

Basisvereisten Handhygiëne

Ziekenhuisbreed

TABEL 1 INFORMATIE

Naam	Basisvereisten Handhygiëne	
Domein	Ziekenhuisbreed	
Identificatie	A6	
Auteur	Vera De Troyer, Boudewijn Catry, Naïma Hammami, Sylvanus Fonguh, Annie Uwineza, Leen Popleu Dirk De Wachter	
Datum	14/10/2016	
Versie	5	
Status	Publicatie	
Historiek	Versie	Wijzigingen
	4	Meetprotocol Hoe wordt de kwaliteit van registratie gecontroleerd? Bepaling van Tellers en Noemers
	5	Plaatsen waar de controles uitgevoerd worden Lange mouwen criterium = polsen vrij

INHOUD

BasisFiche	Basisvereisten Handhygiëne	3
	Beschrijving en Achtergrond van de Indicator	3
	Definitie.....	3
	Relatie tot Kwaliteit.....	3
	Technische Fiche	4
	Type Indicator	4
	Bron.....	4
	Inclusie	4
	Exclusie.....	4
	Noemer	4
	Teller	4
	Detailindicatoren.....	4
Meetprotocol	Basisvereisten Handhygiëne	6
	Welke variabelen worden gevraagd?.....	6
	Hoe worden de gegevens gemeten of bepaald?	6
	Meetfrequentie.....	6
	Meetperiode	6
	Meetmethode	6

Wie is de doelgroep?.....	7
Hoe wordt de steekproef geselecteerd?.....	7
Wie registreert de variabelen?	7
Hoe worden de gegevens ingevoerd of gecodeerd?.....	8
Hoe wordt de kwaliteit van registratie gecontroleerd?.....	9
Wanneer en Hoe worden de gegevens aan de TTP bezorgd?	9
Verwerking Basisvereisten Handhygiëne	10
Formaat Gegevensbestand	10
Aanmaak Basisset voor verwerking	10
Kleine Cellen Analyse	10
Bepaling van Tellers en Noemers.....	10
Statistische Verwerking.....	11
Risico Aanpassingen (risk adjustment).....	11
Feedback Basisvereisten Handhygiëne	12
Rapportagefrequentie.....	12
Inhoud van de Rapportage.....	12
Formaat Rapportage	12
Validatie Basisvereisten Handhygiëne	13
A. Gegevensbronnen.....	13
B. Populatie.....	13
C. Verwerking (niet ziekenhuis specifiek)	13
D. Resultaten	13
Resultaat Inhoudelijke Validatie	13
Aanpak Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol.....	14
Resultaat Validatie en Haalbaarheid Meetprotocol.....	14
Contacten Basisvereisten Handhygiëne	15
Samenstelling Ontwikkelingsgroep	15
Samenstelling Validatieteam.....	15
Literatuur en Referenties Basisvereisten Handhygiëne	16
Overzicht van Bijlagen Basisvereisten Handhygiëne	17

BASISFICHE

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

BESCHRIJVING EN ACHTERGROND VAN DE INDICATOR

Bij deze indicator wordt bepaald in welke mate de basisvereisten voor een goede handhygiëne worden nageleefd.

Daartoe worden de handen van de professionals gecontroleerd op 8 essentiële punten, namelijk:

- de afwezigheid van armbanden;
- de afwezigheid van ringen;
- de afwezigheid van uurwerken en horloges;
- het hebben van verzorgde nagels;
- kortgeknipte nagels;
- de afwezigheid van nagellak;
- de afwezigheid van kunstnagels;
- de afwezigheid van lange mouwen.

Door een aantal bijkomende administratieve elementen te registreren, kan naast een totaal percentage voor het ziekenhuis eveneens een percentage per afdeling en per beroepsgroep berekend worden.

Daarnaast kan het percentage non-conformiteiten ten aanzien van een bepaald element (bijvoorbeeld ringen) gespecificeerd worden waardoor het eventueel mogelijk is om gerichte verbeteracties te plannen.

DEFINITIE

Het aandeel deelnemers met handen die voldoen aan de 8 basisvereisten voor een goede handhygiëne.

RELATIE TOT KWALITEIT

Handhygiëne is essentieel ter preventie van de transmissie van ziektekiemen. Desondanks de onomstotelijke wetenschappelijke evidentie met betrekking tot dit thema, lijkt het toch heel wat moeilijker om deze principes op een sluitende manier te kunnen implementeren in onze dagelijkse praktijk.

