, 2013).

Binnen Nederland zijn veel voorkomende antibioticaresistente bacteriën: Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus (MRSA), Vancomycine-resistente enterokok (VRE), Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) en Carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE) (Gelre Ziekenhuizen, z.d.).
Gekeken naar de prevalentie in 2017 binnen Nederland ziet men dat 1689 Nederlanders ESBL positief waren. Kijkend naar MRSA waren er 598 Nederlanders positief (Berends, Meijer, Ott & Vogels, 2017).
In Nederland is de resistentie relatief laag in vergelijking met andere landen. Een reden voor de relatief lage resistentie is dat antibiotica alleen op recept van een arts te verkrijgen is (Volksgezondheidenzorg.info, z.d.). Om de resistentie binnen Nederland verder terug te dringen is er in 2016 een campagne opgezet door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De campagne is primair gericht op professionals in de zorg. Het doel is om de opkomst en verspreiding van antibioticaresistente bacteriën te vertragen (Rijksoverheid, 2017b). De overheid heeft voor de zorgsector een aantal doelen gesteld om de problematiek van antibioticaresistente bacteriën tegen te gaan. Voorbeelden van twee doelen tot 2019 zijn:

- Het aantal bacteriële infecties met als oorzaak besmetting binnen een zorginstelling wordt gehalveerd.
- Binnen Nederland ontstaat er geen stijging van het aantal infecties en sterfgevallen door antibioticaresistentie (Rijksoverheid, z.d.).

Overigens werkt Nederland ook mee aan een Europese samenwerking: ‘Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare- Associated Infections (2017)’. Er wordt samengewerkt met EU- lidstaten, organisaties en instituten om binnen Europa tot een aanpak van het verminderen van antibioticaresistentie te komen (Rijksoverheid, 2017a).

Een algemene interventie voor het verlagen van de verspreiding van antibioticaresistente bacteriën is het naleven van hygiëneregels (Rijksoverheid, 2017b).
Goede hygiëne is een preventiemaatregel die kan bijdragen aan een verminderd risico op het besmet raken met een antibioticaresistente bacterie. Preventie is een van de taken van de verpleegkundige waar zij voortdurend mee bezig is, met als doel een ziekte of complicaties hiervan te voorkomen of te verminderen (Verpleegkundigen & Verzorgenden, 2012). Door veelvuldig antibioticagebruik binnen zorginstellingen ziet men dat hier meer antibioticaresistente bacteriën aanwezig zijn. Voornamelijk voor kwetsbare zorgvragers hebben resistente bacteriën ernstige gevolgen (Rijksoverheid, z.d.). Hoe complexer en intensiever de medische zorg, hoe groter de bedreiging voor een antibioticaresistente bacterie (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.da.). Een oorzaak van het complexer en intensiever worden van de zorg is dat mensen langer thuis blijven wonen, ziekenhuisopnames korter worden en de overstap naar een verzorgingshuis steeds moeilijker wordt (Velsink, 2014). Thuiszorgorganisaties spelen een belangrijke rol in het

leveren van (complexe) zorg bij mensen thuis. Bakker (2017) meldt dat MRSA steeds vaker voorkomt binnen de thuissituatie.

Binnen Gelderland is er begin 2017 een regionaal onderzoek gestart naar de omgang met antibioticaresistente bacteriën. GGD Gelderland-Zuid heeft gedurende dit onderzoek verschillende interviews afgenomen binnen thuiszorgorganisaties, waaronder bij thuiszorgorganisatie Buurtzorg Wijchen.
Het onderzoek wat voor u ligt richt zich op Buurtzorg in Wijchen. Naar aanleiding van bovengenoemd interview is het onderwerp antibioticaresistente bacteriën tot stand gekomen. De opdrachtgever, een wijkverpleegkundige binnen Buurtzorg Wijchen, kwam tijdens het interview tot verschillende vragen omtrent antibioticaresistente bacteriën. Er werd opgemerkt dat de medewerkers binnen Buurtzorg Wijchen onvoldoende op de hoogte zijn van de zorg en maatregelen bij een zorgvrager met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie. Daarnaast werd opgemerkt dat de samenwerking tussen de betrokken disciplines, bij een zorgvrager met een antibioticaresistente bacterie, niet optimaal is. Binnen de organisatie wordt verwezen naar de WIP-richtlijnen[1]. Echter is de WIP begin 2017 opgeheven waardoor de richtlijnen momenteel niet herzien worden (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.dc.). Dit roept vragen op bij de medewerkers. Door het uitvoeren van dit onderzoek hoopt Buurtzorg Wijchen dat onduidelijkheden worden aangepakt en er een eenduidig beleid gevolgd gaat worden in de multidisciplinaire samenwerking.

1.1 Probleemstelling

Binnen Buurtzorg Wijchen is er een richtlijn ‘Beschermende maatregelen’ voor het handelen bij een zorgvrager met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie. Van de drie teams wordt verwacht dat zij gebruik maken van de richtlijn indien een cliënt met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie, in zorg komt. Het probleem binnen Buurtzorg Wijchen is dat er veel vragen omtrent de handelswijze bij antibioticaresistente bacteriën zijn en hoe de richtlijn wordt nageleefd door betrokken disciplines.

1.2 Vraagstelling

Hoe wordt de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën, door de medewerkers, nageleefd binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen bij zorgvragers met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie?

Deelvragen:

1. Hoe gaan de drie teams van Buurtzorg Wijchen en betrokken disciplines in de extramurale zorg om met de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’?
2. Wat zijn binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen de bevorderende factoren voor het naleven van de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’?
3. Wat zijn binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen de belemmerende factoren voor het naleven van de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’?
4. Welke overeenkomsten en verschillen in de naleving van de richtlijn zijn onderling zichtbaar als gekeken wordt naar de drie teams?

1.3 Doelstelling

In juni 2018 is in kaart gebracht hoe de drie teams van Buurtzorg Wijchen omgaan met de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’ omtrent antibioticaresistente bacteriën. Daarnaast worden er aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de handelswijze rondom de richtlijn, gericht op het creëren van een eenduidige handelswijze voor de medewerkers van Buurtzorg Wijchen. Als laatste is in kaart gebracht hoe de handelswijze van betrokken disciplines is bij antibioticaresistente bacteriën.

[1] WIP: Werkgroep Infectie Preventie

1.4 Leeswijzer

Dit projectplan bestaat uit zeven hoofdstukken. In hoofdstuk 1 is de inleiding te lezen waarin de aanleiding alsmede de doel- en probleemstelling beschreven zijn met bijbehorende onderzoeksvraag. Hoofdstuk 2 bevat het theoretisch kader. Hierin worden begrippen rondom het onderwerp uitgewerkt en verder toegelicht. Ook de setting, doelpopulatie en de verpleegkundige relevantie komen aan bod. Hierna volgt hoofdstuk 3; de methode van dit onderzoek. In de methode is het onderzoeksdesign, de populatie en steekproef, dataverzameling en data-analyse terug te lezen. Daarnaast wordt in de methode beschreven hoe voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen en gedragscode. Hoofdstuk 4 bevat de resultaten van dit onderzoek. In hoofdstuk 5 wordt de discussie besproken gevolgd door hoofdstuk 6; de conclusie. Tot slot worden in hoofdstuk 7 aanbevelingen gegeven voor de praktijk, onderzoek en onderwijs. Dit projectverslag bevat verder de nodige bijlagen, namelijk: zoekstrategieën, een uitgewerkte evidence tabel, een ondertekende verklaring geheimhouding van de onderzoeksgegevens, interviewguides met bijbehorende topic list, de informatiebrieven voor deelnemers aan dit onderzoek, de teamanalyse, de projectplanning van fase 1 en 2 en als laatste de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid: ‘Infectiepreventiemaatregelen Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO) in de thuiszorg’ en de richtlijn van Vilans ‘Beschermende maatregelen’ die beschikbaar is voor Buurtzorg.

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie van gevonden wetenschappelijke literatuur beschreven. Daarna worden de bijbehorende begrippen uit de hoofd- en deelvragen uitgewerkt. Vervolgens wordt ingegaan op de setting binnen dit onderzoek en wordt de doelpopulatie toegelicht. Vanuit de populatie wordt ingegaan op toepasbare landelijke richtlijnen en de huidige richtlijn binnen de organisatie. Aan de hand van wetenschappelijke literatuur worden belemmeringen met betrekking tot het naleven van een richtlijn genoemd. Als laatste wordt de relevantie van dit onderzoek voor het verpleegkundig beroep toegelicht.

2.1 Zoekstrategie

Voor dit onderzoek is er, naast studieboeken en het internet, vanuit verschillende invalshoeken informatie verkregen. Allereerst is er gezocht in PubMed, database voor Engelstalige wetenschappelijke artikelen (PubMed, 2018). Door de onderzoeksvraag als uitgangspunt te nemen is er een PICO-vraagstelling opgesteld. Om systematisch te zoeken naar relevante wetenschappelijke artikelen is gebruik gemaakt van MeSH-termen. Hieruit kwamen twee relevante en bruikbare artikelen. Om het onderzoek voldoende te kunnen onderbouwen is er tevens gezocht in andere databanken. CINAHL gaf één bruikbaar artikel. Om tot het artikel te komen is een zoekstring opgesteld aan de hand van CINAHL-headings. In beide databases zijn voornamelijk de volgende zoektermen gebruikt: *Drug Resistance, Microbial, Nurses, Guideline Adherence* en *Barrier.* Overigens is binnen PubMed en CINAHL gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren AND en OR. Door het filter ‘Published last 5 years’ te selecteren is gezocht op actuele artikelen waardoor er in dit onderzoek gebruik gemaakt wordt van de meest recente wetenschappelijke literatuur.
Als laatste is literatuur gevonden door middel van de sneeuwbalmethode. Het verder zoeken vanuit referenties binnen de gevonden artikelen heeft geleid tot een relevant artikel. De gebruikte artikelen zijn beoordeeld door middel van level of evidence. In bijlagen 1 en 2 zijn de zoekstrategie, zoektermen, uitwerking van de sneeuwbalmethode en de evidence tabel opgenomen.

2.2 Infectieziekten

Infectieziekten worden veroorzaakt door besmetting met micro-organismen. De micro-organismen worden onderverdeeld in bacteriën, virussen, schimmels en protozoën (De Jong, Jüngen, de Vries & Zaagman- van Buuren, 2007). Infectieziekten hebben als belangrijk kenmerk dat ze direct overdraagbaar zijn vanuit eenzelfde bron of direct van mens tot mens (Helsloot & van Steenbergen, 2005).

2.2.1 Bacteriële infectieziekten

Een bacterie is een eencellig organisme dat zich deelt door middel van celdeling. De functies van bacteriën variëren van het tegenhouden van schadelijke indringers tot het veroorzaken van infecties. Besmetting met een bacteriële infectie kan plaatsvinden door hoesten of contact met een stofinfectie (de Jong et al., 2007). In tegenstelling tot een virusinfectie bestaat de behandeling van een bacteriële infectie uit antibiotica. Er zijn verschillende soorten antibiotica die nodig zijn om verschillende groepen bacteriën te bestrijden (Gezondheidsnet, z.da). In dit onderzoek staan bacteriële infectieziekten centraal. Overige infecties worden niet met antibiotica behandeld, wat geen toevoeging heeft voor dit onderzoek.

2.3 Antibioticaresistentie

Antibiotica wordt ingezet wanneer een bacteriële infectie geconstateerd wordt. De bacteriedodende of bacterieremmende werking van antibiotica zorgt voor een behandeling bij een bacteriële infectie. Het toenemend gebruik van antibiotica heeft er toe geleid dat er een toename heeft plaatsgevonden in bacteriën die ongevoelig zijn geworden voor bepaalde

soorten antibiotica. Er wordt over antibioticaresistentie gesproken wanneer bacteriën ongevoelig zijn voor bepaalde antibiotica (RIVM, 2017b).
Jüngen & Zaagman-van Buuren (2006) geven aan dat resistentie op drie manieren voor kan komen:

- Verworven resistentie: wanneer een bacterie te gering in contact is geweest met een antibioticum, ontstaan mutaties waardoor een bacterie blijft leven en de nakomelingen ook resistent worden.
- Kruisresistentie: een bacterie die ongevoelig is geworden voor een antibioticum uit een bepaalde groep, wordt ongevoelig voor de gehele groep antibiotica.
- Natuurlijke resistentie: de resistentie is van nature aanwezig.

Veel voorkomende antibioticaresistente bacteriën zijn MRSA, ESBL, VRE en CPE. De genoemde antibioticaresistente bacteriën vallen allen onder de BRMO[2] (Gelre Ziekenhuizen, z.d.). Besmetting van de verschillende BRMO's kan plaatsvinden via verschillende besmettingsbronnen. Bij MRSA is de besmettingsweg voornamelijk via huidcontact en via de handen. De VRE-bacterie wordt overgedragen via contact met ontlasting of besmette voorwerpen (RIVM, 2012). Indien er in dit onderzoek gesproken wordt over BRMO's worden antibioticaresistente bacteriën in het algemeen bedoeld.

2.3.1 Oorzaak

Veelvuldig gebruik van antibiotica is een oorzaak voor het ontstaan van een BRMO. Voornamelijk in zorginstellingen komen verschillende BRMO's voor omdat in zorginstellingen relatief veel antibiotica gebruikt wordt. Een andere oorzaak voor antibioticaresistentie is het onzorgvuldig gebruik van antibiotica. Het niet afmaken van een antibioticakuur kan zorgen voor resistentie omdat de bacteriën die achterblijven minder gevoelig worden voor een antibioticum (Volksgezondheidenzorg.info, z.d.).

2.3.2 Toenemend probleem

Antibioticaresistente bacteriën zijn wereldwijd grote uitdagingen voor zorgorganisaties en worden gezien als kernpunten voor het belang van patiëntveiligheid (Lindberg, Carlsson, Skytt, 2014).
Wanneer er niet zorgvuldig wordt omgegaan met antibiotica kan dit ernstige gevolgen hebben voor de toekomst. In het ergste geval zijn bacteriële infecties niet meer te behandelen omdat steeds meer bacteriën ongevoelig worden voor antibiotica. Om dit probleem te voorkomen is het belangrijk om zorgvuldig om te gaan met antibiotica en de kans op verspreiding van bacteriële infecties zoveel mogelijk te verkleinen of te voorkomen (RIVM, 2014a).

2.4 Gelders Antibioticaresistentie & Infectiepreventie Netwerk

In 2016 is het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport gestart met de regionale aanpak tegen antibioticaresistentie. Binnen deze aanpak is de oprichting van tien Regionale Zorgnetwerken antibioticaresistentie (ABR) een belangrijk onderdeel. Deze tien Zorgnetwerken ABR zijn verspreid door heel Nederland (zie figuur 1) (GGD GHOR Kennisnet, z.d.).
Het doel van deze Regionale Zorgnetwerken ABR is het voorkomen en bestrijden van antibioticaresistentie op regionaal niveau. Een Regionaal Zorgnetwerk ABR is een samenwerking tussen ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en GGD's.

In 2017 is een twee jaar durende pilot gestart. In deze pilot zijn de zorgnetwerken begonnen met de uitvoering van hun taken (GGD GHOR Kennisnet, z.d.). Een voorbeeld van een Regionaal Zorgnetwerk ABR is het Gelders Antibioticaresistentie & Infectiepreventie Netwerk (GAIN). Binnen GAIN zijn verschillende professionals vertegenwoordigd, waaronder ook een deskundige infectiepreventie van GGD Gelderland-Zuid. In het kader van GAIN is er vanuit

[2] Bijzonder resistente micro-organismen

GGD Gelderland-Zuid een kwalitatief onderzoek uitgevoerd bij verschillende thuiszorgorganisaties. Binnen deze kwalitatieve studie is onderzoek gedaan naar welke informatie- en ondersteuningsbehoefte er is voor antibioticaresistentie binnen de thuiszorgorganisaties (GAIN, z.d.).
Naar aanleiding van deze ontwikkelingen heeft er binnen dit onderzoek een gesprek plaats gevonden met M. van Mourik, deskundige infectiepreventie binnen GGD Gelderland-Zuid. Uit dit gesprek is bruikbare informatie naar voren gekomen. De deskundige infectiepreventie heeft een richtlijn aangeleverd waarin, kort samengevat, alle infectiepreventiemaatregelen BRMO voor de thuiszorg zijn uitgewerkt. Voor deze richtlijn heeft de deskundige infectiepreventie de WIP-richtlijn: MRSA in de thuiszorg en de LCI-richtlijn: BRMO gebruikt als uitgangspunt (M. van Mourik, persoonlijke communicatie, 6 maart 2018). De onderzoekers nemen de richtlijn mee binnen dit onderzoek. Zie bijlage 10 voor deze richtlijn.

Figuur 1: De tien Regionale Zorgnetwerken ABR (Schreijer et al., 2017).

2.5 Antibioticaresistentie in de thuiszorg

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal mensen met een BRMO die thuiszorg ontvangen. M. van Mourik (persoonlijke communicatie, 6 maar 2018), deskundige infectiepreventie van GGD Gelderland- Zuid, gaf aan dat hier weinig onderzoek naar gedaan is. In de toekomst wordt eerst het aantal antibioticaresistente bacteriën onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen onderzocht. Wel gaf de deskundige infectiepreventie aan dat het aantal mensen met een BRMO in de thuiszorg toeneemt (persoonlijke communicatie, 6 maart 2018). Zoals de literatuur ook aangeeft zijn opnames in een ziekenhuis of verpleeghuis een risicofactor voor het krijgen van een BRMO. Aangezien ziekenhuisopnames steeds korter worden en de zorg in de thuissituatie wordt voorgezet zal het aantal personen met een BRMO toenemen (Velsink, 2014).

2.6 Buurtzorg

Buurtzorg is een landelijke thuiszorgorganisatie die met kleine zelfsturende teams persoonlijke zorg levert in de thuissituatie. Thuiszorg kan ingezet worden bij zorgvragers die ondersteuning nodig hebben na ontslag uit het ziekenhuis, zorgvragers die ernstig ziek zijn of wanneer er ondersteuning nodig is om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen. Het voordeel van zelfsturende teams is dat er beter aangesloten wordt bij de behoeften en wensen van de zorgvrager. Een team is zelf verantwoordelijk voor de planning en voor de werkzaamheden. Hierin staat professionele autonomie van de medewerkers voorop (Buurtzorg Nederland, 2018a).
Buurtzorg Wijchen hanteert de visie van Buurtzorg Nederland. Binnen de visie staat de zorgonafhankelijkheid van de zorgvragers voorop. Samen met een persoonlijk begeleider wordt er met deskundigheid naar oplossingen voor problemen gezocht. Het optimaal faciliteren van de professionals is van belang voor het garanderen van de kwaliteit van zorg. In de processen staat de relatie tussen professional en zorgvrager centraal (Buurtzorg, persoonlijke communicatie, 10 maart 2018). Om de gewenste zorg te kunnen leveren is afstemming met andere disciplines nodig. Er is directe afstemming met de eerstelijns gezondheidszorg. Hieronder vallen onder andere huisartsen en fysiotherapeuten (Buurtzorg Nederland, 2018b).
Buurtzorg Wijchen bestaat uit drie teams. Elk team bestaat uit tien tot vijftien medewerkers. Binnen de teams varieert het opleidingsniveau van de medewerkers van wijkziekenverzorgende (niveau 3 IG) tot en met wijkverpleegkundige (niveau 5).

2.6.1 Betrokken disciplines

Buurtzorg Wijchen werkt onder andere samen met de huisarts, diëtiste, fysio- en ergotherapeuten binnen de gemeente Wijchen. De genoemde disciplines komen ook bij de

zorgvragers thuis. Gezien het grote bereik van de verschillende disciplines is de haalbaarheid om alle disciplines voldoende te betrekken bij dit onderzoek niet mogelijk. In overleg met Buurtzorg Wijchen is besloten om, naast de teams van Buurtzorg Wijchen, de fysiotherapeut voorop te stellen in dit onderzoek. De uiteindelijke bevindingen en resultaten van dit onderzoek zullen dus gericht zijn op de drie teams van Buurtzorg Wijchen en de deelnemende fysiotherapeuten werkzaam binnen Wijchen. De bedoeling is dat dit onderzoek ook een leidraad wordt voor overige betrokken disciplines binnen de thuiszorg.

2.6.2 Fysiotherapeut

De fysiotherapeut ondersteunt cliënten met een probleem aan het bewegingsapparaat. De cliënten verschillen in behoefte, problemen, leeftijd en levensfase. Door middel van therapeutische of preventieve interventies komt een fysiotherapeut tot een diagnose. Door middel van onderbouwingen vanuit de literatuur biedt een fysiotherapeut een behandeling aan met als doel optimaal bewegen of het voorkomen van achteruitgang. In de transmurale setting werkt een fysiotherapeut samen met andere disciplines en wordt er in de thuissituatie zorg verleend (De Vries, Hagenaars, Kiers & Schmitt, 2014).