Specifiek wat betreft de compliantie van handhygiëne kan uit de statistieken van de nationale campagnes Handhygiëne afgeleid worden dat deze steeds toeneemt na een campagne, maar een terugval kent na het aflopen ervan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het herhaaldelijk motiveren en sensibiliseren van zorgprofessionals essentieel is, maar toch onvoldoende blijkt te zijn om een permanente gedragswijziging te bewerkstelligen. Gezien het belang van handhygiëne voor het garanderen van kwaliteitsvolle en patiëntveilige zorg werd binnen het QI-project een indicator geselecteerd om het proces van handhygiëne mee in kaart te brengen. Samen met de leden van de Ontwikkelingsgroep "Ziekenhuisbrede indicatoren" werd gekozen voor een procesindicator waarin wordt nagegaan in welke mate zorgverleners voldoen aan de 8 basisvereisten voor een goede handhygiëne.

Deze indicator wordt, gezien zijn relevantie, samen aangeboden met de andere procesindicatoren die in het kader van de nationale campagne worden opgevolgd. Het vormt de bedoeling om het aantal indicatoren rond handhygiëne in de loop van de komende jaren uit te breiden, dit in goed overleg met het federaal platform dat bevoegd is voor deze materie.

TECHNISCHE FICHE

TYPE INDICATOR

Procesindicator

BRON

Een observator bezoekt onaangekondigd en steekproefsgewijs de verpleegafdelingen, de medisch technische diensten en het operatiekwartier van het ziekenhuis en vraagt aan de aanwezige zorgverleners om hun handen te laten evalueren. Per zorgverlener wordt één lijn van het registratieblad ingevuld. Wanneer WIFI voorhanden is in het ziekenhuis, kunnen de gegevens direct, tijdens de observatie, in de webmodule worden ingevoerd.

De evaluaties worden ingevoerd in de databank via de website tool (<https://nsihweb.wiv-isp.be/>; cfr. infra). De interne observaties gebeuren door de betrokken ziekenhuishygiënist. De externe observaties gebeuren door 2 externe observatoren, die toegang krijgen tot de webmodule van het team ziekenhuishygiëne van het te onderzoeken ziekenhuis.

INCLUSIE

Iedere zorgverstrekker (arts, verpleegkundige, verpleeghulp, paramedicus, ...); evenals iedere professional (schoonmaakpersoneel, technische dienst, ...) die op een verpleegafdeling; een medisch technische dienst of in het operatiekwartier contact heeft met de patiënt of zijn directe omgeving, wordt geïncludeerd. Onder directe omgeving wordt het bedlinnen, het meubilair en de voorwerpen op de patiëntenkamer of lokalen waarin patiënten vertoeven verstaan. Een stratificatie is mogelijk op basis van de beroepsgroep.

Naar de toekomst toe is het niet uitgesloten dat deze indicator ruimer zal geïnterpreteerd worden en alle zorgprofessionals zullen worden meegenomen onafhankelijk van de plaats waar ze zich in het ziekenhuis bevinden.

EXCLUSIE

Geen

NOEMER

Aantal deelnemers aan de meetcampagne.

TELLER

Aantal personen met handen die voldoen aan de 8 basisvereisten voor een goede handhygiëne.

DETAILINDICATOREN

SUBINDICATOR: AANTAL VEREISTEN

De procentuele verdeling van het aantal vereisten dat gehaald wordt in het ziekenhuis. Concreet: hoeveel % van de deelnemers heeft 8 items in orde (en is dus in orde), hoeveel % heeft 7, 6, 5, ... items in orde.

SUBINDICATOR: AANDEEL VAN ITEMS IN ORDE

Deze indicator geeft aan hoeveel deelnemers voor een bepaald item in orde zijn. Dit laat toe om na te gaan op welke punten er nog verbetering mogelijk is.

SUBINDICATOR: VERGELIJKING INTERN MET EXTERN

Voor elk ziekenhuis zal ook nagegaan worden in welke mate de interne met de externe audit overeenstemmen.

MEETPROTOCOL

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

WELKE VARIABELEN WORDEN GEVRAAGD?

Tabel 2 Inputformaat

Naam	Beschrijving	Dataformaat
ID	Uniek (ziekenhuis)nummer per meetcampagne	4digits
(Afdeling)	Optioneel en code vrij te kiezen door het ziekenhuis	20karakters
Beroepsgroep	KlasseCode van de beroepsgroep waartoe de persoon behoort	1C {G,P,V,X}
Polshorloge	De persoon droeg 1 =een, 0 = geen polshorloge	Binair (1N: 1/0)
Armband	De persoon droeg 1 =een, 0 = geen armband	Binair (1N: 1/0)
Ring	De persoon droeg 1 =een, 0 = geen ring	Binair (1N: 1/0)
vuile nagels	De persoon had 1 =wel, 0 = geen vuile nagels	Binair (1N: 1/0)
Lange nagels	De persoon had 1 =wel, 0 = geen lange nagels	Binair (1N: 1/0)
Kunstnagels	De persoon droeg 1 =wel, 0 = geen kunstnagels	Binair (1N: 1/0)
Nagellak	De persoon droeg 1 =wel, 0 = geen nagellak	Binair (1N: 1/0)
Lange mouwen	De persoon droeg 1= wel, 0= geen lange mouwen	Binair (1N: 1/0)
Datum observatie	Datum & tijd dat deze record is ingevuld of aangepast	Tijdstempel
Observator	Interne medewerker (INT; 1) versus externe medewerker (EXT; 0)	Binair (1N: 1/0)

Het onderscheid tussen interne en externe observator wordt gemaakt doordat de externe observator "EXT" (in hoofdletters) toevoegt aan de initialen (bv. "BC EXT").

HOE WORDEN DE GEGEVENS GEMETEN OF BEPAALD?

MEETFREQUENTIE

Er zijn twee metingen per jaar.

Participatie aan deze indicator betekent dat men één maal op jaarbasis een interne meting uitvoert en één maal per jaar een externe meting laat plaatsvinden.

MEETPERIODE

De meetperiodes van interne en externe observaties worden meegedeeld door het QID bestuur.

MEETMETHODE

Voor de 8 controlevariabelen (polshorloge, armband, ring, vuile nagels, lengte nagels, valse nagels, nagellak, lange mouwen) wordt in een veld aangeduid of deze wel (0) of niet (1) in orde zijn. Voor elke te observeren persoon, wordt de betrokken beroepsgroep eerst aangeduid.

De controle van lange nagels vraagt een nauwkeurige bepaling. Om de lengte te kunnen bepalen wordt aan de proefpersoon gevraagd om de toppen van de vingers op ooghoogte van de observator te brengen met de handpalmen naar de observator gericht. Er wordt aangeduid of de observator de nagels wel (1) of niet (0) boven de vingertoppen ziet uitsteken.

De controle op kunstnagels slaat op zowel kunst- als gelnagels. Bij aanwezigheid van één van deze wordt het cijfer 1 genoteerd. Indien beide afwezig zijn op alle vingers van beide handen, wordt het cijfer 0 gebruikt.

De controle op nagellak en nagelverharders vraagt een nauwkeurige visuele controle. Ook kleurloze nagellak moet aangeduid worden. Bij de aanwezigheid van (sporen van) nagellak wordt het cijfer 1 genoteerd.

Voor de controlevariabele 'lange mouwen', wordt nagegaan of de polsen vrij zijn. Indien dit niet het geval is, wordt het cijfer 1 genoteerd. Indien de polsen vrij zijn, wordt het cijfer 0 genoteerd.

Indien alle 8 variabelen voor de betrokken persoon in orde zijn, kan in de webmodule dit in 1 handeling worden ingevoerd door het aanklikken van de afbeelding van de zuivere hand.

WIE IS DE DOELGROEP?

Alle zorgverstrekkers (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, logistiek assistenten, kinesithérapie, paramedici...) worden geïnccludeerd. Daarnaast worden alle andere professionals (schoonmaakpersoneel, technische dienst...) geïnccludeerd die contact hebben met een patiënt of zijn directe omgeving (bedlinnen, meubilair en voorwerpen).

HOE WORDT DE STEEKPROEF GESELECTEERD?

Per steekproef worden de handen van minimum 150 zorgverleners gecontroleerd. Voor de interne meting kan het ziekenhuis de steekproefgrootte uitbreiden, wat ons aangewezen lijkt.

De zorgverleners en professionals worden gerekruteerd op verpleegafdelingen, medisch-technische afdelingen of in het operatiekwartier. Hierbij vormt het ook de bedoeling dat de reden van deze audit wordt verduidelijkt aan de respondent. Naar de toekomst toe is het niet uitgesloten dat deze indicator ruimer zal geïnterpreteerd worden en alle zorgprofessionals zullen worden meegenomen onafhankelijk van de plaats waar ze zich in het ziekenhuis bevinden.