2.7 Hygiëne

Volgens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2018) duidt het begrip hygiëne het meest op het nemen van preventieve maatregelen om ziektes te voorkomen en het welzijn en de conditie op peil te houden of te verbeteren. Onder andere ter voorkoming van de verspreiding van infectieziekten is hygiëne van belang (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.db.). Hygiëne-expert C. Oldenkamp (z.d) geeft tips over hygiëne. Voornamelijk in de thuiszorg is er nogal eens wat discussie over het dragen van handschoenen. Zorgvragers hebben uitspraken als: *'Is mijn huis zo vies?'* Of '*Ben ik zo vies?*' Het vereist creativiteit en goede uitleg om zorgvragers zich bewust te laten worden van eventuele risico's. Volgens While (2016) hebben verpleegkundigen binnen de thuissituatie een grote professionele verantwoordelijkheid om zich bezig te houden met infectiepreventie om zorgvragers te beschermen tegen BRMO's.
In een gesprek met de deskundige Infectiepreventie van de GGD Gelderland- Zuid over antibioticaresistentie kwam het onderwerp 'hygiëne' ter sprake. *'In het voorkomen van de verspreiding van antibioticaresistente bacteriën is basishygiëne het belangrijkste'*, aldus een uitspraak van de deskundige infectiepreventie (M. van Mourik, persoonlijke communicatie, 6 maart 2018).
Om richting te geven aan het handelen in de praktijk zijn er landelijke richtlijnen rondom hygiëne en infectiepreventie opgesteld. Het is van belang dat zorgverleners op de hoogte zijn van de landelijke richtlijnen en de kennis omtrent BRMO's op peil houden. Zorgverleners die meer kennis hebben omtrent BRMO's, besteden meer aandacht aan hun eigen verantwoordelijkheid om verspreiding van infecties te beperken (Lindberg, Skytt, Högman, & Carlsson, 2011).

2.8 Landelijke richtlijnen

Verschillende partijen houden zich bezig met het opstellen en ontwikkelen van landelijke richtlijnen rondom infectiepreventie. Voor thuiszorgorganisaties zijn de, door de WIP en LCI[3] opgestelde, richtlijnen van toepassing (RIVM, 2017b).

2.8.1 Werkgroep Infectie Preventie (WIP)

De WIP stelt landelijke richtlijnen op voor verschillende zorginstellingen op het gebied van hygiëne en infectiepreventie (Nursing, 2016). Het doel van het opstellen van de landelijke richtlijnen is om richting te geven aan het handelen binnen de zorginstellingen (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, z.dc.). Sinds begin 2017 is de WIP opgeheven door stopzetting van de financiering.

[3] Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding

Op dit moment wordt er onder andere door ziekenhuizen, het RIVM en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gewerkt aan een alternatief om de landelijke richtlijnen voor infectiepreventie te kunnen ontwikkelen en implementeren (RIVM, 2017b). Tot die tijd kunnen de WIP-richtlijnen via de website van RIVM geraadpleegd worden. Er dient na gegaan te worden of de richtlijn nog up-to-date is omdat de richtlijnen niet meer onderhouden worden. De Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM heeft tijdelijk de functie gekregen om vragen over de WIP-richtlijnen te beantwoorden (RIVM, 2017b).

2.8.2 Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)

Het LCI heeft een richtlijn ontwikkeld met betrekking tot BRMO voor de extramurale setting (RIVM, 2014b). De richtlijn van LCI wordt wel herzien in tegenstelling tot de WIP- richtlijn. Tevens wordt de richtlijn geraadpleegd binnen verschillende thuiszorgorganisaties (RIVM, 2014b).

2.9 Richtlijn 'Beschermende maatregelen'

De verschillende richtlijnen die worden gebruikt binnen de teams van Buurtzorg Wijchen zijn: de richtlijn 'Beschermende maatregelen', de WIP-richtlijn óf een protocol/richtlijn van het ziekenhuis waar de zorgvrager vandaan komt. Voor dit onderzoek worden de verschillende invalshoeken van de richtlijn geïnventariseerd.
In samenspraak met de opdrachtgever en de teams van Buurtzorg Wijchen wordt er binnen dit onderzoek uitgegaan van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. De richtlijn is een leidraad binnen Buurtzorg Wijchen voor het omgaan met BRMO's. De richtlijn is opgesteld door Vilans KICK-protocollen. Buurtzorg heeft een abonnement afgesloten waarmee tegen een klein tarief gebruik kan worden gemaakt van protocollen en richtlijnen (Vilans, z.d.). Binnen het document van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' wordt onder andere verwezen naar de WIP-richtlijn (Vilans, persoonlijke communicatie, 6 maart 2018). Zie bijlage 11 voor de richtlijn 'Beschermende maatregelen'.

2.9.1 Bevorderende en belemmerende factoren

Vanwege de onduidelijkheden en verschillende bronnen van raadplegen is er gezocht naar literatuur over het naleven van een richtlijn. De gevonden review *Barriers and Strategies in Guideline Implementation- A Scoping review* van *F. Fischer, K. Lange, K. Klose, W. Greiner & A. Kraemer (2016)* geeft aan dat een gestructureerde implementatie het naleven van een richtlijn kan verbeteren. Allereest hebben de onderzoekers de review beoordeeld op de kwaliteit door middel van het meetinstrument QARI[4]. Om de gestructureerde implementatie te overwegen is het belangrijk om belanghebbenden erbij te betrekken, gezien het in kaart brengen van de belemmeringen georganiseerd wordt in verschillende categorieën. Binnen de review wordt gebruik gemaakt van persoonlijke, externe en richtlijn-gerelateerde factoren.

Factor	Onderverdeling	Belemmeringen
Persoonlijke factoren	Kennis	- Gebrek aan bewustzijn - Gebrek aan vertrouwdheid
	Attitude	- Gebrek aan overeenstemming - Ontbreken van eigen effectiviteit - Gebrek aan vaardigheden - Gebrek aan het leren van cultuur - Gebrek aan motivatie
Externe factoren		- Organisatorische beperkingen - Gebrek aan middelen (tijd, werklast) - Gebrek aan samenwerking - Sociaal en klinische normen
Richtlijn gerelateerde factoren		- Gebrek aan evidence - Complexiteit

[4] Qualitative Assessment and Review Instrument

		- Slechte lay- out - Gebrek aan toepasselijkheid - Gebrek aan duidelijke interventiedoelen

Tabel 1: Belemmerende factoren binnen richtlijn gebruik

Bovengenoemde factoren worden als leidraad gebruikt bij het opstellen van een topic list voor de interviews met medewerkers binnen Buurtzorg Wijchen. De informatie uit tabel 1 is verkregen uit de review van Fischer et al. (2016).

2.10 Verpleegkundige relevantie

Binnen het verpleegkundig beroep is 'goede zorg' verlenen een belangrijk begrip. De verpleegkundige dient hiervoor met de zorgvrager te kijken naar de behoeften en ervaren problemen bij de zorgvrager. 'Goede zorg' kan onder andere door een verpleegkundige verleend worden als zij een actuele richtlijn gebruikt en deze adequaat toepast. Het verlenen van 'goede zorg' verhoogt de kwaliteit van zorg. Tegelijkertijd neemt de mate waarin verpleegkundigen te maken krijgen met standaarden en richtlijnen ook toe, onder druk van zorgverzekeraars en juridisering (V&V, 2012).
Dit onderzoek richt zich op de naleving van de richtlijn: 'Beschermende maatregelen' binnen de teams van Buurtzorg Wijchen en betrokken disciplines. De verpleegkundige relevantie binnen dit onderwerp is in deze paragraaf verder uitgewerkt aan de hand van de relevante CanMEDS-rollen binnen dit onderzoek.

Figuur 2: De zeven CanMEDS rollen (V&VN, z.d.).

- Zorgverlener: Met dit onderzoek wordt inzicht verkregen in de bevorderende en belemmerende factoren van het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Naar aanleiding van de bevindingen die hieruit voort gaan komen kan de verpleegkundige beter inspelen op de benodigde zorg en worden de teams van Buurtzorg Wijchen zich bewust van ontbrekende kennis rondom de huidige richtlijn.
- Communicator: Binnen dit onderzoek wordt er gekeken naar de werkwijze van zowel verpleegkundigen als van betrokken disciplines zoals de fysiotherapeuten. Het onderzoek draagt bij aan het verbeteren van de communicatie tussen medewerkers van Buurtzorg Wijchen en betrokken disciplines. Een ander uitgangspunt is de communicatie naar de zorgvrager toe. Het onderzoek draagt bij aan het beantwoorden van vragen en eventuele onduidelijkheden vanuit de zorgvrager.
- Reflectieve 'EBP'-Professional: Voor het in kaart brengen van de naleving van de richtlijn wordt medewerking vanuit het verpleegkundig team verwacht. Kritisch het eigen functioneren beoordelen door middel van zelfreflectie staat hierin centraal. Het onderzoek draagt overigens ook bij aan het ontvangen van feedback en het verwerken van de uitkomsten in het eigen handelen.
- Organisator: De CanMEDS-rol van Organisator is binnen dit onderzoek terug te zien in de vorm van patiëntveiligheid. Naleving van richtlijnen is van belang om de overdracht van BRMO's tegen te gaan, waarin preventie een rol speelt. Het in kaart brengen van de belemmerende factoren draagt bij aan het opstellen van verbeteracties waardoor verspreiding van BRMO's voorkomen en/of verminderd kunnen worden.
- Professional en kwaliteitsbevorderaar: De kwaliteit van zorg wordt verbeterd aan de hand van aanbevelingen die aan het einde van het dit onderzoek geformuleerd worden. De aanbevelingen verbeteren de kwaliteit van zorg door het in kaart brengen van de bevorderende en belemmerende factoren zowel op het niveau van de individu, de teams en op organisatieniveau. Het maken van teamafspraken staat hierin centraal. Verpleegkundigen en betrokken disciplines moeten elkaar aan durven spreken op hun professioneel gedrag (V&V, 2012).

3. Methode

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de methode binnen dit onderzoek. Aan bod komt: het onderzoeksdesign, de onderzoekspopulatie en steekproef, de dataverzameling en data-analyse. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er aan de zorgvuldigheidseisen en gedragscode voldaan is.

3.1 Onderzoeksdesign

Binnen dit onderzoek werd door de onderzoekers gekozen voor een kwalitatief beschrijvend onderzoeksdesign. Bij een kwalitatief onderzoek staat het verkrijgen van gedetailleerde informatie voorop (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Het doel van het onderzoek was dan ook om persoonlijke ervaringen en attitudes op individueel niveau te verkrijgen om vervolgens de huidige situatie voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' in kaart te brengen. Het verzamelen van gegevens is gebeurd door middel van een open karakter. De mening en eigen inbreng van de respondent stond hierbij voorop. De onderzoekspopulatie bestond uit relatief weinig personen waardoor een kwalitatief onderzoek beter aansloot. De onderzoekers hadden in overeenstemming met de opdrachtgever en de docentbegeleider, gekozen voor een beschrijvend onderzoek. Kenmerken van een beschrijvend onderzoek zijn het in kaart brengen van een situatie, ervaringen en processen (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Omdat er gekeken is naar de belemmerende en bevorderende factoren voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' sloot een beschrijvend onderzoek binnen het kader van dit onderzoek het beste aan. Vanuit verschillende perspectieven is de huidige situatie in kaart gebracht (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

3.2 Onderzoekspopulatie

De doelpopulatie is gevormd door verzorgenden en verpleegkundigen binnen Buurtzorg Wijchen. In dit onderzoek werd ervoor gekozen om alle drie de teams te betrekken voor meer inspraak en het vergroten van de betrouwbaarheid. Tevens behoorden oproepkrachten binnen Buurtzorg Wijchen tot de inclusiecriteria. Omdat de tijdsduur dat een stagiaire werkzaam is binnen de organisatie varieert van een aantal weken tot een schooljaar en niet 'vast' tot het team behoort, is gekozen om stagiaires niet mee te nemen binnen dit onderzoek. Dit gold ook voor de HBO-Verpleegkunde studenten die naast hun studie werkzaam zijn als helpende niveau 2 in de wijk. Door de onderzoekers was vernomen dat zij weinig uren inzetbaar zijn en niet beschikbaar waren om deel te nemen aan dit onderzoek. Ook werden medewerkers, korter dan zes maanden in dienst, niet meegenomen in dit onderzoek. Hier was voor gekozen omdat de afgelopen zes maanden weinig tot geen zorgvragers met (verdenking van) een BRMO in zorg zijn geweest. De kans was groot dat medewerkers, korter dan zes maanden in dienst, niet in aanraking zijn gekomen met de zorg rondom BRMO en de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Als laatste werd de opdrachtgever, wijkverpleegkundige binnen Buurtzorg Wijchen, als exclusiecriteria opgenomen om belangenverstrengeling te voorkomen.
Tevens bestond de doelpopulatie uit fysiotherapeuten werkzaam binnen Wijchen. Hierbij was het van belang dat de deelnemende fysiotherapeuten in ieder geval in de extramurale setting werkzaam zijn. Fysiotherapeuten werkzaam buiten de extramurale setting vielen onder de exclusiecriteria en zijn uitgesloten in dit onderzoek. In onderstaande tabel zijn de inclusie- en exclusiecriteria opgenomen.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
• Medewerkers binnen Buurtzorg Wijchen	• Verpleegkundige- en verzorgende stagiaires
• Oproepkrachten binnen Buurtzorg Wijchen	• Medewerkers korter dan 6 maanden werkzaam in de thuiszorg
• Fysiotherapeuten werkzaam in de extramurale setting	• De opdrachtgever binnen dit onderzoek
	• HBO-V studenten (helpende niveau 2)

Tabel 2: Inclusie- en exclusiecriteria

Binnen dit onderzoek zijn twee fysiotherapeuten benaderd uit twee verschillende praktijken binnen Wijchen. Deze praktijken zijn geselecteerd op basis van convenience sampling. De praktijken waren namelijk willekeurig geselecteerd op advies van de opdrachtgever (Van der Donk & Van Lanen, 2015). De praktijken waren makkelijk te bereiken en de fysiotherapeuten leverden therapie in de extramurale setting. Beide fysiotherapeuten werden opgenomen in de onderzoekspopulatie en gaven toestemming om aan dit onderzoek deel te nemen.

3.2.1 Steekproef

Voorafgaand aan de dataverzameling werd uit de drie teams van Buurtzorg Wijchen een selectie gemaakt door middel van een steekproef. De doelpopulatie van Buurtzorg Wijchen telde 31 medewerkers, dit is exclusief stagiaires en HBO-Verpleegkunde studenten werkzaam als helpende niveau 2. De medewerkers werden op de hoogte gebracht van het onderzoek door de opdrachtgever en werden gevraagd vóór 30 maart 2018 te melden als zij niet benaderd wilden worden voor eventuele deelname aan het onderzoek. Op 31 maart 2018 werd bekend dat geen enkele medewerker bezwaar heeft gemaakt om benaderd te worden.
Om een beeld te krijgen van de medewerkers binnen de teams werd vervolgens een teamanalyse gemaakt waarin onderscheid werd gemaakt in opleidingsniveau, leeftijd en oproepkracht of vaste medewerker. Zie bijlage 8 voor de teamanalyse. De teamanalyse geeft een overzicht van medewerkers per team. Ten eerste werd bekeken hoe Buurtzorg Wijchen omgaat met de naleving van de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’. Op deze manier konden de overeenkomsten en verschillen per team vergeleken worden.
De leeftijdscategorieën binnen een team werden in de teamanalyse weergegeven. Echter was het binnen de steekproef niet mogelijk om leeftijd, naast opleidingsniveau, mee te nemen. Hier was de doelpopulatie te klein voor.
Door de relatief kleine populatie werd gekozen voor een selectieve steekproef binnen de drie teams. In tabel 3 is een weergave te zien van het aantal medewerkers per opleidingsniveau. Hierin is de variabiliteit van opleidingsniveau te zien. Doordat het opleidingsniveau van medewerkers binnen elk team varieert van wijkziekenverzorgende tot en met wijkverpleegkundige is door de onderzoekers gekozen voor de aspectenmethode. Deze methode wordt veel gebruikt bij een kwalitatieve benadering en zorgt ervoor dat het onderwerp vanuit verschillende invalshoeken (niveaus) bekeken kan worden. De aspectenmethode zorgt ervoor dat het representatief is voor elk team (Van der Donk & Van Lanen, 2015). Dit werd als volgt vormgegeven: uit elk team werden drie medewerkers opgenomen in de onderzoekspopulatie. Deze selectie bestond uit een wijkverpleegkundige, een verpleegkundige in de wijk en een wijkziekenverzorgende.
Omdat binnen elk team meerdere medewerkers onder hetzelfde opleidingsniveau vielen werd een enkelvoudige aselectieve steekproef uitgevoerd binnen het desbetreffende opleidingsniveau. De enkelvoudige aselectieve steekproef werd op basis van een toevalsgenerator uitgevoerd en gebeurde dus onwillekeurig (Bakker & Van Buuren, 2014).

Uitwerking enkelvoudige aselectieve steekproef:
Op basis van een toevalsgenerator is de enkelvoudige aselectieve steekproef uitgevoerd. Allereerst werd binnen de teams het aantal medewerkers per opleidingsniveau vastgesteld.

Aantal medewerkers per opleidingsniveau:		
Team 1:	Wijkverpleegkundige: Verpleegkundige in de wijk: Wijkziekenverzorgende:	4 3 4
Team 2:	Wijkverpleegkundige: Verpleegkundige in de wijk: Wijkziekenverzorgende	4 2 4
Team 3:	Wijkverpleegkundige: Verpleegkundige in de wijk: Wijkziekenverzorgende:	2 5 3
Totaal:		**31**

Tabel 3: Aantal medewerkers per opleidingsniveau

Om de anonimiteit te waarborgen kreeg elke medewerker een eigen cijfer toegewezen: medewerker 1, medewerker 2, etc. Bij de onderzoekers was bekend aan welke medewerker de cijfers verbonden waren. Vervolgens werd door een online toevalsgenerator de steekproeftrekking uitgevoerd. Waarna een medewerker op basis van toeval werd geselecteerd (Van der Donk & Van Lanen, 2015).

Een voorbeeld:
Er zijn vier medewerkers binnen team 1 werkzaam als wijkverpleegkundige. Zij hebben de cijfers 1 t/m 4 toegewezen gekregen in een bestand. In de toevalsgenerator zijn de cijfers minimaal 1 en maximaal 4 ingevoerd. Door middel van generen is het cijfer 3 uit de toevalgenerator gekomen. Medewerker 3 behoort tot de onderzoekspopulatie en wordt benaderd om deel te nemen aan het onderzoek.

3.3 Dataverzameling

Het onderzoek werd uitgevoerd op de locatie van Buurtzorg Wijchen. De gegevens werden mondeling verzameld door middel van semigestructureerde interviews met behulp van een geluidsrecorder. Het doel van een semigestructureerd interview is dat de onderwerpen binnen een interview vastliggen, maar met de mogelijkheid om gedurende het interview vragen toe te voegen of verdiepende vragen te stellen. Het opstellen van open vragen wordt hierin voorop gesteld. Op deze manier wordt ernaar gestreefd om gedetailleerdere en meer informatie te verkrijgen (Bakker & Van Buuren, 2014).

De semigestructureerde interviews voor team Wijchen en de fysiotherapeuten zijn vormgegeven door middel van twee verschillende interviewguides. Om de interviewguide vorm te geven werd een topic list opgesteld. De topic list werd opgesteld door de onderzoekers en onderbouwd vanuit de literatuur (Fischer et al., 2016). De interviewguides zijn beoordeeld door de opdrachtgever en de docentbegeleider, wat de validiteit heeft verhoogd. Voor aanvang van de interviews is een proefinterview gehouden met de opdrachtgever om er zeker van te zijn dat de interviewguide compleet was. Het proefinterview had betrekking op de interviewguide voor Buurtzorg Wijchen. Tegelijkertijd hebben beide onderzoekers geoefend met het afnemen van een interview. Beiden hadden de rol van interviewer. Zie bijlagen 4 en 5 voor de opgestelde interviewguides.

3.3.1 Interviews team Wijchen

De semigestructureerde interviews vonden plaats op de vaste locatie van Buurtzorg Wijchen. Het doel van het interview was om duidelijkheid te creëren over de bevorderende en belemmerende factoren in het omgaan met de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’. Beide onderzoekers waren aanwezig bij afname van elk individueel interview. Hier werd voor gekozen om meer en specifieker informatie te ontvangen en interpretaties te bespreken. De twee rollen die door de onderzoekers werden vormgegeven waren de rollen van interviewer en observator. De interviewer heeft het gesprek geleid en stelde verdiepende vragen. De taak van de observator was tijdbewaking, observeren en het maken van aantekeningen. De twee onderzoekers wisselden per interview de rol van interviewer en observator af. Hier werd voor gekozen om mogelijke beïnvloedende persoonlijke factoren te minimaliseren. Hierbij kan gedacht worden aan de manier van vraagstelling en interpretatie. Daarnaast mocht de observator in elk interview ook inbreng hebben. Naast de opgestelde topiclist werd tijdens het interview de richtlijn van deskundige infectiepreventie M. van Mourik voorgelegd. Tijdens de interviews werd bekeken wat de respondenten van Buurtzorg Wijchen vonden van het overzicht. Daarnaast werd gevraagd of zij informatie misten binnen de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’.
Er werd door de onderzoekers gestreefd naar het afnemen van negen interviews. Gezien de tijdslimiet waren meer interviews niet haalbaar.

3.3.2 Interviews fysiotherapeuten

Evenals de interviews met de drie teams van Buurtzorg Wijchen werd gebruik gemaakt van een semigestructureerd interview. Voor het opstellen van de interviewguide waren de vragen aangepast. Het doel van het interview met de fysiotherapeuten was een algemene indruk krijgen van het gebruik van richtlijnen en protocollen binnen de extramurale setting. De interviews vonden plaats binnen de deelnemende fysiotherapiepraktijken in Wijchen. Om een indruk te krijgen van de omgang met richtlijnen en protocollen in de extramurale setting, gericht op BRMO's, werden twee fysiotherapeuten benaderd voor deelname aan het semigestructureerde interview. Ook tijdens de twee interviews met fysiotherapeuten hebben de onderzoekers gewisseld van rol tussen interviewer en observator.