Wanneer de 150 zorgverleners at random worden gerekruteerd, wordt de verhouding van de verschillende groepen zorgverleners in de geselecteerde populatie voor deze audit geacht een weerspiegeling te zijn van deze verhouding in het ganse ziekenhuis.

WIE REGISTREERT DE VARIABELEN?

Deze observaties worden uitgevoerd door een professional die daartoe gemachtigd is door de ziekenhuishygiënist. Dit geldt zowel voor de interne als externe meting. Wat betreft deze laatste meting, betekent dit dat deze auditor zowel de meting uitvoert voor deze indicator als voor de indicator 'patiëntenidentificatie'.

De observatoren dragen een schort of beroepskledij (aangeleverd door het ziekenhuis) en zijn zelf 'ambassadeurs' van een goede handhygiëne. De handen van de observatoren voldoen met andere woorden aan de basisvereisten van handhygiëne.

Er worden 2 metingen op jaarbasis uitgevoerd.

De interne metingen wordt uitgevoerd door professionals eigen aan het ziekenhuis. De meting wordt niet aangekondigd.

Voor de externe meting wordt ieder ziekenhuis jaarlijks op een onaangekondigd moment gedurende één (halve) dag bezocht door 2 externe *peers*. De toewijzing van de auditoren en meetperiode is een bevoegdheid van het QID-bestuur. Bij de verdeling van de auditoren, wordt onder meer rekening gehouden met de grootte van het ziekenhuis, lokalisatie van het ziekenhuis (niet in de onmiddellijke buurt, maar ook haalbaar qua verplaatsing), ...waarbij erover gewaakt wordt dat de ziekenhuizen voldoende tijd krijgen om dit in te plannen in de agenda's van de medewerkers die extern een audit zullen uitvoeren. De externe auditoren melden uiterlijk 5 werkdagen na de audit aan het QID-bestuur op welke datum en uur de audit werd uitgevoerd (mailadres: kwaliteit@wvg.vlaanderen.be).

De externe auditoren controleren samen de handen van de professionals. Zij splitsen zich niet op voor de uitvoering van controles. Bij onenigheid tussen beide auditoren, geldt het strengste resultaat.

HOE WORDEN DE GEGEVENS INGEVOERD OF GECODEERD?

De meeste variabelen zijn binair en worden als 1 of 0 ingevoerd. Voor de beroepsgroepen wordt een code gehanteerd volgens deze tabel:

TABEL 3 BEROEPSGROEPEN

Code Beroep	G	P	V	X
	Arts	Paramedicus	Verpleegkundige Zorgkundige	Andere

De klasse *Paramedicus* verwijst naar alle gezondheidsberoepen in het ziekenhuis, met uitzondering van verpleegkundigen, zorgkundigen en artsen. Concreter: kinesisten, logopedisten, ergotherapeuten, diëtisten...

De klasse *Andere* bevat alle andere medewerkers die aanwezig zijn op de verpleegdienst: schoonmaakpersoneel, logistiek personeel, vrijwilligers, ...

Stagiairs (verpleegkunde, geneeskunde) worden meegeteld binnen de eigen discipline.

De registraties worden ingevoerd in de webtool die in het kader van de nationale campagne voor handhygiëne door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV-ISP) werd ontworpen. In de webmodule kan de beroepsgroep gedetailleerd worden aangeduid, waarna de hercodering automatisch verloopt. De tablet die in het kader van de 5^e nationale campagne voor handhygiëne aan de ziekenhuizen werd geschonken, wordt ter beschikking gesteld aan de observatoren (wanneer geen WIFI aanwezig is in het ziekenhuis wordt via een vaste computer toegang verleend tot de webmodule).

De interne observaties gebeuren via login/paswoord van het betrokken ziekenhuis. Voor de externe observaties, verleent het team ziekenhuishygiëne van het te observeren ziekenhuis de toegang tot hun webmodule zonder evenwel login/pas woord mee te delen. Met andere woorden, zij dienen toegang tot de ingelogde pagina te verlenen aan de externe observator.

De handleiding voor deze tool, kunt u terugvinden op volgende website http://www.nsih.be/download/HH/Usermanual_sharepoint_HH_NL.pdf. Specifieke informatie voor deze indicator vindt u vanaf pagina 13.

HOE WORDT DE KWALITEIT VAN REGISTRATIE GECONTROLEERD?