3.4 Data-analyse

Allereerst zijn de afgenomen interviews getranscribeerd om de verzamelde gegevens op een betrouwbare en complete manier te verwerken. Het transcriberen is gebeurd aan de hand van de gemaakte geluidsopnames. Alle interviews zijn binnen 24 uur na afname getranscribeerd. Hierdoor hoopte de onderzoekers dat het interview nog vers in het geheugen zat waardoor het uitschrijven soepel verliep en dat minder snel informatie gemist zou worden. De interviews zijn uitgeschreven in Microsoft Office Word en vervolgens opgeslagen in Microsoft Excel. De interviews werden genummerd op basis van team en opleidingsniveau. Het eerste interview kreeg bijvoorbeeld nummer 1.5 waarin de 1 stond voor team 1 en de 5 stond voor wijkverpleegkundige (niveau 5). De getranscribeerde interviews werden los van elkaar in een tabblad van Microsoft Excel geplaatst onder de naam van bovengenoemde nummers.

Vervolgens werd door de onderzoekers alle getranscribeerde interviews op één tabblad geplaatst en werd het zorgvuldig doorgelezen. Na het transcriberen van elk interview werd gebruik gemaakt van coderen om zicht te krijgen op de inhoud en verschillende onderwerpen binnen een fragment. Er werd door de onderzoekers gekozen voor thematisch coderen. Bij thematisch coderen wordt de data geordend aan de hand van de vooraf opgestelde thema's (Van der Donk & Van Lanen 2015). Aan de hand van de topic list in de interviewguide, die opgesteld is vanuit het artikel van Fischer et al. (2016), zijn de thema's voorafgaand bepaald. Onderwerpen die veelvuldig aan bod kwamen zijn achteraf opgenomen in de analyse omdat de onderzoekers vanuit de semigestructureerde interviews openstonden voor nieuwe thema's. Voor de thema's die opgesteld zijn vanuit het artikel van Fischer, et al. (2016), zie tabel 4. De onderwerpen 'disciplines' en 'basishygiëne' kwamen veelvuldig aan bod waardoor deze ook als thema zijn opgenomen in de analyse.

Thema	Subthema
Algemene ervaring	- Werkervaring - Ervaringen BRMO
Persoonlijk	- Attitude - Kennis
Externe factoren	- Disciplines - Teamniveau - Organisatieniveau
Richtlijn gerelateerd	- Richtlijn Vilans - Richtlijn GGD
Overige factoren	-

Tabel 4: Thema's en subthema's

Door het gebruik van verschillende kleuren werd in het getranscribeerde bestand overzichtelijk waar elk thema voorkwam in de tekst. In een volgende stap zijn labels toegevoegd waarin de belangrijkste zinnen samengevat zijn en overzichtelijk werden gemaakt. Zie figuur 3 voor een voorbeeld. Door de analyse onder te verdelen in thema's, subthema's en labels kregen de onderzoekers inzicht in de verzamelde gegevens uit de

interviews. Met deze gegevens konden verbanden gelegd worden. Ook kon op deze manier gekeken worden of er verschillen te zien waren binnen de drie teams.

	A	C	D	E	F	G
1	nr interview	Tekst	Thema codeur	Subthema codeur	Label codeur	Citaat
2	1.3	Hoelang bent u al werkzaam binnen Buurtzorg/ een andere				
3	1.3	10 jaar	Algemene ervaring	Werkervaring	Heeft 10 jaar werkervaring	

Figuur 3: voorbeeld analyse

De onderzoekers hebben op deze manier allebei de eerste drie interviews afzonderlijk van elkaar geanalyseerd. Daarna werden de analyses besproken om te kijken of er verschillen in het analyseren aanwezig waren. Indien de resultaten verschillend waren is door de onderzoekers besproken welke analyse de juiste keuze was. Op deze manier werd gestreefd naar eenzelfde werkwijze en het vergroten van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Doordat in Microsoft Excel op thema's gefilterd kon worden, werd het voor de onderzoekers overzichtelijk hoe vaak een bepaald thema voorkwam, tot welk team het behoorde en welk opleidingsniveau hierbij van toepassing was. Omdat de getranscribeerde interviews gecodeerd waren, konden belangrijke uitspraken, citaten en stukken tekst gemakkelijk terug gevonden worden (Bakker en van Buuren, 2014). Ook is er nog een controle uitgevoerd in het bestand, om te kijken of er geen fragmenten weggevallen waren.

Tot slot wilden de onderzoekers voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag de bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' weten. Om deze reden werd de gecodeerde tekst binnen de thema's onderverdeeld in bevorderende en belemmerende factoren. Onder de labels werden belangrijke zinnen samengevat. De onderzoekers kregen op deze manier een goed overzicht van de uitkomsten.

3.5 Zorgvuldigheidseisen

Om de kwaliteit van het onderzoek te vergroten werden voorafgaand aan de interviews zorgvuldigheidseisen opgesteld. Binnen deze zorgvuldigheidseisen stonden de begrippen 'betrouwbaarheid' en 'validiteit' centraal.
Betrouwbaarheid houdt in dat de resultaten uit dit onderzoek bij herhaling dezelfde onderzoeksresultaten opleveren (Van der Donk & Van Lanen, 2015).
Om de betrouwbaarheid te vergroten was het van belang om er voor te zorgen dat de twee onderzoekers gelet hebben op dezelfde aspecten en dat het onderzoeksinstrument (de interviewguide) op eenzelfde wijze gehanteerd werd. Om dit toe te passen, is er voor gekozen beide onderzoekers aanwezig te laten zijn tijdens het afnemen van de interviews (Van der Donk & Van Lanen, 2015).
Daarnaast hebben de onderzoekers de eerste drie interviews allebei en afzonderlijk geanalyseerd wat gezorgd heeft voor interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Het doel hiervan was om de resultaten te vergelijken en de mate van overeenstemming tussen de onderzoekers te vergroten (Bakker & Van Buuren, 2014). Na het coderen werden de gecodeerde gegevens met elkaar vergeleken. Wanneer er weinig tot geen verschillen meer zichtbaar waren, werd gekozen om de overige interviews enkel te analyseren. Hier werd mede vanwege tijdsgebrek voor gekozen.

Het begrip 'validiteit' houdt in dat de onderzoekers meten wat zij willen meten (Van der Donk & Lanen, 2015). Om de interne validiteit te vergroten werd de topiclist met bijbehorende vragen beoordeeld door de opdrachtgever, de docentbegeleider en medestudenten. De feedback is verwerkt alvorens de interviews werden afgenomen. Daarnaast heeft eerst een proefinterview met de opdrachtgever plaatsgevonden. Hierin hebben de onderzoekers

gemeten of er daadwerkelijk gemeten werd wat zij wilden meten. Ook werd gekeken of de opgestelde interviewguide toepasbaar was met betrekking tot de vraagstelling. Er is geanalyseerd of verdere aanpassingen nodig waren. Na de verwerking van feedback zijn de onderzoekers begonnen met het afnemen van de interviews. De interviews vonden plaats binnen de locatie van Buurtzorg Wijchen. Hier is voor gekozen omdat de respondenten vaak aanwezig zijn binnen deze locatie.
Binnen dit onderzoek werd gestreefd naar externe validiteit. Externe validiteit houdt in dat de resultaten uit dit onderzoek toepasbaar zijn voor de gehele doelpopulatie. Om te zorgen voor voldoende vertegenwoordiging van de doelpopulatie werd ervoor gekozen om na het wegvallen van een verpleegkundige in de wijk niveau 4 (binnen team 2) toch nog een medewerker te selecteren.

Als laatste hebben de onderzoekers gestreefd naar het gebruik van eenzelfde terminologie, om alles zo duidelijk mogelijk te beschrijven. Er werd binnen dit onderzoek een logboek bijgehouden. Hierin werden de uitgevoerde activiteiten met tijdbesteding opgenomen. De notulen naar aanleiding van de gevoerde gesprekken met betrokkenen zijn terug te vinden in het logboek. Het logboek heeft bijgedragen aan het inzichtelijk maken van het onderzoeksproces. Indien er problemen ontstonden in de communicatie met betrokkenen, kon teruggevallen worden op het logboek. Om de betrouwbaarheid en validiteit te vergroten wilden de onderzoekers member checks toepassen mits hier voldoende tijd beschikbaar voor was vanuit de medewerkers en de onderzoekers. Member checks houdt in dat de schriftelijk uitwerking wordt voorgelegd aan de desbetreffende respondent om te controleren of de onderzoekers de antwoorden op een juiste manier geïnterpreteerd hebben (Boeije, 2012).

3.6 Gedragscode

Binnen dit onderzoek hebben de onderzoekers zich gehouden aan de ‘Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen’. De gedragscode is gebaseerd op wetten en regels waaraan gehouden moet worden tijdens een onderzoek met onderzoekspersonen (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2017). Een algemene regel binnen de gedragscode is dat er respectvol wordt omgegaan met onderzoekspersonen. Om hier zorg voor te dragen is door de onderzoekers, een modelbrief opgesteld. De onderzoekspersonen werden hiermee geïnformeerd over het onderzoek. Voor het opstellen van deze brief werd gebruik gemaakt van de ‘Checklist en modelbrief voor de communicatie met de onderzoekspersoon’ (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2017). In de brief was onder andere het doel en de werkwijze van het interview terug te vinden. Zie bijlage 6 voor de modelbrief voor Buurtzorg Wijchen en bijlage 7 voor de modelbrief gericht aan de deelnemende fysiotherapeuten.
De opdrachtgever heeft een rol gespeeld in de werving van deelnemers. Er is binnen de teams een bericht verspreid om voor 30 maart 2018 te melden wanneer er bezwaar was tegen eventuele benadering voor deelname. Op aansporen van de opdrachtgever werden de geselecteerde medewerkers via hun werktelefoon telefonisch benaderd.
Indien medewerkers open stonden voor deelname of twijfelden is de modelbrief naar hun werk e-mailadres verstuurd. De medewerkers kregen vijf werkdagen de tijd om een besluit te nemen. Na goedkeuring van de medewerker werd in overleg een geschikte datum gepland. In de modelbrief werd gevraagd om de toestemmingsverklaring ondertekend mee te nemen naar het interview. Voorafgaand aan het interview werd de verklaring door beide partijen ondertekent. Binnen de toestemmingsverklaring werd gevraagd of de onderzoekspersoon toestemming geeft voor het maken van geluidsopnames tijdens het interview. De geluidsopnames zijn na het analyseren direct verwijderd.
Voorafgaand aan het interview werden de onderzoekspersonen mondeling geïnformeerd. De informatie die op dat moment verstrekt werd is te vinden in de interviewguide (zie bijlage 4 en 5).

De onderzoekers hebben de ‘Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker’ ondertekend. Hiermee verklaarden de

onderzoekers dat zij op de hoogte waren van de vastgelegde informatie in de gedragscode en dat zij verantwoord omgegaan zijn met de onderzoeksgegevens (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2017). Deze verklaring werd ingeleverd bij de opdrachtgever en opgenomen in bijlage 3.
Om aan deze geheimhoudingsverklaring te voldoen zijn de verzamelde gegevens geanonimiseerd en opgeslagen op een beveiligde computer. De verzamelde gegevens zijn niet verspreid via e-mail. Na afloop van dit onderzoek is de verwerkte data geanonimiseerd overgezet op een beveiligde externe harde schijf. De verwerkte data wordt door een onderzoeker op deze manier vijf jaar bewaard. In overleg met de opdrachtgever werd er voor gekozen om de verwerkte data niet over te dragen aan de opdrachtgever omdat de verzamelde geanonimiseerde gegevens door de opdrachtgever te herleiden zijn naar de respondenten.

4. Resultaten

Binnen dit hoofdstuk wordt een overzicht van de resultaten gegeven. De resultaten zijn onderverdeeld door middel van de opgestelde topic list en thema's die voortkomen uit de analyse. Voor het uiteindelijk beantwoorden van de hoofd- en deelvragen is, naast de uitgewerkte resultaten, een overzicht van resultaten gegeven gericht op de overeenkomsten en verschillen binnen de drie teams.

4.1 Demografische gegevens

Aan de interviews hebben negen medewerkers deelgenomen. Alle respondenten zijn vrouw in de leeftijd van 27 jaar tot en met 61 jaar en werkzaam binnen Buurtzorg Wijchen. Uit elk team zijn drie respondenten geïnterviewd. Het opleidingsniveau varieert van wijkziekenverzorgende IG niveau 3 tot en met wijkverpleegkundige niveau 5. Omdat onverwachts de enige twee verpleegkundigen in de wijk niveau 4 uitvielen hebben in totaal drie wijkverpleegkundigen, twee verpleegkundigen niveau 4 en vier wijkziekenverzorgenden IG niveau 3 deelgenomen. Hun werkervaring binnen Buurtzorg Wijchen varieert van twee jaar tot tien jaar. De respondenten werken tussen de 10 en 32 uur per week bij Buurtzorg Wijchen.

4.2 Samenvatting resultaten

In onderstaande tabel worden de thema's met bijbehorende subthema's weergegeven. Daarnaast wordt in het kort het resultaat weergegeven.

Thema	Subthema
Algemene ervaringen	- Werkervaring - Ervaring met BRMO's - Huidige richtlijn onbekend
Persoonlijke factoren	- Kennis - Houding ten opzichte van beschermende maatregelen - Ondernomen stappen bij cliënt met BRMO
Basishygiëne	Bevorderend - Belang van basishygiëne Belemmerend - Teamafspraken met betrekking tot basis hygiëne - Dragen van sieraden & dienstkleding - Kennis met betrekking basishygiëne
Externe factoren	Bevorderend - Cultuur op teamniveau - Samenwerking op teamniveau - Handelswijze bij onduidelijkheden - Beschermende middelen Belemmerend - Aandachtsveld BRMO - Richtlijn Vilans - Teamafspraken
Disciplines	Bevorderend - Samenwerking fysiotherapie - Contact leggen met betrokken disciplines Belemmerend - Samenwerking huisarts - discipline informeren - Beschermende maatregelen fysiotherapeut
Richtlijn GGD	- Werkbaarheid - Plus- en minpunten - Vergelijking huidige richtlijn
Implementeren richtlijn	- Wat heeft het team nodig?

Tabel 5: Thema's en subthema's

4.3 Uitwerking resultaten Buurtzorg

4.3.1 Algemene ervaringen

Zeven respondenten hebben ervaring met BRMO's. De BRMO's waarmee de respondenten in aanraking zijn geweest zijn MRSA en VRE. De overige respondenten hebben geen enkele ervaring met BRMO's. Daarnaast gaven twee respondenten aan bekend te zijn met de richtlijn 'Beschermende maatregelen', één respondent heeft de richtlijn lang geleden eens globaal doorgelezen. Zes respondenten gaven aan de richtlijn niet te herkennen.

'Ja wel eens globaal doorgelezen, echt bekend ermee dat ben ik niet.' [R280]

4.3.2 Persoonlijke factoren

Omdat de resultaten uit persoonlijke factoren niet geheel te onderscheiden zijn in bevorderende en belemmerende factoren is gekozen om binnen dit thema de resultaten niet uit te werken in bevorderende- en belemmerende factoren maar in subthema's.

Kennis

De meerderheid van de respondenten is zich bewust van het eigen kennisniveau. Vijf respondenten vinden dat zij meer verdieping nodig hebben in BRMO's. Hierbij wordt aangegeven dat het nodig is om de kennis omtrent BRMO's binnen de teams op te frissen. De betreffende respondenten geven aan dat het lang geleden is dat er voor het laatst een cliënt met BRMO in zorg is geweest, wat overigens geldt voor alle teams. Een voorbeeld wat genoemd is door twee respondenten is dat zij alles[5] aan beschermende middelen aantrekken, indien zij op korte termijn geen informatie kunnen vinden. Als gekeken wordt naar de kennis geeft een andere respondent aan dat haar kennis omtrent BRMO's vergroot is nadat een collega, met ervaring in de intramurale setting, haar meer attent heeft gemaakt op de handelswijze.

'Als iemand een bacterie heeft dan bescherm ik mezelf gewoon heel goed. En dan niet alleen handschoenen ofzo, maar nee dan is het gewoon alles aan.' [R420]

Houding ten opzichte van beschermende maatregelen

Enkele respondenten geven aan dat het dragen van een beschermende schort afstand creëert. Overigens vinden zij dit geen reden om geen beschermende schort te dragen. Door andere respondenten is benoemd dat zij maar net moeten weten dat bij een bepaalde bacterie beschermende maatregelen nodig zijn.

'Nee maar ook, jeetje dat dat allemaal moet qua kleding.' [R110]

Tijdens de interviews is vier keer naar voren gekomen dat het gebruik van beschermende middelen als belastend wordt ervaren. Met name over het weghangen van de schort was veel discussie. Er is benoemd dat het zonde is om een schort na 24 uur volgens richtlijn weg te gooien indien er maar eenmaal daags zorg wordt geleverd.

*'Maar de schorten vind ik ook altijd zo'n verhaal. Wel of niet binnenstebuiten, wel of niet in de afvalzak, wel of niet... * lacht.' [R250]*

Door twee respondenten wordt aangegeven dat de hygiëne in de thuissituatie meer losgelaten wordt. Benoemd wordt dat het besmettingsgevaar minder groot is vergeleken met het ziekenhuis. Daarnaast vinden twee respondenten dat thuis een andere sfeer hangt dan in het ziekenhuis. Als gekeken wordt naar het dragen van handschoenen tijdens de zorg valt op dat collega's dit verschillend hanteren. Een enkele respondent geeft aan, buiten contact met lichaamsvloeistoffen, niet met handschoenen te kunnen werken. Een andere respondent

[5] Mond-neusmasker, handschoenen, beschermende gele schort

heeft aangegeven dat het al dan wel of niet dragen van handschoenen een proces van gewenning kan zijn.

'…als iemand toevallig over mijn voet of hand heen plast dan pech, als ik aan het wassen ben moet ik kunnen voelen of ik oneffenheden voel of wat dan ook en die handschoenen zijn vaak dusdanig belemmerend dat ik dingen dan niet voel.' [R530]

Ondernomen stappen bij cliënt met BRMO
De stappen die worden ondernomen indien er acuut een cliënt met BRMO in zorg zou komen zijn verschillend. Acties die genoemd worden zijn het opzoeken van informatie op het Buurtzorgweb, de richtlijn BRMO binnen Buurtzorg zoeken of instructies opvragen bij het desbetreffende ziekenhuis waar de cliënt vandaan komt. Daarnaast geven enkele respondenten aan dat er gezocht wordt naar de WIP-richtlijn op het internet. Verschillende respondenten laten weten dat zij met vragen terecht kunnen bij een collega uit het team. Als het tijdens de ondernomen stappen gaat over protocollen en/of richtlijnen geven vijf respondenten aan dat zij het ziekenhuisprotocol opvolgen wanneer een protocol vanuit het ziekenhuis wordt meegegeven aan de cliënt met (verdenking van) een BRMO. Eén van deze vijf respondenten zou hem vergelijken met de richtlijn binnen Buurtzorg. De meerderheid van de respondenten geeft aan het ieder zijn eigen verantwoordelijkheid te vinden om de richtlijn op te volgen.

4.3.3 Basishygiëne
Hieronder volgen de bevorderende en belemmerende factoren gericht op het handelen omtrent BRMO's.

Bevorderende factoren
Als er naar de resultaten gekeken wordt gericht op basishygiëne komt ter sprake dat iedereen basishygiëne belangrijk vindt. Bij ongeveer de helft van de respondenten is ter sprake gekomen dat er veel handen wordt gewassen rondom de zorg van cliënten. Elke respondent geeft aan een flacon desinfectans bij zich te hebben tijdens een dienst Overige antwoorden van respondenten die gedurende het afnemen van de interviews eenmalig naar voor kwamen is de mening dat gelnagels écht niet kunnen in de zorg, dat dienstkleding wordt gedragen om bacteriën in de privésituatie weg te houden en dat een horloge wordt afgedaan tijdens de zorgmomenten bij de cliënt thuis.

'…maar ik denk dat wij ons op dienstkleding en op sieraden nog wel wat kunnen verbeteren.' [R420]

Belemmerende factoren
Twee respondenten geven aan dat de hygiëne beter kan en vinden de basishygiëne op dit moment slecht. Hierop aansluitend wordt aangegeven dat de afspraken rondom basishygiëne beter kunnen. Twee respondenten geven aan dat sieraden worden afgedaan tijdens een dienst. Zeven respondenten geven aan weleens sieraden of nagellak te dragen. Voornamelijk ringen wordt vaak genoemd.

'Laatst stond er weer op het web dat nagellak niet mocht. Maar ja anno 2018… en ik hou er zelf een goede hygiëne op na, tenminste dat vind ik.' [R250]

Vijf respondenten die sieraden omhouden tijdens de zorg geven aan dat zij op de hoogte zijn dat sieraden niet mogen. Alle respondenten geven aan dat er geen specifieke afspraken zijn omtrent het dragen van sieraden en nagellak. Eén respondent geeft hierbij aan dat de afspraken voor zich spreken. Het is namelijk een van de eerste afspraken tijdens de opleiding die je meekrijgt.

'Ik zou denken ja die afspraak is er gewoon dat is gewoon een van de dingen die je leert in je opleiding. Dat dat gewoon een van de meeste overbrengers zijn.' [R910]

Daarnaast wordt door enkele respondenten aangegeven dat de afspraken vastliggen in het protocol met betrekking tot hygiëne binnen Buurtzorg. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat iedereen zelf verantwoordelijk is voor het opvolgen van hygiëneregels. Respondenten geven als reden aan dat zij dit al heel lang doen, dat zij er aan gehecht zijn of dat zij alleen gladde ringen dragen. Respondenten weten van collega's dat er weleens sieraden gedragen worden.

'…maar trouwringen en dat soort dingen kunnen wel, als er maar niet van die grote stenen op zitten dan wordt daar niks mee gedaan, het ziekenhuis is daar net iets strenger op.' [R530]

Opvallende resultaten zijn overigens dat een enkele respondent niet weet of zij binnen Buurtzorg Wijchen mondneusmaskers tot hun beschikking hebben. Wat als laatste benoemd wordt is dat het dragen van korte mouwen seizoensgebonden kan zijn. Hierdoor is het onduidelijk of bij een cliënt met (verdenking van) een BRMO, volgens richtlijn, korte mouwen gedragen wordt.

4.3.4 Externe factoren

Binnen de externe factoren worden de resultaten op team- en organisatieniveau weergegeven met betrekking tot het handelen omtrent BRMO's

Bevorderende factoren

Alle respondenten ervaren een open cultuur binnen het team. De meerderheid van de respondenten durven collega's aan te spreken op het handelen. Zij geven aan dat er binnen het teamoverleg de mogelijkheid is om collega's hierop te wijzen. Een bevorderende factor voor het aanspreken van collega's is het maken van teamafspraken aldus drie respondenten.

'…ja dat is sowieso binnen kleine teams denk ik veel makkelijker dat je elkaar kan aanspreken dan dat je met 20/25 man bent.' [R110]

De samenwerking binnen het team wordt door alle respondenten als positief ervaren. Respondenten geven aan dat zij met vragen terecht kunnen bij collega's. Daarnaast wordt door vijf respondenten aangegeven dat zij met vragen contact opnemen met het ziekenhuis of de huisarts. Twee andere respondenten vertellen dat zij met vragen contact opnemen met de GGD. Dit is naar aanleiding van het interview omtrent BRMO's georganiseerd door GGD Gelderland-Zuid in het kader van GAIN. In het kader van beschermende maatregelen is binnen de teams de afspraak dat materialen altijd op voorraad aanwezig zijn. Eén vaste collega is verantwoordelijk voor de voorraad. Als laatste maakt de organisatie medewerkers attent op de afspraken rondom handhygiëne. Zo liet een respondent een bericht rondom hygiëne zien op het Buurtzorgweb dat kortgeleden geplaatst was.

'… maar voorlopig kunnen er nog minstens twintig mensen met MRSA komen en dan zijn we nog niet door onze voorraad heen, dus er is goed gezorgd dat het er was.' [R530]

Belemmerende factoren

Uit de resultaten komt naar voren dat het onduidelijk is of er binnen Buurtzorg een aandachtsvelder gericht op BRMO is. Twee respondenten denken dat er binnen Buurtzorg een aandachtsvelder is.

'Waarschijnlijk zal er ook wel ergens een aandachtsvelder beschermende maatregelen bij resistente bacteriën zijn die je zou kunnen benaderen, maar ik zou zo geen naam kunnen noemen, zo van dat is die en die.' [R910]

Een andere respondent vertelt dat er binnen Buurtzorg Wijchen geen aandachtsvelder gericht op BRMO is.
Als het gaat over richtlijnen wordt er vanuit gegaan dat iedereen dezelfde richtlijn hanteert. Eén respondent geeft aan dat ze strikt beginnen in het opvolgen van een richtlijn, maar dat er later in het proces zelf 'regels' gemaakt worden. Indien meer informatie over de risicofactoren bekend zijn, zou dit het handelen kunnen verbeteren geeft deze respondent aan. Twee respondenten zouden collega's niet aanspreken op sieraden of lange nagels. Er is benoemd dat er met vesten aan gewerkt wordt. Per team kunnen de afspraken hierover verschillen.

'Elk team werkt zelfsturend en daar liggen mogelijk de afspraken bij alle drie de teams heel anders dan. Het is een eenheid zonder een eenheid te zijn.' [R530]

4.3.5 Disciplines

Tijdens het afnemen van de interviews is door de onderzoekers gevraagd hoe de samenwerking met fysiotherapeuten en huisartsen ervaren wordt. De samenwerking wordt verschillend ervaren. Hieronder de bevorderende en belemmerende factoren omtrent samenwerking gericht op het handelen bij BRMO's.

Bevorderende factoren
De algemene samenwerking met fysiotherapeuten wordt door de meerderheid van de respondenten als positief ervaren. De reden die hiervoor benoemd wordt is dat zij op dezelfde locatie als Buurtzorg gevestigd zijn, waardoor sneller overleg plaatsvindt.
Met betrekking tot de overige disciplines geven de respondenten aan dat er via het schriftelijke cliëntendossier contact is met de disciplines. Aan de hand van dit dossier kan een discipline bijzonderheden inzien.

'Ik voel me nooit heel verlegen om anderen te benaderen, ja dat ervaren ze juist als heel prettig is mijn ervaring.' [R790]

Belemmerende factoren
De samenwerking met huisartsen wordt verschillend ervaren. Aangegeven wordt dat de ene huisarts erg betrokken is en dat bij de andere huisarts veel initiatief ondernomen moet worden door Buurtzorg. Een voorbeeld dat gegeven wordt, is dat een respondent zelf kweken heeft ingezet waarbij zij zelf meerdere malen achter de uitslag aan moest bellen. Dit wordt niet als positief ervaren. Daarnaast vertelden vier respondenten dat huisartsen niet altijd beschermende maatregelen nemen bij een cliënt met BRMO in de thuissituatie.

'…maar ik heb geen idee wat voor maatregelen hun moeten nemen. Want ik heb altijd het idee dat wij schorten en alles aantrekken bij contactisolatie, maar als de huisarts komt dan doet hij niks aan.' [R280]

'…en dan denk ik ook bij mezelf: ik zit me hier elke dag helemaal in te pakken en in het zweet te werken en hun wassen onderhand nog niet eens de handen als ze weg gaan' [R340]

Buurtzorg gaat ervan uit dat een huisarts altijd op de hoogte is van een BRMO. Overigens kan geen enkele respondent met zekerheid zeggen wie de fysiotherapeut op de hoogte brengt. Eén respondent denkt dat de EVV'er verantwoordelijk is om een fysiotherapeut op de hoogte te brengen. Een andere respondent denkt dat dit de verantwoordelijkheid is van de medewerker die dienst heeft wanneer de cliënt in zorg komt. Indien het op de hoogte brengen van andere disciplines in het zorgplan wordt opgenomen, zouden de respondenten andere disciplines op de hoogte brengen. Wat duidelijk naar voren komt is dat de respondenten het een taak van Buurtzorg vinden om de fysiotherapeut op de hoogte te

brengen. Hierbij zet de meerderheid hun vraagtekens bij het feit of het op dit moment ook gebeurd én of er altijd aan gedacht wordt.

'…maar of ik daar toen meteen aan dacht om de fysio te benaderen weet ik niet, zou wel moeten.' [R910]

Als laatste geven alle respondenten aan niet te weten welke beschermende maatregelen de fysiotherapeut aantrekt. Ook weten zij niet welke beschermende middelen voor de fysiotherapeut van belang zijn.

4.3.6 Richtlijn GGD

De onderzoekers hebben de richtlijn 'Infectiepreventiemaatregelen Bijzondere Micro-Organismen (BRMO) in de thuiszorg' van GGD Gelderland-Zuid aan alle respondenten voorgelegd. Er is gevraagd naar de plus- en minpunten met betrekking tot werkbaarheid in de praktijk en met betrekking tot de richtlijn 'Beschermende maatregelen'.
Twee respondenten geven aan dat zij de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid duidelijker vinden dan de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. De overige respondenten geven aan dat de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid overzichtelijk is, maar niet van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' af willen. De reden dat zij niet van deze richtlijn af willen is omdat naast BRMO's ook bacteriën zoals het Noro-virus en influenza hierin beschreven staan. Daarnaast wordt aangegeven dat zij in een oogopslag zien welke beschermende middelen tot een bepaalde bacterie behoren. De pluspunten die genoemd zijn met betrekking tot de werkbaarheid van de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid is dat er meer achtergrondinformatie in staat, zoals de instructies voor het weghangen van het beschermende schort. Daarnaast wordt benoemd dat deze richtlijn helder is, dat er geen informatie ontbreekt en dat het op teamniveau toepasbaar zou zijn. Zeven respondenten geven aan een combinatie van beide richtlijnen als voorkeur te hebben.

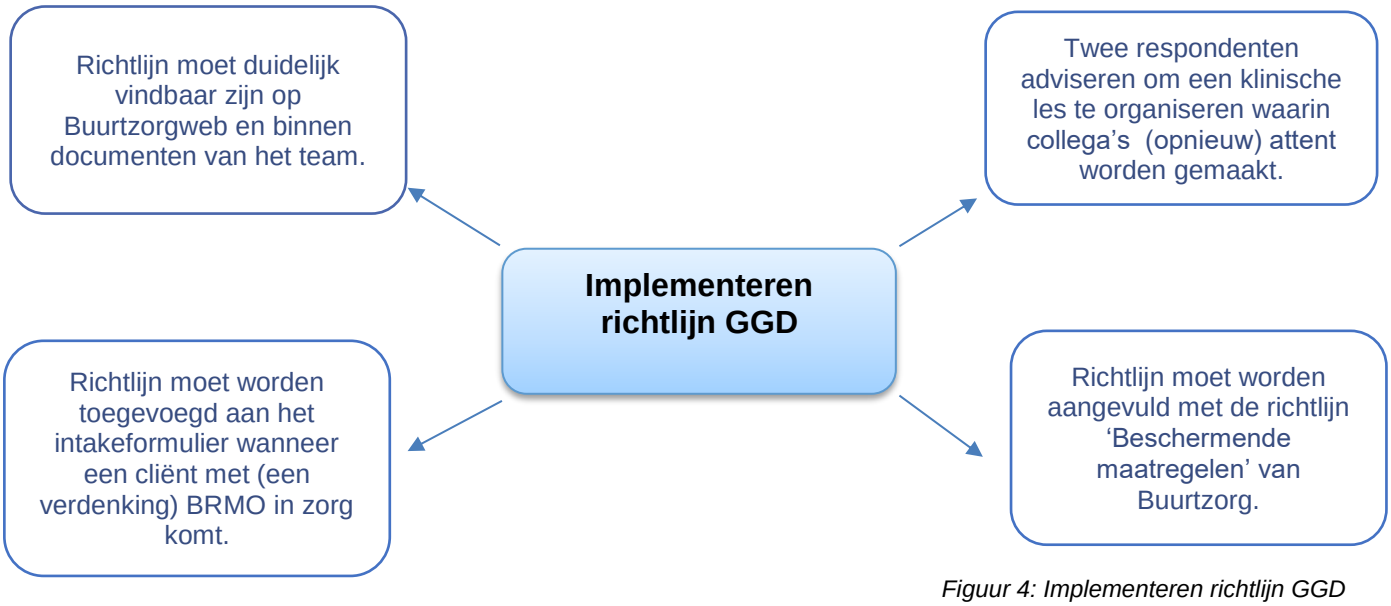
'Dit is gewoon helder, check up dit hebben we nodig (Vilans). En dit is dan een aanvulling over hoe of wat (GGD).' [R110]

Het enige minpunt van de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid dat genoemd werd, is dat de tekst nog wat compacter zou mogen. Een tabel leest men sneller dan een stuk tekst, aldus een respondent.

4.3.7 Implementeren richtlijn GGD

Wanneer de respondenten enthousiast reageerden op het toepassen van de richtlijn 'Infectiepreventiemaatregelen Bijzondere micro Organismen (BRMO) in de thuiszorg' is gevraagd wat nodig zou zijn om de richtlijn te kunnen implementeren binnen het team. De resultaten die vanuit verschillende individuele respondenten naar voren komen zijn hieronder weergegeven.

'Dat als er een cliënt in zorg komt dat je niet eerst nog een uur moet zoeken voordat je alle documenten bij elkaar hebt.' [R340]



Figuur 4: Implementeren richtlijn GGD

4.4 Uitwerking resultaten fysiotherapeuten

4.4.1 Demografische gegevens

De twee geïnterviewde fysiotherapeuten zijn man en hebben minstens tien jaar werkervaring binnen de fysiotherapie. Beide praktijken zijn gevestigd te Wijchen.

4.4.2 Uitkomsten interview fysiotherapie

Beide fysiotherapeuten hebben ervaring met BRMO. Eén van de fysiotherapeuten heeft alleen ervaring met BRMO in het buitenland. Beiden zouden bij een cliënt met BRMO als eerste contact opnemen met de huisarts. Eén fysiotherapeut twijfelt hierbij om Buurtzorg als eerste te benaderen. Vanuit de praktijk is er geen richtlijn aanwezig. Daarnaast komt het nauwelijks aan bod in de opleiding Fysiotherapie, wordt aangegeven. Eén fysiotherapeut geeft hierbij aan dat hij geen idee heeft wat te doen bij een BRMO. De fysiotherapeut vraagt zich af of hij altijd geïnformeerd wordt. Indien hij niet geïnformeerd wordt zou hij niet weten dat er beschermende maatregelen ingezet moeten worden. Beiden gaan er vanuit dat Buurtzorg goede informatie kan verstrekken omtrent het handelen bij een cliënt met (verdenking van) een BRMO.

'…daarnaast zou ik kijken wat er al rondloopt aan verzorging en dan zou ik het daar denk ik aan vragen, van wat ik ermee moet en wat ik er mee kan.' [F40]

Daarnaast is het onderwerp hygiëne ter sprake gekomen. Binnen één praktijk zijn vaste regels omtrent handhygiëne. Bij de andere praktijk is dit niet het geval. Het is ieder zijn eigen verantwoordelijkheid waarbij er vanuit wordt gegaan dat handhygiëne na elke cliënt toegepast wordt. Op de locaties van de fysiotherapiepraktijken zijn op dit moment, naast handschoenen en desinfectans, geen beschermende middelen aanwezig.

'… daar hebben wij geen afspraken over. Iedereen is eigenlijk een beetje verantwoordelijk voor zichzelf. Maar goed het is wel een goed thema om een keer te bespreken.' [F20]

Als gekeken wordt naar het contact tussen fysiotherapeuten en Buurtzorg laten de resultaten zien dat er op dit moment oppervlakkig contact is. Alleen bij problematiek of een complexe situatie wordt contact opgenomen. Het contact verloopt op dit moment voornamelijk via schriftelijke cliëntendossiers en telefonisch. Voor beide fysiotherapeuten is het wenselijk om meer contact te hebben met Buurtzorg, zowel in het algemeen als op het gebied van BRMO's. Beiden staan open voor een samenwerkingsverband om de samenwerking te

verbeteren. Hierin geeft één fysiotherapeut aan de medewerkers van Buurtzorg advies te willen geven over de werkhouding.

'Dat versterkt elkaar alleen maar. Daar schort het aan in de zorg, dit soort interacties tussen alle lijntjes. Maakt het makkelijker bespreekbaar zodat de zorgverlening naar de patiënt kwaliteit wint.' [F20]

Daarnaast is door de onderzoekers uitleg gegeven over GAIN. Beiden hebben interesse om deel te nemen mits zij niet het voortouw hoeven te nemen. Zij zien het zitten om meer informatie omtrent BRMO's te ontvangen door middel van goede samenwerking met disciplines.

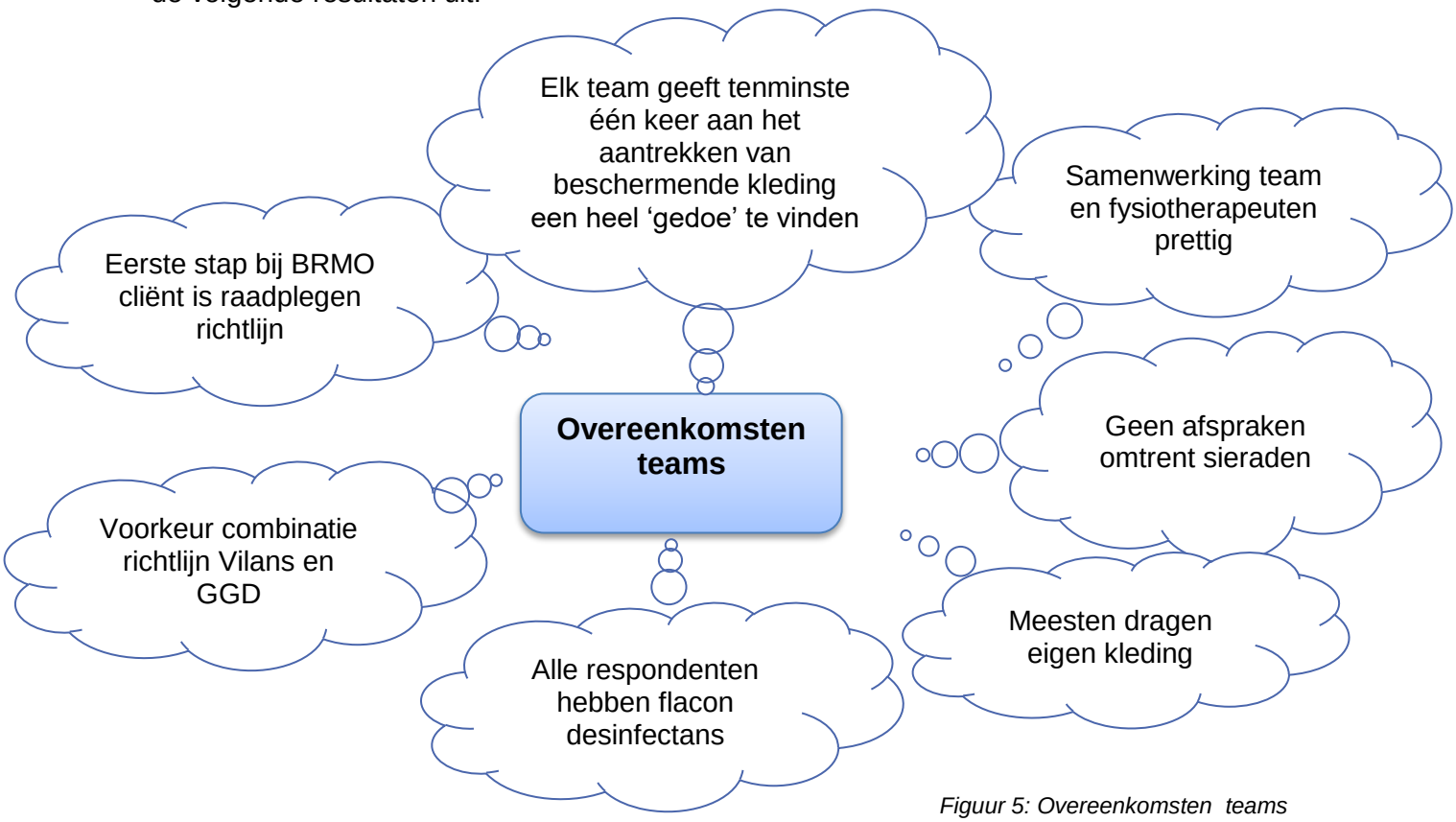
'Ze moeten vanuit GAIN maar komen met een voorstel als het hout snijdt. Snap je, we zitten als het ware al in heel veel organisaties. We willen ons er wel bij aansluiten maar dan moet iemand de gevolgen lijn uitstippelen.' [F20]

4.5 Vergelijking resultaten teamniveau

Hieronder volgen kort de overeenkomsten en verschillen op teamniveau.

Teamniveau

Als gekeken wordt naar de overeenkomsten in uitkomsten tussen de drie teams komen daar de volgende resultaten uit:



Figuur 5: Overeenkomsten teams

Kijkend naar de uitkomsten binnen de drie teams zijn de volgende verschillen waargenomen:

- Binnen team 3 wordt het contact met de huisarts als prettig ervaren in tegenstelling tot team 1 en 2 waar dit contact als minder wordt ervaren. De respondenten geven aan zelf veel achter uitslagen aan te moeten bellen.

- Binnen team 3 sluiten fysiotherapeuten weleens aan bij een overleg, binnen de andere teams is dit hoogstens tijdens een MDO[6].
- Alleen binnen team 3 zijn twee respondenten bekend met de richtlijn ‘Beschermende maatregelen’. De overige respondenten zijn hier niet bekend mee, of hebben de richtlijn globaal doorgelezen voor aanvang van het interview.
- Als het gaat over het aanspreken van collega’s op gedrag of afspraken wordt binnen team 2 aangegeven dat zij dit niet altijd doen. Binnen de andere teams wordt aangegeven dat zij dit wel zouden doen.
- Overigens wordt enkel binnen team 1 niet genoemd dat er ‘paniek’ uitbreekt wanneer er acuut een cliënt met (verdenking van) een BRMO in zorg komt.

[6] Multidisciplinair overleg

5. Discussiepunten

In dit hoofdstuk worden, na korte beantwoording van de onderzoeksvraag, de resultaten kritisch vergeleken aan de hand van de eerder beschreven literatuur. Daarnaast wordt ingegaan op de sterke punten en beperkingen gericht op de methode. Tot slot worden de generaliseerbaarheid en praktische toepasbaarheid beschreven.

5.1 Discussie van resultaten

5.1.1 Vergelijking resultaten met literatuur

De onderzoekvraag luidt als volgt: *'Hoe wordt de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën, door de medewerkers, nageleefd binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen bij zorgvragers met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie?'*
Een beknopt antwoord op de onderzoeksvraag is dat de richtlijn niet consequent wordt nageleefd door de drie teams van Buurtzorg Wijchen. Er is ook in beeld gekomen dat de algemene basishygiëne niet optimaal wordt nageleefd. Kennistekort en houding spelen hierbij een rol.

Persoonlijke factoren
Op de vraag waar respondenten de informatie opzoeken omtrent BRMO's wordt veelal aangegeven dat zij meer verdieping nodig hebben om op dit gebied hun kennisniveau te verhogen. De respondenten vertellen dat zij momenteel te weinig kennis hebben om te weten welke beschermende middelen ingezet moeten worden en dat zij hiervoor eerst naar informatie moeten zoeken. Lindberg et al. (2011) zeggen hierover dat zorgverleners die meer kennis hebben omtrent BRMO's over het algemeen meer aandacht besteden aan de verantwoordelijkheid om de verspreiding te beperken. Het op peil brengen van kennis en gedrag omtrent BRMO's wordt dan ook als een belangrijke factor gezien om de eigen verantwoordelijkheid te versterken.
Wat binnen de literatuur wordt aangegeven is dat het management van de organisatie verantwoordelijk is om deze verbeteringen tot stand te brengen (Lindberg et al., 2011). Binnen Buurtzorg is echter sprake van zelfsturende teams waarin de verantwoordelijkheid hiervan binnen de teams ligt. Elk team is dan ook zelf verantwoordelijk om deze verbeteringen tot stand te brengen. Een regiocoach kan eventueel ingeschakeld worden bij vragen of problemen (Buurtzorg Nederland, 2018a).

Basishygiëne
Vrijwel alle respondenten hebben aangegeven dat zij wel eens sieraden en/of nagellak dragen tijdens de zorgmomenten. De meerderheid hiervan geeft aan op de hoogte te zijn van de regels wat betreft het niet mogen dragen van sieraden en nagellak in de zorg. Het onderzoek van While (2016) laat zien dat verpleegkundigen werkzaam in de wijk een grote verantwoordelijkheid hebben om zorgvragers te beschermen tegen BRMO's. Echter wordt er binnen Buurtzorg Wijchen aangegeven dat de regels rondom basishygiëne niet consequent worden opgevolgd. De resultaten laten zien dat alle respondenten de basishygiëne wel degelijk belangrijk vinden, maar dat hierover geen vaste teamafspraken zijn gemaakt. M. van Mourik (persoonlijke communicatie, 6 maart 2018), deskundige infectiepreventie binnen GGD Gelderland-Zuid, heeft aangegeven dat de basishygiëne een van de belangrijkste handelingen is in het voorkomen van verspreiding van BRMO's.

Externe factoren
Als gekeken wordt naar de redenen waarom de richtlijn niet wordt opgevolgd is door respondenten genoemd dat zij de richtlijn niet herkennen en dat er een tekort aan overeenstemming is. Daarnaast is er een tekort aan disciplinaire samenwerking en zijn er organisatorische beperkingen zoals het niet snel kunnen vinden van de richtlijn.
Deze resultaten komen overeen met het artikel van Fischer et al. (2016). In het artikel zijn op basis van persoonlijke factoren, externe factoren en richtlijn gerelateerde factoren de

belemmeringen omschreven met betrekking tot het naleven van richtlijnen door zorgverleners. Ook hier wordt aangegeven dat het niet snel kunnen vinden van de richtlijn, het niet bekend zijn met de richtlijn en een niet eenduidige werkwijze met betrokken disciplines belemmerende factoren zijn voor het opvolgen van de richtlijn. De meerderheid van de respondenten is zich er van bewust dat hier verandering in moet komen. Enkele voorbeelden om deze verandering te stimuleren zijn het organiseren van klinische lessen en het opzetten van een stuurgroep. Binnen het artikel worden onder andere deze technieken benoemd om de richtlijn goed neer te zetten binnen een organisatie.

5.2 Discussie van methode

5.2.1 Sterke punten

Voorafgaand aan de interviews is door de onderzoekers een interviewguide opgesteld en voorgelegd aan de opdrachtgever en de docentbegeleider. Door middel van een proefinterview is door de onderzoekers getest of de opgestelde topics voldoende aan bod kwamen. Het semigestructureerde design van de interviews heeft ervoor gezorgd dat respondenten de kans kregen om eigen ideeën in te brengen. Hierdoor toonde de onderzoekers aan dat zij open stonden voor nieuwe thema's. Het doel hiervan is om tijdens een interview diepgaandere vragen te stellen om de informatie gedetailleerder te verkrijgen. Hierdoor is nieuwe informatie ontstaan (Bakker & Van Buuren, 2014).

Om de betrouwbaarheid te vergroten hebben de onderzoekers gebruik gemaakt van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Bakker & Van Buuren, 2014). Beide onderzoekers hebben, van de eerste drie interviews, de getranscribeerde data afzonderlijk van elkaar gecodeerd. Na afloop van elk getranscribeerd interview zijn de onderzoekers in overleg gegaan. Bij verschillen in subthema of label is een discussie gestart waarin, na goed overleg, hetzelfde subthema en/of label gehanteerd is. Dit heeft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vergroot doordat de interviews op eenzelfde manier beoordeeld zijn (Bakker & Van Buuren, 2014). Na het derde interview zijn weinig tot geen verschillen meer waargenomen waarna de onderzoekers er voor hebben gekozen de overige interviews apart van elkaar te coderen.

Beide onderzoekers hebben zich gehouden aan de opgestelde structuur tijdens afname van de interviews. Bij elk interview waren beide onderzoekers aanwezig. Door de onderzoekers is op dezelfde aspecten gelet waardoor de interviews op eenzelfde wijze gehanteerd zijn. Een voorbeeld hiervan is dat zij de rollen van interviewer en observator afgewisseld hebben om beïnvloeding van persoonlijke factoren te voorkomen. Dit heeft de betrouwbaarheid binnen dit onderzoek vergroot (Bakker & Van Buuren, 2014). Tot slot konden de onderzoekers op deze manier interpretaties, indien verschillend, onderling bespreken.

Als laatste zijn stonden privacy en anonimiteit voorop tijdens de afname van de interviews. Er is voor gekozen om de interviews in een aparte ruimte af te nemen. Op deze manier hebben de onderzoekers geprobeerd een veilige omgeving te creëren om vrijuit te kunnen spreken, zonder dat respondenten er op aan worden gekeken door aanwezige collega's.

5.2.2 Beperkingen

De onderzoekers hadden weinig ervaring met het houden van semigestructureerde interviews. Dit maakt dat, voornamelijk tijdens de eerste interviews, gesloten vragen zijn gesteld indien er weinig respons kwam vanuit de respondent. Ook kwamen de onderzoekers er tijdens het transcriberen achter dat op sommige momenten meer doorgevraagd had kunnen worden. Een oorzaak hiervoor is onder andere de tijdsdruk die de onderzoekers voelden bij enkele respondenten door werk gerelateerde omstandigheden. Mogelijk missen de onderzoekers hierdoor verduidelijking rondom een thema, waardoor sommige antwoorden op een andere manier geïnterpreteerd kunnen worden.

In eerste instantie wilden de onderzoekers member checks toepassen. Onder andere door tijdgebrek bij zowel de onderzoekers als de respondenten was er geen mogelijkheid om member checks te hanteren. Mogelijk kunnen resultaten hierdoor op een andere manier geïnterpreteerd zijn, wat de validiteit en betrouwbaarheid van de resultaten kan beïnvloeden. Ook zijn de interviews in een periode van drie weken gepland en afgenomen. Mogelijk geeft dit een vertekend beeld voor de resultaten vanwege onderling overleg tussen de respondenten. De onderzoekers hebben hier geen zicht op gehad.

Vanuit Buurtzorg kwam de vraag om, naast de medewerkers van team Wijchen, ook fysiotherapeuten te betrekken bij het onderzoek. Fysiotherapie Wijchen, gevestigd op dezelfde locatie als Buurtzorg Wijchen, wilde niet meewerken aan het onderzoek. Buurtzorg Wijchen heeft aangegeven het meest samen te werken met Fysiotherapie Wijchen. Antwoorden vanuit de respondenten, met betrekking tot fysiotherapeuten, kunnen hierdoor gebaseerd zijn op Fysiotherapie Wijchen terwijl er twee andere praktijken betrokken zijn bij dit onderzoek. De resultaten kunnen hierdoor een vertekend beeld geven.

Tot slot werd getracht om vanuit elk team drie medewerkers met elk een verschillend opleidingsniveau deel te laten nemen aan dit onderzoek om het zo representatief mogelijk te maken voor elk team. Door drukte en tijdgebrek bij de medewerkers uit team 2 is het de onderzoekers niet gelukt om dit te bereiken. Omdat gekozen is om binnen de kaders van één team te blijven heeft één extra wijkziekenverzorgende IG niveau 3 deelgenomen in plaats van een verpleegkundige in de wijk niveau 4, binnen team 2. Mogelijk zijn de resultaten hierdoor minder representatief en geeft dit vertekening binnen de resultaten.

5.2.3 Generaliseerbaarheid

Om de relevantie van dit onderzoek te vergroten is gekeken naar de generaliseerbaarheid van de uitkomsten binnen dit onderzoek. Hieruit komt naar voren dat de conclusie geldend is voor de medewerkers binnen Buurtzorg Wijchen. Indien respondenten uit een andere setting of organisatie deelnemen aan het onderzoek kunnen andere resultaten verkregen worden. De resultaten zijn om deze reden niet generaliseerbaar voor andere Buurtzorg teams en organisaties.

Echter is de verplaatsbaarheid van dit onderzoek groot. Het onderzoek kan binnen Buurtzorg en andere thuiszorgorganisaties uitgevoerd worden. Door de opgestelde topic list kan eenzelfde structuur gehanteerd worden tijdens het afnemen van de interviews.

Verder onderzoek moet aantonen hoe andere organisaties of teams omgaan met het naleven van de richtlijn omtrent BRMO. Hierbij speelt de ervaring met betrekking tot een cliënt met BRMO een rol. De resultaten laten zien dat respondenten over het algemeen weinig ervaring hebben met BRMO. Echter kan dit per doelpopulatie verschillen.
Als gekeken wordt naar de toename van BRMO's in de thuissituatie is het reëel om dit onderzoek bij andere thuiszorgorganisaties uit te voeren (Velsink, 2014). Op deze manier wordt, op grotere schaal, een beeld verkregen van onduidelijkheden omtrent BRMO's.

5.2.4 Praktische toepasbaarheid

Vanuit de GGD is door de onderzoekers de informatie verkregen dat binnen Nederland weinig onderzoek gedaan is naar BRMO's in de thuissituatie. Over het naleven van de richtlijn omtrent BRMO's is niet bekend of hier eerder onderzoek naar gedaan is. Dit onderzoek helpt mee aan het in kaart brengen van het naleven van de richtlijn omtrent BRMO's in de thuiszorg. Als gekeken wordt naar de praktische toepasbaarheid geven alle respondenten aan dat dit onderzoek een toegevoegde waarde heeft voor de praktijk. Vanuit verschillende invalshoeken (medewerkers van Buurtzorg, medewerkers van de GGD en fysiotherapeuten) hebben de onderzoekers veel positieve reacties gekregen over het belang van het onderzoek binnen thuisorganisaties. Alle medewerkers stonden dan ook open om

benaderd te worden voor dit onderzoek. Door middel van de opgestelde topic list en de geformuleerde aanbevelingen wordt dit onderzoek door de onderzoekers gezien als toepasbaar voor verder onderzoek. De resultaten van dit onderzoek zijn alleen toepasbaar voor de opgestelde doelpopulatie van Buurtzorg Wijchen.

6. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt een conclusie geformuleerd aan de hand van de resultaten en interpretatie met de literatuur. Er wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag met behulp van deelvragen. Allereerst wordt een antwoord gegeven op de bijbehorende deelvragen, gevolgd door het antwoord op de onderzoeksvraag binnen dit onderzoek.

Deelvragen:

- Hoe gaan de drie teams van Buurtzorg Wijchen en betrokken disciplines in de extramurale zorg om met de richtlijn 'Beschermende maatregelen'?

De meerderheid van de medewerkers geeft aan niet bekend te zijn met de richtlijn 'Beschermende maatregelen' terwijl een deel hiervan wel ervaring heeft met een cliënt met (verdenking van) een BRMO. Welke richtlijn zij raadplegen is niet geheel duidelijk omdat dit de enige richtlijn omtrent BRMO binnen Buurtzorg is. Wel kan geconcludeerd worden dat een ziekenhuisprotocol eerder wordt opgevolgd en bekeken dan de richtlijn 'Beschermende maatregelen' wanneer een cliënt met (verdenking van) een BRMO vanuit het ziekenhuis in zorg komt.

Kijkend naar de fysiotherapeuten volgen zij de richtlijn 'Beschermende maatregelen' niet op. Vanuit hun eigen vakgebied is geen richtlijn beschikbaar. Indien zij bij een cliënt met (verdenking van) een BRMO komen, worden mits de BRMO-status bij hen bekend is, de instructies vanuit de zorg opgevolgd. Zij verwachten dat de beschermende middelen bij de cliënt thuis aanwezig zijn. De fysiotherapeuten hebben niet alle beschermende maatregelen tot hun beschikking. Daarnaast verwachtten zij vanuit Buurtzorg dat zij informatie kunnen verstrekken omtrent de handelswijze en voorzorgsmaatregelen.

- Wat zijn binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen de bevorderende factoren voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'?

Op dit moment kan weinig geconcludeerd worden over de bevorderende factoren omtrent het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Er zijn te weinig respondenten bekend met deze richtlijn. Wat bevorderende factoren zijn omtrent het handelen naar de deze richtlijn is ten eerste dat alle medewerkers het belangrijk vinden om beschermende maatregelen te nemen. Daarnaast wordt de samenwerking binnen de teams als positief ervaren, bij onduidelijkheden vindt overleg plaats.

- Wat zijn binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen de belemmerende factoren voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'?

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat het naleven van de richtlijn verschillende belemmeringen kent. Ten eerste is bekend geworden dat de richtlijn niet door iedere medewerker gevonden wordt waardoor naleving lastig wordt. Daarnaast wordt door verschillende respondenten aangegeven dat de kennis omtrent BRMO's verbetert kan worden om voldoende op de hoogte te zijn van de (duur van) maatregelen die ingezet moeten worden.
De grootste belemmering omtrent het onderwerp antibioticaresistente bacteriën is het naleven van de basishygiëne, wat van belang is voor het opvolgen van de richtlijn.
Er kan geconcludeerd worden dat hier geen afspraken over zijn en dat de medewerkers van Buurtzorg Wijchen zich hier niet voldoende mee bezig houden.

- Welke overeenkomsten en verschillen in de naleving van de richtlijn zijn onderling zichtbaar als gekeken wordt naar de drie teams?

Er kan geconcludeerd worden dat er verschillende overeenkomsten te zien zijn binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen. Alle respondenten hebben als eerste stap aangegeven dat zij op zoek gaan naar een richtlijn indien er een cliënt met (verdenking van) een BRMO in zorg komt. Daarnaast wordt zowel de samenwerking binnen het team en met fysiotherapeuten als prettig ervaren. Als het gaat over de basishygiëne is bekend geworden dat geen van de teams vaste afspraken hebben omtrent BRMO, wel heeft iedereen een flacon desinfectans ter beschikking. Tot slot hebben de drie teams een voorkeur voor een combinatie richtlijn van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' en de richtlijn van GGD Gelderland- Zuid.

Kijkend naar de verschillen binnen de drie teams kan er geconcludeerd worden dat alleen binnen team 3 enkele medewerkers bekend zijn met de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Daarnaast wordt alleen binnen team 2 aangegeven dat collega's niet altijd aangesproken worden op gedrag en afspraken indien nodig. Tot slot kan geconcludeerd worden dat de samenwerking met de huisartsen binnen team 1 en 2 minder goed wordt ervaren in tegenstelling tot team 3 waar de samenwerking als positief ervaren wordt.

Onderzoeksvraag:
Hoe wordt de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën, door de medewerkers, nageleefd binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen bij zorgvragers met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie?

Dit onderzoek laat zien dat de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën binnen Buurtzorg Wijchen verschillend wordt nageleefd. Er wordt op dit moment weinig gebruik gemaakt van de richtlijn omdat maar een enkele respondent bekend is met de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Er wordt aangegeven dat een andere richtlijn van Buurtzorg wordt nageleefd. Echter heeft Buurtzorg Wijchen maar één richtlijn op het Buurtzorgweb staan. Respondenten maken gebruik van een ziekenhuisprotocol indien een protocol wordt meegegeven aan de cliënt met (verdenking van) een BRMO. Daarnaast geven enkele respondenten aan gebruik te maken van het internet. Er wordt via de WIP-richtlijn gezocht naar informatie.

7. Aanbevelingen

Aan de hand van de resultaten, discussie en conclusie komen in dit hoofdstuk achtereenvolgend de aanbevelingen voor de praktijk, onderzoek en onderwijs aan bod.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- Implementeren richtlijn GGD Gelderland-Zuid

De richtlijn wordt als positief ervaren door de medewerkers van Buurtzorg Wijchen. Aangeraden wordt om de richtlijn van GGD Gelderland-Zuid toe te voegen aan de richtlijn 'Beschermende maatregelen'. Deze combinatie zou ervoor moeten zorgen dat alle medewerkers de benodigde informatie tot hun beschikking hebben.
Om de richtlijn van de GGD te implementeren binnen Buurtzorg Wijchen wordt aanbevolen om de richtlijn te introduceren door middel van een klinische les. Tijdens de klinische les wordt achtergrondinformatie over BRMO gegeven. Daarnaast is het voor de medewerkers van belang dat de richtlijn makkelijk terug te vinden is op het Buurtzorgweb en binnen de documenten van het team.

- Regels omtrent basishygiëne

Om de richtlijn 'Beschermende maatregelen' op de juiste manier te gebruiken is goede basishygiëne van belang. Het is raadzaam om duidelijke afspraken te maken over basishygiëne en het hierop onderling aanspreken van elkaar. Aangezien de teams van Buurtzorg zelfsturend zijn en er geen controle is van een manager, is het van extra belang om consequenties te verbinden aan het niet opvolgen van gemaakte afspraken. Daarnaast wordt aanbevolen de richtlijn én regels omtrent hygiëne binnen de teams door te nemen, eventueel tijdens een teamoverleg.

- Samenwerking disciplines

Vanuit de fysiotherapeuten wordt een stuurgroep omtrent infectiepreventie als positief gezien. De stuurgroep is bedoeld om verschillende disciplines in een groep te plaatsen waarin overleg plaatsvindt omtrent infectiepreventie. Het doel hiervan is om de samenwerking en communicatie te bevorderen, onder andere door elkaar een keer in de zoveel tijd te zien. Hiermee kan een beeld gecreëerd worden van elkaars taken. Aanbevolen wordt dan ook om een stuurgroep op te zetten waarbij eventueel meerdere disciplines bij aan kunnen sluiten (denk aan een ergotherapeut, een diëtiste of een huisarts). Onderlinge afspraken moeten het aantal bijeenkomsten per jaar bepalen. Op deze manier kan advies gegeven worden om onduidelijkheden op te lossen.

In het theoretisch kader is uitleg gegeven over het samenwerkingsverband GAIN. Tijdens de interviews met de fysiotherapeuten is naar voren gekomen dat zij interesse hebben om hierbij aan te sluiten. Het wordt voor Buurtzorg aangeraden om aan te sluiten bij GAIN en hiervoor contact op te nemen met GGD Gelderland- Zuid. Hiermee wordt het contact met GGD en andere disciplines verbeterd. Op deze manier wordt informatie uitgewisseld die handig is op het gebied van antibioticaresistente bacteriën en infectiepreventie in het algemeen. Het doel van deze disciplinaire samenwerking is om de verspreiding van BRMO's binnen de algehele gezondheidszorg tegen te gaan.

- Opstellen stappenplan

Uit de resultaten is gebleken dat er verschillende handelswijze gehanteerd worden wanneer een cliënt met (verdenking van) een BRMO in zorg komt. Geadviseerd wordt om hier een stappenplan voor op te stellen. Voor het opstellen van het stappenplan wordt geadviseerd om in ieder geval de volgende stappen op te nemen:

- Instructie met betrekking tot het opzoeken van de richtlijn;
- Het op de hoogte stellen van betrokken disciplines;

- Nagaan of kweken, met betrekking tot BRMO, ingezet zijn;
- Eenduidig beleid over welke persoon of instantie te bereiken is bij onduidelijkheden.

Voornamelijk omdat antibioticaresistente bacteriën op dit moment niet veelvuldig voorkomen is een stappenplan van belang. Op deze manier kan gedacht worden aan alle benodigde handelingen en wordt gestreefd naar een identieke werkwijze. Eventueel kan voor het opstellen van het stappenplan gekeken worden of binnen andere teams van Buurtzorg stappenplannen aanwezig zijn.

7.2 Aanbevelingen voor onderzoek

- Evaluatieonderzoek

Het advies is om na drie cliënten met (verdenking van) een BRMO opnieuw onderzoek te doen naar het handelen omtrent BRMO's. Hiermee kan gekeken worden hoe de aanbevelingen geïmplementeerd zijn in de praktijk en hoe de aanbevelingen worden ervaren.

- Vervolgonderzoek disciplines

Daarnaast is het een aanbeveling om dit onderzoek toe te passen bij verschillende huisartspraktijken. De reden hiervoor is dat de samenwerking met huisartsen op dit moment erg verschillend wordt ervaren. Vanuit Buurtzorg Wijchen liggen veel vragen omtrent de handelswijze van huisartsen met betrekking tot BRMO. Het is voor Buurtzorg Wijchen onduidelijk waarom niet alle huisartsen beschermende kleding dragen.

- Onderzoek omtrent basishygiëne

Omdat de basishygiëne niet voldoende wordt nageleefd is het raadzaam om hier verder onderzoek naar te doen. Op deze manier krijgt Buurtzorg Wijchen inzicht in de bevorderende en belemmerende factoren zodat afspraken en regels opgesteld kunnen worden.

7.3 Aanbevelingen voor onderwijs

- Scholing: klinische les

Om de richtlijn te implementeren wordt geadviseerd om een scholing in de vorm van een klinische les te organiseren. Op deze manier worden de drie teams van Buurtzorg Wijchen (opnieuw) bekend met BRMO's in de wijk, de richtlijn van Vilans en de richtlijn van GGD. Een van de doelen is om het kennisniveau te verhogen en medewerkers meer inzicht te geven in risicofactoren omtrent BRMO's. Op deze manier streven de onderzoekers naar het creëren van meer bewustwording omtrent het huidige gedrag en houding. Er zou contact opgenomen kunnen worden met GGD Gelderland- Zuid om te overleggen wat zij hierin kunnen betekenen voor Buurtzorg Wijchen.

- Scholing Vilans

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat enkele medewerkers moeite hebben met het zoeken naar protocollen en richtlijnen binnen de vernieuwde omgeving van Vilans. Om de kwaliteit van zorg te waarborgen is het van belang dat protocollen en richtlijnen makkelijk te vinden zijn. Door middel van een scholing kan het systeem toegelicht worden zodat alle medewerkers de kans krijgen om hier meer bekend mee te raken. Aangeraden wordt om medewerkers de mogelijkheid te bieden om zich hier voor aan te melden.

Bronnen

Baarda, B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek.* Groningen/ Houten: Noordhoff Uitgevers BV.

Bakker, E. & Van Buuren, H. (2014). *Onderzoek in de gezondheidszorg.* Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Bakker, K. (2017). *'Resistente MRSA-bacterie rukt nu ook buiten ziekenhuizen op'.* Geraadpleegd op 5 maart 2018, van https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2201430-resistente-mrsa-bacterie-rukt-nu-ook-buiten-ziekenhuizen-op.html

Berends, A. (2016). Werkgroep Infectiepreventie (WIP) verdwijnt. Geraadpleegd op 5 maart 2018, van https://www.nursing.nl/werkgroep-infectiepreventie-wip-verdwijnt/

Berends, M., Meijer, B., Ott, A., & Vogels, W. (2017). *Overzicht bijzonder resistente micro-organismen (BRMO) 2013-2017.* Geraadpleegd op 27 februari 2018, van https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi0qZ7z1sXZAhUGJ1AKHUfUBJsQFghGMAI&url=https%3A%2F%2Fwww.certe.nl%2Fuploads%2Ffckconnector%2Fdf6af577-acba-55ff-a486-a901bbb4250d&usg=AOvVaw2jdOEJ1fDJriWfW91Hg0rI

Boeije, H. (2012). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Bours, d., Eliens, d., & Strijbol, d. (2009). *Effectief verplegen 0, handboek voor evidence based verpleegkundig handelen.* Dwingeloo: Kavanah.

Buurtzorg Nederland. (2018a). *Organisatie.* Geraadpleegd op 6 maart 2018, van https://www.buurtzorgnederland.com/organisatie/

Buurtzorg Nederland. (2018b). *Professionele wijkverpleging.* Geraadpleegd op 6 maart 2018, van https://www.buurtzorgnederland.com/zorg/

Fischer, F., Lange, K., Greiner, W., & Kraemer, A. (2016). Barriers and strategies in Guideline Implementation- A Scoping Review. *Healthcare, 4*(3), 1-16. https://doi.org/10.3390/healthcare4030036

Gezondheidsnet. (z.da.). *Antibiotica.* Geraadpleegd op 6 maart 2018, van https://www.gezondheidsnet.nl/bacterien/antibiotica

Gelre Ziekenhuizen (z.d.). *Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO).* Geraadpleegd op 15 maart 2018, van https://www.gelreziekenhuizen.nl/Gelreziekenhuizen/folders-MMI/BRMO-Bijzonder-Resistente-Micro-Organismen-(MMI-503).pdf

Gezondheidsnet. (z.db.) *Infecties, bacteriën (bacteriële infecties).* Geraadpleegd op 6 maart 2018, van https://www.gezondheidsnet.nl/ziekten/infecties-bacterien-bacteriele-infecties

GGD GHOR Kennisnet. (z.d.). *Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie (ABR).* Geraadpleegd op 12 maart 2018, van https://www.ggdghorkennisnet.nl/?file=37089&m=1510582198&action=file.download

Helsloot, I., & Van Steenbergen, J. (2015). *Infectieziektebestrijding.* Den Haag: Boom Juridische uitgevers.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2012). *Format voor schriftelijke rapportage van een zoekstrategie. Format* IVS Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Nijmegen: Planningsgroepen K&I en KWZ 2

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2017). *Gedragscode bij het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek met mensen.* Geraadpleegd op 23 maart 2018, van https://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/ethische-adviescommissie-onderzoek/_attachments/gedragscode_onderzoek_met_mensen_25-01-17.pdf

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (2018). *Informatievaardigheden - algemeen: 4: Zoekmethoden.* Geraadpleegd op 21 maart 2018, van http://libguides.studiecentra.han.nl/c.php?g=653875&p=4590876

Jong, J.T.E, de., Jüngen, IJ.D., Vries, D.J.M, de., & Zaagman-van Buuren, M.J. (2007). *Interne geneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2014). MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient–professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of Infection and Public Health, 7*(5), 427-435. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004

Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2011). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity andunderstanding of responsibility for infection control in Swedishregistered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 424-436. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (z.d.). *Wat is hygiëne?* Geraadpleegd op 7 maart 2018, van https://www.nvz.nl/hygienisch/wat-schoon/

Oldenkamp, C. (z.d.). *7 praktische tips voor hygiëne in de ouderenzorg.* Geraadpleegd op 14 maart 2018, van https://www.vilans.nl/artikelen/tips-hygiene-ouderenzorg

PubMed. (2018). *PubMed Help.* Geraadpleegd op 18 april 2018, van https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/#pubmedhelp.FAQs

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017). *Antibiotica: toen, nu en straks.* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten_Bulletin/Jaargang_28_2017/November_2017/Inhoud_november_2017/Antibiotica_toen_nu_en_straks

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.da.). *Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO).* Geraadpleegd op 15 februari 2018, van http://www.rivm.nl/Onderwerpen/B/BRMO

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2013). *Wat is antibiotica resistentie?* Geraadpleegd op 1 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Antibioticaresistentie/Antibioticaresistentie/Wat_is_antibioticaresistentie

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014a). *Animatie – Hoe ontstaat resistentie tegen antibiotica*. Geraadpleegd op 20 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2014/E

uropese_Antibioticadag/Animatie_Hoe_ontstaat_resistentie_tegen_antibiotica/Animatie_Hoe_ontstaat_resistentie_tegen_antibiotica

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2014b). *BRMO. Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), in het bijzonder carbapenemase producerende Enterobacteriaceae (CPE) Richtlijn.* Geraadpleegd op 14 maart 2018, van https://lci.rivm.nl/richtlijnen/brmo

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.db.). *Hygiëne.* Geraadpleegd op 7 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/H/Hygi_ne

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (z.dc.). *Informatie over WIP- richtlijnen.* Geraadpleegd op 7 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP/Informatie_over_WIP_Richtlijnen

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu. (2012). *Veelgestelde vragen VRE.* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Veelgestelde_vragen/Infectieziekten/Veelgestelde_vragen_VRE

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017a). *Ernst en impact antibioticaresistentie nog onbekend (interview).* geraadpleegd op 5 april 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/A/Antibioticaresistentie/Antibioticaresistentie/Ernst_en_impact_antibioticaresistentie_nog_onbekend

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2017b). *Werkgroep Infectie Preventie (WIP).* Geraadpleegd op 5 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Onderwerpen/W/Werkgroep_Infectie_Preventie_WIP

Rijksoverheid. (z.d.). *Antibioticaresistentie in de zorg.* Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/antibioticaresistentie-in-de-gezondheidszorg

Rijksoverheid. (2017a). *Europa maakt vuist tegen antibioticaresistentie.* Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/nieuws/2017/09/13/europa-maakt-vuist-tegen-antibioticaresistentie

Rijksoverheid. (2017b). *Hantekening tegen antibioticaresistentie.* Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/antibioticaresistentie/nieuws/2017/02/23/handtekening-tegen-antibioticaresistentie

Schreijer, A., Damen, K., Reusken, A., Laurent, C., Van der Gaag, J., De Greeff, S., . . . Bonten, M. (2017, 17 november). *Surveillance intensiveren en zorgnetwerken opzetten.* Geraadpleegd op 12 maart 2018, van https://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Uitgaven/Infectieziekten_Bulletin/Jaargang_28_2017/November_2017/Inhoud_november_2017/Surveillance_intensiveren_en_zorgnetwerken_opzetten

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2011). *Nieuwe cijfers kwetsbare alleenwonende ouderen.* Geraadpleegd op 27 februari 2018, van https://www.scp.nl/Nieuws/Oudere_nieuwsberichten/Nieuws_uit_2011/Nieuwe_cijfers_kwetsbare_alleenwonende_ouderen

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2015). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.

V&VN. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 Deel 3.* Geraadpleegd (OF gedownload?) op 15 februari 2018, van https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf

Van Laan, F. (z.d.). *Hoe lang werken antibiotica nog?* Geraadpleegd op 1 maart 2018, van https://npofocus.nl/artikel/7449/hoe-lang-werken-antibiotica-nog

Velsink. (2014). *Ernstige gezondheidsrisico's door langer thuis wonen.* Geraadpleegd op 27 februari 2018, van https://www.zorgwelzijn.nl/ernstige-gezondheidsrisicos-langer-thuis-wonen-1628545w/

Vilans. (z.d.). *Abonnement KICK- protocollen.* Geraadpleegd op 8 maart 2018, van https://www.vilans.nl/diensten/abonnement-kick-protocollen

Volksgezondheidenzorg.info. (z.d.). *Antimicrobiële resistentie (AMR) Regionaal & Internationaal.* Geraadpleegd op 1 maart 2018, van https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/antimicrobi%C3%ABle-resistentie-amr/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-antibioticaresistentie

While, A. (2016). 'No action today means no cure tomorrow': the threat of antimicrobial resistance. *British Journal of Community Nursing, 21*(7), 344-347. https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.7.344

Bijlagen

Bijlage 1: Zoekstrategieën

1.1 Zoekstrategie Pubmed

ZOEKSTRATEGIE **(Uitleg)**	**RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE** **(Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: **Vraagstelling/onderwerp**	Stap 1: *Wat zijn binnen team Wijchen de belemmerende factoren voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen'?*
Stap 2: **PICO formuleren**	Stap 2: PICO vraagstelling: *Wat zijn binnen team Wijchen (P) de belemmerende factoren (I) voor het naleven van de richtlijn 'Beschermende maatregelen' (O)?* P: Verpleegkundigen, verzorgenden I: Factoren, barrière C: - O: Het naleven van een richtlijn

Stap 3:
1. **Zoektermen formuleren op basis van de PICO:**
2. **Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen**
 	
3. **Beschrijf de zoektocht naar de MeSH termen search: allereerst MeSH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden**
 	
4. **Voer per MeSH term de search op PubMed uit Rapporteer het aantal hits (resultaten) per MeSH term (deze staat in PubMed in de history onder 'Advanced' en die kun je kopiëren) .**
	Stap 3.1 en 3.2:
	Gezocht in Engels woordenboek
	PICO in Engelse begrippen
	
	P: Nurses
	I: Factors, barrier
	C: -
	O: Guideline adherence
	
	Verwante termen:
	P: -
	I: Strategy
	C: -
	O: Guideline implementation, improvement.
	
	3.3:
	Gevonden MeSH termen en definities
	Gebruikte vrije termen
	P:
	- MeSH "Nurse" → 31 MeSH-termen
	  • Nurses: professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health.
	I:
	- MesH "Factors" → 758 MeSH- termen
	  • Geen passende MeSH- term gevonden.
	- MeSH "Barrier" → 129 MeSH- termen
	  • Vrije zoekterm: 155309 resultaten.
	- MeSH "Strategy" → 17 MeSH- termen
	  • Geen passende MeSH-term gevonden
	  • Vrije zoekterm: 404648 resultaten
	C: -
	O:
	- MeSH "implementation" → 8 MeSH- termen
	  • Geen passende MeSH- term.

	- MeSH “Guideline adherence” → 1 MeSH-term
	  • Guideline Adherence: Conformity in fulfilling or following official, recognized, or institutional requirements, guidelines, recommendations, protocols, pathways, or other standards.
	- MeSH “Quality improvement” → 1 MeSH-term
	  • Quality improvement: The attainment or process of attaining a new level of performance or quality.
	- MeSH “Guideline implementation” → 0 MeSH-termen
	  • Vrije zoekterm: 13317 resultaten.
	
	3.4:
	Aantal hits search
	  ▪ "Nurses"[Mesh]: aantal hits: 81856
	  ▪ “Guideline Adherence”[Mesh]: aantal hits: 27770
	  ▪ “Quality improvement”[Mesh]: aantal hits: 16860
	  ▪ “Barrier” aantal resultaten: 155309
	  ▪ “Guideline Implementation” aantal resultaten: 13317
	  ▪ “Strategy” aantal resultaten: 404648

Stap 4 A 1. **Combineer nu alle zoektermen tot een ‘zoekstring’ met de boolean operators “OR” en of ‘’AND’’**	4A.1: Aantal titels volledige search - P: “Nurses”[Mesh]: aantal hits: 81856 - I: “barrier”: aantal resultaten: 155309 AND “strategy”: aantal resultaten: 404648 - C: - - O: “Guideline Adherence”[Mesh]: aantal hits: 27770 OR “Guideline implementation”: aantal resultaten: 13317 - P+I+C+O: ((("Nurses"[Mesh]) AND "Guideline Adherence"[Mesh]) OR guideline implementation) AND barrier) AND strategy aantal hits: 18

Stap 4B:
1. **Bekijk de resultaten (hits) van je search met de combinatie van alle zoektermen uit stap 4A.**
2. **Gebruik voor K&I-1B daarna de filters: guideline en review.**
3. **Stel vast of je nog andere filters moet gebruiken zoals en ‘publicatiedatum’.**
4. **Stel op basis van titel en abstract vast of je nog aanvullende in- en exclusiecriteria moet gebruiken**
5. **Pas hierop desgewenst je zoekstring aan door:**
  a. **te verbreden (MeSH termen toevoegen, MeSH termen verbreden of een onderdeel uit je PICO niet in de zoekstring opnemen)**
  b. **te versmallen (afbakenen op ‘major topics’ , knop: Do not include MeSH terms found below this term in the MeSH hierarchy gebruiken. subheadings gebruiken of ‘NOT’ MeSH term aan zoekstring toevoegen)**
	4B.2 en 3:
	Inclusiecriteria: vermeld hier de gebruikte filters.
	  • Article types: “review” → aantal hits: 5
	  • Publication dates: 5 years → aantal hits: 3
	4B.4:
	Exclusiecriteria: vermeld hier de MeSH termen (of vrije termen die je in je zoekstring met ‘NOT’ booleans hebt opgenomen).
	  • Geen exclusiecriteria opgenomen.
	
	4B.5:
	Aantal titels na eerste selectieronde: 3

Stap 4C: 1. **Lees de titels en de abstracts van de gevonden artikelen en bekijk welke artikelen geschikt zijn.** 2. **Bekijk de referenties van de artikelen die goed bij je onderwerp passen.** 3. **Bekijk de MeSH termen die je hebt gezien bij de artikelen die goed bij je onderwerp passen** 4. **Ga eventueel nog een keer terug naar stap 4 b en verbreed/versmal zo nodig je zoekstring op basis van aanvullende of betere MESH termen.**	4C.4: Aantal abstracts na tweede selectieronde met de volgende in- en exclusiecriteria: Van de artikelen past één titel bij de PICO-vraagstelling '*Barriers and Strategies in Guideline Implementation- A Scoping Review'* De overige titels sluiten niet aan op het onderwerp en vraagstelling. Het artikel '*Trends in guideline implementation: a scoping systematic review'* is gericht op de uitvoering van richtlijnen voor diabetes, hartfalen, artritis en kanker waardoor dit artikel niet aansluit bij dit onderwerp en vraagstelling. Het artikel *'Barriers to evidence-based medicine: a systematic review'* is gebaseerd op herzien van EBM (Evidence based medicine) en een analyse hiervan. Ook dit is niet relevant voor dit onderwerp.
Stap 4D: 2. **Voor de opdrachten in K&I 1 B gebruik je nu het filter: 'full tekst available'.** 3. **Bekijk de artikelen en bepaal opnieuw of het past bij je onderzoeksvraag**	4D.1: Vermeld hoeveel van de gekozen artikelen uit 4C.4 full-text beschikbaar zijn: 1 artikel is full tekst available. Aantal artikelen na derde selectie ronde met de definitieve in- en exclusiecriteria: 1 artikel
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? **Vermeld hier de keuze van je artikelen (voor K&I-1B zijn 2 actuele reviews en/of guidelines voldoende)**	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign per artikel, land en setting onderzoek per artikel) Het artikel dat gekozen is: *'Barriers and Strategies in Guideline Implementation – A Scoping Review'* Onderzoeksdesign: Review Land: Duitsland Setting onderzoek: Ziekenhuis

Bron: Planningsgroepen K&I 1 en KWZ 2, IVS Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2012-2013

ZOEKSTRATEGIE (Uitleg)	**RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE (Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: **Vraagstelling/onderwerp (invullen)**	Stap 1: *Hoe wordt de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën, door de medewerkers, nageleefd binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen bij zorgvragers met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie?*
Stap 2: **PICO formuleren (afhankelijk van je onderzoeksvraag)**	Stap 2: P: Buurtzorg Wijchen, medewerkers, verpleegkundigen, verzorgenden Engelse term: Humans, nurses I: Factoren, methode Engelse term: Infection Control, MRSA *(Verwante termen)* C:- O: Naleven van een richtlijn Engelse term: Guideline Adherence

Stap 3: **5. Zoektermen formuleren op basis van de PICO:** **6. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen** **7. Beschrijf de search voor PubMed: allereerst MESH-termen vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden** **8. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc)** 9. **Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc)** **PS: niet afbakenen op free-full text!** **10. Bouw de search per zoekterm op**	Stap 3: P: - MeSH "Nurse" → 31 MeSH-termen • Nurses: professionals qualified by graduation from an accredited school of nursing and by passage of a national licensing examination to practice nursing. They provide services to patients requiring assistance in recovering or maintaining their physical or mental health - MeSH "Humans" → 2 MeSH- termen • Humans: members of the species Homo sapiens. I: - MeSH "Infection Control" → 3 MeSH-termen • Infection Control: Programs of disease surveillance, generally within health care facilities, designed to investigate, prevent, and control the spread of infections and their causative microorganisms. - MeSH "MRSA" → 4 MeSH- termen • Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus: A strain of Staphylococcus aureus that is non- susceptible to the action of METHICILLIN. C: - O: - MeSH "Guideline Adherence" → 1 MeSH-term • Guideline Adherence: Conformity in fulfilling or following official, recognized, or institutional requirements, guidelines, recommendations, protocols, pathways, or other standards.
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH PUBMED **Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search (gebruik hiervoor de history)**	Stap 4A: search PubMed: Aantal hits search: • "Nurses"[Mesh]: aantal hits: 81856 • "Humans"[Mesh}: aantal hits: 16956232 • "Infection Control/methods"[Mesh]: aantal hits: 22188 • "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"[Mesh]: aantal hits: 11486 • "Guideline Adherence"[Mesh]: aantal hits: 27770 P: "Humans"[Mesh]: aantal hits 16956232 I: "Infection Control/methods"[Mesh]: aantal hits: 22188 AND "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"[Mesh]: aantal hits 11486 C: - O: "Guideline Adherence"[Mesh]: aantal hits: 27770 P+I+C+O: ((("Infection Control/methods"[Mesh]) AND "Humans"[Mesh]) AND "Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus"[Mesh]) AND "Guideline Adherence"[Mesh]

	Aantal resutaten: 32
Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS **Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest**	Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Inclusiecriteria: - Publication dates: 5 years → aantal resultaten: 12 Exclusiecriteria opgenomen: - Acute zorg
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS **Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria**	Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS Slechts 2 titel zijn geschikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag Bij de overige artikelen worden andere onderzoeken uitgevoerd omtrent MRSA of wordt het onderzoek buiten de thuissituatie (setting) uitgevoerd.
Stap 4D: FULL-TEXT **Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn**	Stap 4D: FULL-TEXT Slechts 2 artikelen zijn beschikbaar met: Free full-text
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? **Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze**	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? Het gekozen artikel is*: 'MRSA- colonized persons' and healtcare personnel's experience of patient-professional interactions in and responsibillities for infection prevention in Sweden'* Lindberg, M., Carlsson, M., & Bernice, S. (2014). Onderzoeksdesign: Kwalitatieve studie Land: Zweden Setting onderzoek: Zorginstelling Het overige artikel 'Reduction of the nosocomial meticillin-resistant Staphylococcus aureus incidence density by a region-wide search and follow-strategy in forty German hospitals of the EUREGIO, 2009 to 2011' is naar het lezen in detail niet geschikt voor de vraagstelling. Het artikel heeft een onderzoek uitgevoerd naar het beperken van de verspreiding van MRSA binnen een samenwerkingsverband van 40 ziekenhuizen. Dit sluit niet aan bij de vraagstelling en setting.

Bron: Planningsgroepen K&I 1 en KWZ 2, IVS Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2012-2013

1.2 Zoekstrategie CINAHL

ZOEKSTRATEGIE **(Uitleg)**	RAPPORTAGE ZOEKSTRATEGIE **(Hier de uitwerking zetten)**
Stap 1: **Vraagstelling/onderwerp**	Stap 1: *Hoe wordt de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën, door de medewerkers, nageleefd binnen de drie teams van Buurtzorg Wijchen bij zorgvragers met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie?*
Stap 2: **Vraagstelling opdelen in termen**	Stap 2: Term 1: Verpleegkundigen Term 2: Naleven van richtlijn Term 3: Antibioticaresistente bacteriën Term 4: Verspreiding tegen gaan *(Verwante term)*
Stap 3: **11. Zoektermen formuleren** **12. Voor Engelstalige databases deze zoektermen vertalen** **13. Beschrijf de search voor CINAHL: allereerst CINAHL-Headings vermelden met bijbehorende definitie; zo nodig vrije tekstwoorden vermelden** **14. Vermelden van gebruikte booleaanse operatoren (and, or, not, etc)** 15. **Zo nodig geef je limits aan (bv human, language, age, article type, etc)**	Stap 3.1: Term 1: Verpleegkundigen Term 2: Naleven van richtlijn Term 3: Antibioticaresistente bacteriën Term 4: Verspreiding tegen gaan Stap 3.2 Term 1: Nurses Term 2: Guideline adherence Term 3: antibiotic resistance bacteria Term 4: Infection control Stap 3.3 Term 1 CINAHL-heading: Nurses Term 2: CINAHL-heading: Guideine Adherence Term 3 CINAHL-heading: Drug Resistance, Microbial Term 4 CINAHL-heading: Infection Control Stap 3.4 Tijdens het zoeken is gebruik gemaakt van de booleaanse operatoren: AND en NOT. De CINAHL-heading: Nurses is niet opgenomen in de zoekstring aangezien dit geen resultaten opleverde. De gebruikte zoekstring is weergegeven in bijlage .. Stap 3.5 De limit die toegepast is, is ‘publicatiejaren van 2012 tot en met 2017’ . Hier is voor gekozen om tot meest actuele artikelen te komen.
RESULTATEN ZOEKSTRATEGIE	Search
Stap 4A: SEARCH CINAHL **Rapporteer stapsgewijs het aantal hits (resultaten) per search**	Stap 4A: search CINAHL: Aantal hits per CINAHL-heading: - (MH "Guideline Adherence"): #10,702 - (MH "Drug Resistance, Microbial") #16,487 - (MH "Infection Control") #22,780 Aantal hits met volledige zoekstring: - (MH "Guideline Adherence") AND (MH "Drug Resistance, Microbial") AND (MH "Infection Control") #21 Aantal hits volledige zoekstring met toegepaste limit: ‘publicatiejaren 2012 – 2017’: #17

Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS **Vermeld hierbij welke selectiecriteria je gebruikt om te beoordelen welke titels en/of abstracts geschikt zijn om je onderzoeksvraag te beantwoorden; deze weet je niet altijd van tevoren en worden duidelijker als je de titels en abstracts doorleest**	Stap 4B: IN- EN EXCLUSIECRITERIA GESCHIKTE TITELS EN/OF ABSTRACTS Inclusiecriteria: - Antibioticaresistentie - Verpleegkundigen binnen de thuissituatie - Richtlijnen Exclusiecriteria: - Intensive care afdelingen - Antibioticaresistentie in de toekomst
Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS **Hierbij vermelden hoeveel titels/abstracts na selectie geschikt zijn voor het beantwoorden van je onderzoeksvraag cq onderwerp toetsing; hierbij geef je onderbouwing van de in-exclusiecriteria**	Stap 4C: AANTAL GESCHIKTE ABSTRACTS De twee onderzoekers kwamen, na het afzonderlijk beoordelen van de relevante artikels op titel en abstract, tot één relevant artikel.
Stap 4D: FULL-TEXT **Vermeld hier hoeveel van de gekozen artikelen uit 4c full-text beschikbaar zijn**	Stap 4D: FULL-TEXT Het gekozen artikel is beschikbaar in FULL-TEXT
Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? **Vermeld hier de keuze van je artikelen (aantal, onderzoeksdesign artikel, land en setting onderzoek) en onderbouw je keuze**	Stap 4E: WELKE ARTIKELEN GA IK GEBRUIKEN? While, A. (2016). 'No action today means no cure tomorrow': the threat of antimicrobial resistance. British Journal of Community Nursing, 21(7), 344-347. https://doi.org/10.12968/bjcn.2016.21.7.344 Het artikel is verder uitgewerkt in bijlage 2: Evidence tabel De overige titels zijn uitgesloten nadat de inclusie- en exclusiecriteria waren opgesteld. De artikelen waren niet gericht op verpleegkundige in de thuissituatie, gingen over de acute zorg, of zijn gericht op enkel alleen handhygiëne, wat niet relevant is voor deze vraagstelling.

Bron: Planningsgroepen K&I 1 en KWZ 2, IVS Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2012-2013

1.3 Toelichting sneeuwbalmethode

Binnen dit onderzoek is, naast het zoeken binnen online databases naar wetenschappelijke literatuur, gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Met de sneeuwbalmethode wordt er gekeken naar de literatuurlijst van wetenschappelijke artikelen. Met deze methode kan er op basis van titels, nieuwe artikelen worden gevonden (Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, 2018).

Na gebruik van de sneeuwbalmethode is het volgende artikel gevonden. Dit gevonden artikel heeft betrekking tot het onderwerp van de onderzoeksvraag.
Lindberg, M., Skytt, B., Högman, M., & Carlsson, M. (2011). The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity andunderstanding of responsibility for infection control in Swedishregistered district, haematology and infection nurses. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 424-436. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03914.x

Dit artikel is gevonden binnen de literatuurlijst van:
Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2014). MRSA-colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient–professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. *Journal of Infection and Public Health, 7*(5), 427-435. https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.02.004

Bijlage 2: Evidence tabel & mate van bewijskracht

Titel van het artikel + Auteurs	Onderzoeks design	Level of evidence	Setting	Populatie	Methode	Resultaten	Conclusie	Resultaat Kwaliteit beoordeling
1: Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review' Fischer, F., Lange, K., Klose, k., Greiner, W., & Kraemer, A. (2016).	Scoping review	Niveau: A1	Ziekenhuis	Verpleegkundigen werkend met richtlijnen en protocollen	Door middel van 69 artikelen een analyse maken van de meest belangrijkste informatie over barrières en strategieën voor de uitvoering van een richtlijn. Onderscheiden in persoonlijke factoren, richtlijn gerelateerde factoren en externe factoren	Een gestructureerde implementatie kan aanhankelijkheid van richtlijnen verbeteren. Daarom moeten de obstakel voor richtlijn uitvoering en naleving van te voren geanalyseerd worden zodat strategieën ontwikkeld kunnen worden specifiek voor de instelling en doelgroep.	Uitvoering van richtlijnen is bedoeld om kwaliteit van zorg te verbeteren en veiligheid te bevorderen van de patiënt. Een gestructureerde implementatie kan naleven van richtlijn verbeteren. Voor het overwegen moeten belanghebbenden worden opgenomen.	**QARI- Score: 8** In het artikel worden geen duidelijke onderzoeksvragen beschreven maar wel het doel en de reden van zoeken. Een ethisch commissie is binnen het artikel niet van toepassing aangezien het om een literatuurstudie gaat.
2: MRSA- colonized persons' and healthcare personnel's experiences of patient- professional interactions in and responsibilities for infection prevention in Sweden. Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2014)	Qualitative study	-	Zorginstelling	5 personen met MRSA-dragerschap en 20 medisch personeel werkzaam binnen infectie, hematologie, nefrologie of primaire zorgomgeving	Beschrijvende kwalitatieve studie om de ervaringen van verpleegkundigen, artsen, leidinggevenden en personen met MRSA - dragerschap te onderzoeken met betrekking tot de verantwoordelijkheden infectiepreventie zorg. De gegevens werden verzameld met open semigestructureerde individuele gesprekken en een focusgroep met semi gestructureerde interviews met medisch personeel	Deelnemers ervaren dat MRSA een bedreiging is en dat infectiepreventie belangrijk is maar dat naleving verwaarloosd wordt. Acties werden erkend als onprofessioneel.	De deelnemers hebben inzicht in gedrag. Individuele verantwoordelijkheid en de naleving van maatregelen ter bestrijding van de infectie moet strenger	**QARI- Score: 9** Deelnemers zijn voldoende betrokken geweest bij dit onderzoek. De resultaten sluiten aan bij de methode. De ethisch commissie is benoemd maar was binnen dit onderzoek niet van toepassing.

3: The Multidrug-Resistant Bacteria Attitude Questionnaire: validity and understanding of responsibility for infection control in Swedish registered district, haematology and infection nurses. Lindberg, M., Carlsson, M., & Skytt, B. (2011).	Cross-sectioneel onderzoek	Niveau: 4	Thuissituatie + ziekenhuis	397 verpleegkundigen werkzaam binnen de thuissituatie van cliënten, ziekenhuis afdeling hematologie en infectie verpleegkundigen.	Transversaal beschrijvend correlationele studie. Gegevens werden verzameld in een onwillekeurige steekproef. voor de analyse werden onafhankelijke tests gebruikt.	Infectieverpleegkundigen scoorde hoger op kennis, gedrag en emotionele reacties met betrekking tot zorgvragers met multiresistente bacteriën in vergelijking met verpleegkundigen vanuit de thuissituatie en hematologie.	Kennis, gedrag en emotionele reacties bij een zorgvrager met een multiresistente bacterie zijn beschreven maar het is de eigen verantwoordelijkheid van een verpleegkundige om preventieve maatregelen uit te voeren wanneer de kans op infectie aanwezig is.	**QARI- score: 8** Het onderzoek had geen toestemming nodig van ethische commissie en gebruikte informed consent om toestemming aan de deelnemers te vragen. De conclusie geeft weinig inhoud weer.
4. 'No action today means no cure tomorrow': the threat of antimicrobial resistance While, A. (2016).	Review	Niveau: A1	Extramurale setting	'Community nurses' Publieke gezondheidsverpleegkundigen'	Door middel van het samenvoegen van verschillende artikelen geeft de review een overzicht van aanbevelingen en interventies om antibioticaresistente bacteriën zo veel mogelijk te beperken.	Antibioticaresistentie is een punt van zorgelijkheid, niet alleen voor het Verenigd Koninkrijk maar wereldwijd. Elke verpleegkundige draagt hier verantwoordelijkheid voor. 'Community nurses' moeten zorgen voor goede infectiepreventie.	Verpleegkundigen hebben een professionele verantwoordelijkheid om zich bezig te houden met infectiepreventie. promoten van gezonde leefstijl en het ondersteunen van goede hygiëne is nodig en mensen moeten vaccinaties nemen om blootstelling aan infecties te verminderen	**QARI- score: 6** De methode binnen dit onderzoek is onvoldoende helder beschreven. Conclusie is daarnaast wel duidelijk beschreven. Ook had de auteur geen potentiële invloed op resultaten binnen dit onderzoek.

Mate van bewijskracht

Mate van Bewijskracht	
Niveau 1A	Systematische literatuur onderzoek
Niveau 1B	Randomized Control Trial (RCT)
Niveau 2	Cohortonderzoek
Niveau 3	Patiënt-controleonderzoek
Niveau 4	Cross-sectioneelonderzoek
Niveau 5	Patiëntenserie
Niveau 6	Mening expert

Ladder van evidence (Bours, Eliens & Strijbol, 2009)

Bijlage 3: Verklaring geheimhouding

Verklaring geheimhouding en zorgvuldige omgang met persoonsgegevens door studentonderzoeker

Onderzoek bij mensen of verzamelen van gegevens van mensen vereist bijzondere zorgvuldigheid. Om de privacy van betrokkenen te waarborgen, dien je als studentonderzoeker altijd vertrouwelijk en zorgvuldig met die informatie om te gaan.

Deze geheimhoudingsplicht geldt voor alle medewerkers in zorg en welzijn. Je verbindt je aan geheimhouding door het ondertekenen van deze verklaring.

In te vullen door student

Studentnummer	506779	545613
Naam	Lisan de Rooij	Rianne van Schaik
Opleiding	HBO- Verpleegkunde	HBO- Verpleegkunde
Geboortedatum	13-12-1994	01-02-1997
Geboorteplaats	Venray	Kesteren

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op de hoogte ben van de informatie en werkwijze zoals vastgelegd is in deze *Gedragscode*. Ik begrijp de informatie en werkwijze en zal me eraan houden zolang ik studeer aan de HAN;
- ik in dit kader aan niemand identificeerbaar zal openbaren wat mij tijdens het onderzoek is verteld of wat ik op een andere manier te weten ben gekomen;
- ik zorgvuldig en verantwoord omga met de onderzoeksgegevens en met de aan mij verleende toegang tot digitale gegevensdragers.

Datum	06-02-2018	06-02-2018
Handtekening		

Bijlage 4: Interviewguide team Buurtzorg Wijchen

Introductie	
Intro	Beste deelnemer, Fijn dat u mee wilt doen aan dit onderzoek. Wij zijn niet op zoek naar 'goede' of 'foute' antwoorden maar proberen inzicht te krijgen in de handelswijze om vervolgens aanbevelingen te formuleren voor in de praktijk. Tijdens het interview zijn twee interviewers aanwezig. Interviewer 1 zal het interview gaan leiden. Daar in tegen heeft interviewer 2 een observerende rol en vult aan waar nodig. Het interview zal opgenomen worden middels een geluidsrecorder.
Uitleg over het onderzoek	Het onderzoek is in opdracht van Buurtzorg Wijchen. Het doel van het onderzoek is om de bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn 'beschermende maatregelen' in kaart te brengen. Naar aanleiding van de resultaten van de afgenomen interviews worden aanbevelingen geformuleerd voor de drie teams binnen Buurtzorg Wijchen.
Privacy	- Het waarborgen van de anonimiteit wordt strikt vooropgesteld. - De deelnemer kan ten alle tijden de deelname beëindigen zonder opgave van redenen. - De geluidsopnames worden enkel gebruikt voor de analyse binnen het onderzoek. - De geluidsopnames worden op een beveiligde omgeving bewaard. - De geluidsopnames worden uiterlijk binnen zes maanden verwijderd.
Topic list	Algemeen Persoonlijke factoren • Attitude • Kennis Externe factoren • Teamniveau • Organisatieniveau Richtlijn gerelateerde factoren Overig

Topic List + kern vragen	
1. Algemeen	- Kunt u wat vertellen over antibioticaresistente bacteriën binnen uw werk? - Ervaringen - Richtlijn 'Beschermende maatregelen' - Stel er komt op dit moment een cliënt in zorg met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie. Welke stappen of maatregelen zou u nemen?
2. Persoonlijke factoren - Kennis - Attitude	 Kennis - Kunt u vertellen waar uw informatie opzoekt met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën? - Literatuur Attitude - Hoe kijkt u aan tegen algemene basis hygiëne binnen de thuiszorg? - kleding, sieraden, handhygiëne - Hoe belangrijk vindt u de richtlijn 'Beschermende maatregelen'? - Werkbaar?

	- Cultuur, aanspreken teamleden/ disciplines.
3. Externe factoren - Teamniveau - Organisatieniveau	 Teamniveau - Kunt u wat vertellen over de samenwerking binnen het team bij een zorgvrager met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie? - Samenwerking betrokken disciplines - Vergaderingen Organisatieniveau - Bent u tevreden met Vilans KICK protocollen? - Weet u wie er verantwoordelijk is voor het aanschaffen van beschermende middelen en hoe dit wordt vormgegeven binnen Buurtzorg?
4. Richtlijn gerelateerde factoren	- Van welke richtlijnen maakt u gebruik omtrent antibioticaresistente bacteriën? - Voldoende handvatten - Wat mist u?
5. Overig	- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de overdracht vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie bij een cliënt met BRMO? Vergelijking richtlijn GGD - Wilt u deze richtlijn bekijken? - Wat spreekt u wel/ niet aan? - Welke richtlijn zou voor u een meerwaarde zijn? Waarom maakt u die keuze?

Afsluiting	
Afsluiting interview	- Heeft u nog aanvullingen naar aanleiding van dit interview? - Zijn er punten die niet aan bod zijn gekomen maar u wel belangrijk vindt om te delen? - Hoe heeft u het interview ervaren?
Exemplaar uitwerking interview	- Bij interesse kan een uitwerking van dit interview opgevraagd worden door de deelnemer zelf.
Dankwoord	- Wij willen u bedanken voor uw medewerking, tijd en inbreng in dit onderzoek. Indien u vragen heeft omtrent het onderzoek kunt u contact opnemen met de onderzoekers door middel van het e-mailadres: kwaliteitsproject.buurtzorg@outlook.com

Bijlage 5: Interviewguide Fysiotherapeuten

Introductie	
Intro	Beste deelnemer, Fijn dat u deel wilt nemen aan dit onderzoek. Wij zijn niet op zoek naar 'goede' of 'foute' antwoorden maar proberen inzicht te krijgen in de handelswijze om vervolgens aanbevelingen te formuleren voor in de praktijk. Tijdens het interview zijn twee interviewers aanwezig. Interviewer 1 zal het interview gaan leiden. Daar in tegen heeft interviewer 2 een observerende rol en vult aan waar nodig. Het interview zal opgenomen worden middels een geluidsrecorder
Uitleg over het onderzoek	Het onderzoek is in opdracht van Buurtzorg Wijchen. Het doel van het onderzoek is om de bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn 'beschermende maatregelen' in kaart te brengen. Eén van deelvragen binnen het onderzoek is welke maatregelen fysiotherapeuten nemen wanneer een cliënt (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie heeft. Roept dit vragen op bij de fysiotherapeuten? Is er behoefte aan samenwerking met Buurtzorg Wijchen? Naar aanleiding van de resultaten van de afgenomen interviews worden aanbevelingen geformuleerd voor de drie teams binnen Buurtzorg Wijchen en de fysiotherapeuten.
Privacy	- Het waarborgen van de anonimiteit wordt strikt vooropgesteld. - De deelnemer kan ten alle tijden de deelname beëindigen zonder opgave van redenen. - De geluidsopnames worden enkel gebruikt voor de analyse binnen het onderzoek. - De geluidsopnames worden op een beveiligde omgeving bewaard. - De geluidsopnames worden uiterlijk binnen zes maanden verwijderd.
Topic list	Algemeen Persoonlijke factoren • Attitude • Kennis Externe factoren Richtlijn gerelateerde factoren Overig

Topic list + bijbehorende vragen	
Algemeen	- Bent u al eens in aanraking gekomen met een cliënt met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie? -Frequentie - Stel er komt op dit moment een cliënt in behandeling met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie. Welke stappen of maatregelen zou u nemen? - Met welke disciplines zou u contact zoeken?
Persoonlijke factoren	- Hoe belangrijk vindt u de richtlijn? - Werkbaar? - Behoefte - Hoe kijkt u aan tegen algemene basis hygiëne binnen de extramurale setting? - kleding, sieraden, (hand)hygiëne
Externe factoren	- Op welke manier krijgt u te horen dat er een cliënt met (een verdenking) antibioticaresistente bacterie bij jullie in behandeling komt? - Onduidelijkheden - Cultuur/ samenwerking disciplines

	- Hoe komt u aan de beschermende middelen?
Richtlijn gerelateerde factoren	- Waar vindt u de richtlijn met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën? - Bevorderende/ belemmerende factoren
Overig	- Mogen de onderzoekers een format met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën inzien?

Afsluiting	
Afsluiting interview	- Heeft u nog aanvullingen naar aanleiding van dit interview? - Zijn er punten die niet aan bod zijn gekomen maar u wel belangrijk vindt om te delen? - Hoe heeft u het interview ervaren?
Exemplaar uitwerking interview	Bij interesse kan een uitwerking van dit interview opgevraagd worden door de deelnemer zelf.
Dankwoord	- Wij willen u bedanken voor uw medewerking, tijd en inbreng in dit onderzoek. Indien u vragen heeft omtrent het onderzoek kunt u contact opnemen met de onderzoekers door middel van het e-mailadres: kwaliteitsproject.buurtzorg@outlook.com

Bijlage 6: Modelbrief interview team Wijchen

Modelbrief

Onderzoek naar:

De bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn gericht op antibioticaresistente bacteriën.

Datum: maart 2018
Plaats: Nijmegen

Geachte verpleegkundige/verzorgende,

Door middel van deze brief willen wij u vriendelijk vragen om deel te nemen aan een onderzoek. Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw eigen keuze. Het onderzoek zal plaats vinden op locatie van Buurtzorg Wijchen. Voordat u beslist of u deel wilt nemen aan het onderzoek, willen wij u eerst meer vertellen over het onderzoek.

Het doel van het onderzoek
Antibioticaresistente bacteriën zijn tegenwoordig een veelbesproken onderwerp en is wereldwijd een groeiend probleem. Jaarlijks vallen er circa 700.000 doden wereldwijd ten gevolge van antibioticaresistente bacteriën. Daarnaast wordt de zorg thuis intensiever en complexer, cliënten verblijven korter in het ziekenhuis en kunnen thuis in zorg komen met een antibioticaresistente bacterie.
Naar aanleiding van deze ontwikkelingen en vragen omtrent cliënten met een antibioticaresistente bacterie binnen de teams van Buurtzorg Wijchen is het onderwerp tot stand gekomen. Het onderzoek richt zich op naleving van richtlijnen bij cliënten met een antibioticaresistente bacterie of verdenking hiervan. Het doel van dit onderzoek is om naar aanleiding van de verzamelde gegevens aanbevelingen te formuleren ten aanzien van de handelswijze rondom cliënten met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie.

Wat houdt deelname in?
Bij deelname zal eenmalig een interview afgenomen worden. Binnen dit interview zullen voornamelijk open vragen worden gesteld met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën binnen uw werk en het gebruik van de richtlijn. Het interview zal ongeveer een half uur tijd in beslag nemen.

Wat zijn mogelijke voor- en nadelen bij deelname aan dit onderzoek?
Een voordeel voor u kan zijn dan persoonlijke vragen en meningen ingebracht kunnen worden. De aanbevelingen die geformuleerd worden naar aanleiding van het interview kunnen zowel voor u als voor het team nuttig zijn.
Het interview neemt ongeveer een half uur tijd in beslag. Dit zou eventueel een nadeel voor u kunnen zijn.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u deel wilt nemen aan dit onderzoek, deelname is namelijk geheel vrijwillig. Als u besluit om niet deel te nemen kan dit zonder opgave van reden en hoeft u verder niets te doen. De bijbehorende bijlage is dan niet van toepassing. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en stoppen zonder opgave van reden. Dit geldt ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
Na afloop van het interview worden de gegevens anoniem verwerkt en wordt naar aanleiding van de resultaten aanbevelingen geformuleerd. In juni zal een presentatie gegeven worden

door de twee onderzoekers, met daarin de uitkomsten en aanbevelingen. De presentatie zal plaatsvinden op locatie van Buurtzorg Wijchen.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
Het interview zal door middel van een geluidsrecorder worden opgenomen. Na afloop van het interview analyseren en verwerken wij de gegevens. De geluidsopname zal direct na analyse verwijderd worden. Al uw gegevens blijven vertrouwelijk en alleen de onderzoekers weten welke code u hebt. Uw gegevens geven wij door aan de opdrachtgever van het onderzoek, maar alleen met die code en niet met uw naam. De sleutel van de code blijft bij de twee onderzoekers. Ook in het onderzoeksverslag wordt alleen die code gebruikt.

Zijn er extra kosten of is er een vergoeding beschikbaar bij deelname aan dit onderzoek?
Aan dit onderzoek zijn geen kosten verbonden. Verder is er voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding beschikbaar gesteld.

Keuze tot deelname en eventuele vragen
Wij vragen u om bij toestemming voor deelname aan het onderzoek, de toestemmingsverklaring te tekenen (zie bijlage). Wij vragen u vriendelijk om de ondertekende toestemmingsverklaring mee te nemen naar het interview.
Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben of meer informatie willen dan kunt u een mail sturen naar: kwaliteitsproject.buurtzorg@outlook.com. U kunt ervan uitgaan dat wij uw e-mail binnen 24 uur beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Lisan de Rooij,
Rianne van Schaik

Bijlage: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Onderzoek naar:
De bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn gericht op antibioticaresistente bacteriën.

Verantwoordelijke onderzoekers: Lisan de Rooij en Rianne van Schaik

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

  Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ○ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

Naam onderzoeker: ……...

Datum: …….. Handtekening onderzoeker: ……..

Bijlage 7: Modelbrief Fysiotherapeuten

Modelbrief

Onderzoek naar:

De bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn gericht op antibioticaresistente bacteriën.

Datum: maart 2018
Plaats: Nijmegen

Geachte fysiotherapeut,

Door middel van deze brief willen wij u vriendelijk vragen om deel te nemen aan een onderzoek. Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig en uw eigen keuze. Het onderzoek zal plaats vinden op locatie van uw praktijk in Wijchen. Voordat u beslist of u deel wilt nemen aan het onderzoek, willen wij u eerst meer vertellen over het onderzoek.

Het doel van het onderzoek
Antibioticaresistente bacteriën zijn tegenwoordig een veelbesproken onderwerp en is wereldwijd een groeiend probleem. Jaarlijks vallen er circa 700.000 doden wereldwijd ten gevolge van antibioticaresistente bacteriën. Daarnaast wordt de zorg thuis intensiever en complexer, cliënten verblijven korter in het ziekenhuis en kunnen thuis komen met een antibioticaresistente bacterie. Ook kan u als fysiotherapeut een cliënt met een antibioticaresistente bacterie in behandeling krijgen waarbij eventueel meerdere disciplines in de zorg betrokken kunnen zijn, zoals Buurtzorg Wijchen.
Naar aanleiding van deze ontwikkelingen en vragen omtrent cliënten met een antibioticaresistente bacterie binnen de teams van Buurtzorg Wijchen is het onderwerp tot stand gekomen. Het onderzoek richt zich op naleving van richtlijnen bij cliënten met een antibioticaresistente bacterie of verdenking hiervan. Het doel van het interview is te zien hoe fysiotherapeuten omgaan met een cliënt met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie en of er behoefte is aan samenwerking met Buurtzorg Wijchen. Naar aanleiding van de verzamelde gegevens worden aanbevelingen geformuleerd ten aanzien van de handelswijze rondom cliënten met (verdenking van) een antibioticaresistente bacterie.

Wat houdt deelname in?
Bij deelname zal eenmalig een interview afgenomen worden. Binnen dit interview zullen voornamelijk open vragen worden gesteld met betrekking tot antibioticaresistente bacteriën binnen uw werk en het gebruik van de richtlijn. Het interview zal ongeveer een half uur tijd in beslag nemen.

Wat zijn mogelijke voor- en nadelen bij deelname aan dit onderzoek?
Een voordeel voor u kan zijn dan persoonlijke vragen en meningen ingebracht kunnen worden. De aanbevelingen die geformuleerd worden naar aanleiding van het interview kunnen zowel voor u als voor andere fysiotherapeuten nuttig zijn.
Het interview neemt ongeveer een half uur tijd in beslag. Dit zou eventueel een nadeel voor u kunnen zijn.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?
U beslist zelf of u deel wilt nemen aan dit onderzoek, deelname is namelijk geheel vrijwillig. Als u besluit om niet deel te nemen kan dit zonder opgave van reden en hoeft u verder niets te doen. De bijbehorende bijlage is dan niet van toepassing. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd bedenken en stoppen zonder opgave van reden. Dit geldt ook tijdens het onderzoek.

Wat gebeurt er als het onderzoek is afgelopen?
Na afloop van het interview worden de gegevens anoniem verwerkt en wordt naar aanleiding van de resultaten aanbevelingen geformuleerd. In juni zal een presentatie gegeven worden door de twee onderzoekers, met daarin de uitkomsten en aanbevelingen. De presentatie zal plaatsvinden op locatie van Buurtzorg Wijchen.

Wat gebeurt er met uw gegevens?
Het interview zal door middel van een geluidsrecorder worden opgenomen. Na afloop van het interview analyseren en verwerken wij de gegevens. De geluidsopname zal direct na analyse verwijderd worden. Al uw gegevens blijven vertrouwelijk en alleen de onderzoekers weten welke code u hebt. Uw gegevens geven wij door aan de opdrachtgever van het onderzoek, maar alleen met die code en niet met uw naam. De sleutel van de code blijft bij de twee onderzoekers. Ook in het onderzoeksverslag wordt alleen die code gebruikt.

Zijn er extra kosten of is er een vergoeding beschikbaar bij deelname aan dit onderzoek?
Aan dit onderzoek zijn geen kosten verbonden. Verder is er voor deelname aan dit onderzoek geen vergoeding beschikbaar gesteld.

Keuze tot deelname en eventuele vragen
Wij vragen u om bij toestemming voor deelname aan het onderzoek, de toestemmingsverklaring te tekenen (zie bijlage). Wij vragen u vriendelijk om de ondertekende toestemmingsverklaring mee te nemen naar het interview.
Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben of meer informatie willen dan kunt u een mail sturen naar: kwaliteitsproject.buurtzorg@outlook.com. U kunt ervan uitgaan dat wij uw e-mail binnen 24 uur beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Lisan de Rooij,
Rianne van Schaik

Bijlage: Toestemmingsverklaring (informed consent)

Onderzoek naar: De bevorderende en belemmerende factoren omtrent het naleven van de richtlijn gericht op antibioticaresistente bacteriën.
Verantwoordelijke onderzoekers: Lisan de Rooij en Rianne van Schaik

In te vullen door de onderzoekspersoon

Hierbij verklaar ik dat:

- ik op een voor mij duidelijke manier mondeling en schriftelijk ben ingelicht over de aard, methode, doel, de risico's en de belasting van het onderzoek;
- de studentonderzoeker mijn vragen naar tevredenheid heeft beantwoord;
- ik weet dat de gegevens anoniem worden verwerkt, dat onderzoeksgegevens worden losgekoppeld van de persoonsgegevens en dat na afloop van het onderzoek de persoonsgegevens worden vernietigd;
- ik weet dat de gegevens en resultaten uit het onderzoek alleen anoniem aan derden, indien nodig, bekend zullen worden gemaakt.

  Ik neem geheel vrijwillig deel aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment, zonder opgaaf van redenen, mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

- ○ Bij dezen verleen ik toestemming aan de onderzoeker om geluids- en/of beeldopnamen te maken voor zijn of haar onderzoek. Ik geef goedkeuring dat film-, foto-, en videomateriaal of bewerking daarvan uitsluitend voor analyse en/of wetenschappelijke presentaties zal worden gebruikt. De geluidsfragmenten of beelden zullen direct na het verwerken ervan, of anders na hooguit 6 maanden, worden vernietigd.

  Naam deelnemer: .....

  Datum: ..... Handtekening deelnemer:.....

In te vullen door de uitvoerende onderzoekers

- Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op het onderzoek.
- Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden.
- De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

Naam onderzoeker: ……...

Datum: …….. Handtekening onderzoeker: ……..

Bijlage 8: Team analyse

Team 1

	Totaal aantal	Leeftijd	Uren contract*	Oproepkracht
Wijkverpleegkundige (niveau 5)	4**	Tot 30 jaar: 0 30- 50 jaar: 2 50 jaar of ouder: 2	3	1
Verpleegkundige in de wijk (niveau 4)	3	Tot 30 jaar: 1 30-50 jaar: 0 50 jaar of ouder: 2	3	0
Wijkziekenverzorgende (niveau 3 IG)	4	Tot 30 jaar: 0 30- 50 jaar: 3 50 jaar of ouder: 1	3	1

Team 2

	Totaal aantal	Leeftijd	Uren contract	Oproepkracht
Wijkverpleegkundige (niveau 5)	4	Tot 30 jaar: 0 30- 50 jaar: 4 50 jaar of ouder: 0	3	1
Verpleegkundige in de wijk (niveau 4)	2	Tot 30 jaar: 1 30-50 jaar: 1 50 jaar of ouder: 0	2	0
Wijkziekenverzorgende (niveau 3 IG)	4	Tot 30 jaar: 0 30- 50 jaar: 2 50 jaar: 2	4	0

Team 3

	Totaal aantal	Leeftijd	Uren contract	Oproepkracht
Wijkverpleegkundige (niveau 5)	2	Tot 30 jaar: 1 30- 50 jaar: 1 50 jaar of ouder: 0	1	1
Verpleegkundige in de wijk (niveau 4)	5	Tot 30 jaar: 0 30-50 jaar: 3 50 jaar of ouder: 2	5	0
Wijkziekenverzorgende (niveau 3 IG)	3	Tot 30 jaar: 1 30- 50 jaar: 1 50 jaar: 1	2	1

*Uren contract: > 0 uur per week
**Onder de wijkverpleegkundigen valt één persoon onder de exclusiecriteria

Binnen de teams komt het voor dat vaste medewerkers oproepkracht zijn binnen een ander team. In dit geval is de persoon meegerekend in het team waarin een vast aantal uur gewerkt wordt en worden niet meegerekend als oproepkracht.

Er zijn geen medewerkers korten dan zes maanden in dienst, deze exclusiecriteria is dan ook niet van toepassing.

Bijlage 9: Projectplanning

Fase 2

Betrokkenen		**Opdrachtgever/begeleider:**	
Naam:	**E-mailadres**	**Naam**	**E-mailadres**
Lisan de Rooij	LEJ.derooij@student.han.nl	Anne Elsinghorst	a.elsinghorst@buurtzorgnederland.com
Rianne van Schaik	GAC.vanschaik@student.han.nl	Suzanne Koning	Suzanne.Koning@han.nl
Gezamenlijk e-mailadres betrokkenen	Kwaliteitsproject.buurtzorg@outlook.com		

▼Onderzoekstaken ***Geplande uren, Weeknummer ►***	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**Totaal**
Interviews team Wijchen afnemen en transcriberen	20	40	30	30	30	15						165
Interviews Fysiotherapeuten	4		10	10	10							34
Data analyse			30	30	30	50	40	10				190
Resultaten							30	20	10			60
Discussie								20	20			40
Conclusie								15	15	10		40
Aanbevelingen									30	20		50
Voorwoord										10		10
Samenvatting										20		20
Herschrijven methode in verleden tijd.								10				10
Contact met docentbegeleider		2		2		2		2	2	2		12
Contact met opdrachtgever	4	4	2		2		2		2	2		18
Presentatie voorbereiden										10	20	30
Logboek	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Totaal aantal uren/ kosten	**29**	**47**	**73**	**73**	**73**	**68**	**73**	**78**	**80**	**75**	**21**	**690**

Fase 1

▼ *Onderzoekstaken* *Geplande uren, Weeknummer* ▶	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Totaal
Inleiding	10	10	40	20	10	10		4		104
Theoretisch kader					40	30	10	2		82
Systematisch literatuur zoeken				20	20	10	10			60
Methode						20	40	50		110
Evalueren samenwerking			1				1			2
Colofon, titelpagina								2		2
Contact met docentbegeleider	2		2	2	2	2	1	2		13
Contact met opdrachtgever			2	1	1	2	1	2		9
Logboek	1	1	1	1	1	1	1	1		8
Gesprek GGD					4					4
Meeloopdag Buurtzorg Wijchen			16							16
Lay- out, spelling controle, apa controle	2	2	2	2	2	2	2	8		22
Totaal aantal uren/ kosten	**15**	**13**	**64**	**46**	**80**	**77**	**66**	**71**		**432**

	Voorjaarsvakantie
	Totaal aantal uur
	Ingeplande uren

Toelichting planning fase 1 en 2

Infectiepreventiemaatregelen Bijzonder Resistente Micro-Organismen (BRMO) in de thuiszorg

Algemene preventieve maatregelen

Deze maatregelen zijn altijd van toepassing (voor iedere BRMO)

Handhygiëne

- Handhygiëne bestaat uit het reinigen van de handen met water en zeep of het desinfecteren met een handalcohol.
- Desinfectie van handen is een effectieve methode bij niet zichtbaar vieze handen.
- Was zichtbaar vieze handen altijd met water en zeep. Droog de handen met een wegwerpdoekje (in de thuissituatie volstaat keukenrol).
- Draag geen ringen, horloges of armbanden aan de handen en onderarmen. Nagels zijn kort en schoon en vrij van nagellak en kunstnagels.

Kleding medewerkers

- Draag dagelijks schone (dienst)kleding.
- Draag kleding met korte mouwen. Kleding met lange mouwen zorgen voor meer kans op besmetting bij een cliënt tijdens de verzorging.
- Draag schone (dienst)kleding na visuele verontreiniging.
- Draag geen shawls, vesten, lange kettingen en dergelijke over de (dienst)kleding.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

- Draag handschoenen bij kans op contact met lichaamsvloeistoffen, slijmvliezen, niet-intacte huid of mogelijk besmette materialen.
- Draag een (plastic) wegwerpschort bij handelingen waarbij de (dienst)kleding nat kan worden.
- Draag bij kans op spatten of spuiten van lichaamsvloeistof een mondneusmasker. Het mondneusmasker is ten minste een niet-vochtdoorlatend type IIR.
- Draag een spatbril als er kans bestaat op spatten of spuiten van lichaamsvloestof.

Aanvullende maatregelen bij cliënten met MRSA en CPE

Bij verzorging van de cliënt. Bij contact met clientenmateriaal zoals beddengoed. Niet bij sociaal contact.

Persoonlijke beschermingsmiddelen

- Draag handschoenen.
- Draag een isolatiejas (met lange mouw);
  - Vervang de isolatiejas met lange mouw na 24 uur of na zichtbare vervuiling;
  - Hang de isolatiejas op, met de buitenkant naar binnen.
- Draag een chirurgisch mondneusmasker (**alleen bij MRSA**).

Meer informatie

GGD Gelderland-Zuid
Team infectieziektebestrijding
Telefoon (binnen kantooruren: 088 – 144 71 26
e-mail: infectieziekten@ggdgelderlandzuid.nl

Gelderland-Zuid

Aan- en uitkleedprocedure

Aankleedprocedure:

1. Desinfecteer de handen met handalcohol.
2. Doe het mondneusmasker voor (**alleen bij MRSA**)
3. Trek de isolatiejas aan.
4. Trek de handschoenen aan (handschoenen over de mouwen van de isolatiejas).

Uitkleedprocedure:

1. Trek de handschoenen uit en gooi deze in de afvalbak.
2. Doe de isolatiejas uit, zonder de buitenkant vast te pakken.
   a. Als de jas vuil of nat is, gooi de isolatiejas weg in de afvalemmer.
   b. Als de jas niet vuil of nat is, hang de isolatiejas op met de buitenkant naar binnen geslagen
3. Doe het mondneusmasker af en gooi deze in de afvalbak (**alleen bij MRSA**).
4. Desinfecteer de handen met hanbddesinfectans.

Bron: LCI-richtlijn: BRMO en WIP-richtlijn: MRSA in de thuiszorg

(M. van Mourik, persoonlijke communicatie, 6 maart 2018)

Bijlage 11: Richtlijn Vilans

Beschermende maatregelen (Versie 3)

Persoonlijke beschermingsmiddelen bij specifieke micro-organismen

Indicatie	Aparte kamer	Hand-schoenen	Over-schort	Mond-neusmasker [1]
Influenza (A en B)	Ja of cohort-verpleging[3]	Nee	Nee	Ja (FFP1)
MRSA[4]	Ja	Ja	Ja[5]	Ja (chirurgisch)
Norovirus[6]	Ja of cohort-verpleging	Ja	Ja, halter	Ja (FFP1) [22]
Pneumonie-Bronchitis met Multiresistente Micro-organismen (bijv. ESBL)[7]	Ja	Nee	Nee	Ja (FFP1)
Overige infecties met multiresistente microorganismen[8]	Nee	Ja	Ja[9]	Nee
Scabiës[10]	Nee	Ja	Ja[5]	Nee
Clostridium difficile	Ja	Ja	Ja[5]	Nee
Tbc[7]	Ja, liefst met sluis	Nee	Nee	Ja (FFP2)
Enterobacteriae-ceae incl ESBL, excl CPE	Nee	Ja[11]	Ja[11] halter	Nee[12]
CPE	Ja[13]	Ja[11]	Ja[5] [11]	Nee[12]
Acinetobacter species	Ja[16]	Ja[17]	Ja[17] [18]	Nee[19]
Pseudomonas aeruginosa	Nee	Ja[17]	Ja[17] halter	Nee[12]
Stenotrophomonas maltophilia	Nee	Ja[17]	Ja[17] halter	Nee[12]
Streptococcus pneumoniae (PRP)	Ja[13] [20]	Ja[17]	Ja[17] halter	Ja (FFP1)[21]
Enterococcus faecium (VRE)	Ja, bij voorkeur[13]	Ja[17]	Ja[17] halter	Nee[12]

Haarnetjes en/of overschoenen zijn in geen van de gevallen voorgeschreven

Bronnen

- LCHV. (2017). *Hygiënerichtlijn voor verpleeghuizen, woonzorgcentra en kleinschalig wonen.* Amsterdam: Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid.
- WIP. (2017). *WIP-richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen [VWK]* Leiden: WIP
- WIP. (2016). *Norovirus [VWK].* Leiden:WIP
- WIP. (2015) *Hygiënerichtlijn voor instellingen voor volwassene met een lichamelijke of verstandelijke beperking.* Leiden: WIP.
- WIP. (2015) *Hygiënerichtlijn voor instellingen voor kinderen met een lichamelijke of verstandelijke beperking.* Leiden: WIP.
- WIP. (2014) Verpleeghuizen, woonzorgcentra en voorzieningen voor kleinschalig wonen voor ouderen: Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO), Leiden: WIP
- WIP. (2011). *Hygiënerichtlijnen voor Psychiatrische inrichtingen.* Leiden: WIP
- LCI. (2009). *Mycoplasma pneumoniae-infectie* Bilthoven: LCI

Publicatiedatum

Gepubliceerd op 01-03-2018. © Copyright Vilans 2018

(Buurtzorg, persoonlijke communicatie, 10 april 2018).