Doordat er naast een interne meting, ook 1 externe meting wordt georganiseerd, waarbij *peers* van een ander ziekenhuis dezelfde meting (qua methodologie) zullen uitvoeren en zij deze gegevens invoeren in het systeem van WIV-ISP, kan bepaald worden of het resultaat van de interne meting als betrouwbaar kan beschouwd worden.

Onmiddellijk na het invoeren van de gegevens gebeurt er een controle op de correctheid van het ingeven van de data. Hiervoor worden voor iedere indicator 20 lijnen van de ingegeven data gecontroleerd. Concreet betekent dit dat auditor 1, twintig lijnen van indicator 2 (patiëntidentificatie) controleert en auditor 2 twintig lijnen van indicator 1 (handhygiëne) controleert.

Wanneer er één of meer foute aanduidingen van een controlevariabele worden gevonden in minstens 2 van de 20 gecontroleerde lijnen, dan moeten alle resultaten terug nagekeken worden.

WANNEER EN HOE WORDEN DE GEGEVENS AAN DE TTP BEZORGD?

De gegevens worden middels uw akkoord vanuit het WIV-ISP op een veilige manier bezorgd aan de TTP (zie ook contract TTP – WIV-ISP).

Ziekenhuishygiënisten of gelijkwaardig registreren hun gegevens in de web-based data collectie tool (<https://nsihweb.wiv-isp.be/>), uiterlijk 14 dagen na het uitvoeren van de meting.

Machtiging ziekenhuizen voor datatransfert van deze NSIH gegevens– naar TTP.

In de engagementsverklaring, waarin ziekenhuizen aangegeven hebben aan welke domeinen zij participeren, werd een clause opgenomen waarmee ziekenhuizen hun toestemming gegeven hebben om deze datatransfert mogelijk te maken. Het VIP² zal aan het WIV-ISP een lijst bezorgen van de Vlaamse ziekenhuizen die wensen te participeren aan het VIP². Deze lijst zal continu moeten worden bijgewerkt (per meetperiode).

Het aanleveren van de gegevens door de ziekenhuizen gebeurt uiterlijk op 30 april en op 30 november van elk jaar. Vanuit het WIV-ISP wordt de data voor eind mei en voor eind december overgemaakt aan de Trusted Third Party (TTP) van het QI-project.

Omtrent de format waarin dit zal gebeuren, worden verdere afspraken gemaakt tussen het WIV-ISP en de TTP.

VERWERKING

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

FORMAAT GEGEVENSBESTAND

1. De TTP bezorgt een lijst aan het WIV-ISP met een overzicht van de Vlaamse ziekenhuizen en hun identificatienummer die wensen te participeren aan het project van Vlaamse kwaliteitsindicatoren. Deze lijst zal steeds actueel gehouden worden.
2. Gebaseerd hierop, zal het WIV-ISP (Sylvanus Fonguh) een specifiek bestand (format specificaties nog te definiëren met TTP) tweemaal per jaar op een veilige manier doorsturen met de geaggregeerde gegevens voor de basisvereisten handhygiëne per ziekenhuis (per campus of per fusie). **Deze datatransfer van de NSIH-gegevens van het WIV-ISP naar het TTP, en bijgevolg het VIP², zal dus enkel gebeuren voor de ziekenhuizen die een machtiging hebben gegeven (cfr. engagementsverklaring).** De betrokken periode wordt steeds gedefinieerd in de machtiging.

AANMAAK BASISSET VOOR VERWERKING

Alle gegevens geregistreerd in de webtool worden samengebracht in één globale basisset met toevoeging van het extra veld ZHID, dat uniek is per registratie (en dus ook het onderscheid maakt tussen de interne uitgevoerde en externe meting) en twee extra berekende velden HandenOK en NItemsOK. De gegevensset wordt zoals overeengekomen in het contract en via de vastgelegde dataflow goedgekeurd in het QID-bestuur, overgemaakt van het WIV-ISP aan de TTP.

KLEINE CELLEN ANALYSE

Omwille van privacy worden groepen met minder dan 20 registraties niet verder verwerkt. De tellers en noemers van deze groepen worden niet opgenomen in de dataset. De verschillende aggregatiegroepen zijn:

- Het ziekenhuis
- Een afdeling of campus
- Een beroepsgroep in het ziekenhuis
- Een beroepsgroep in een afdeling

BEPALING VAN TELLERS EN NOEMERS

Uit de basisset worden drie subsets aangemaakt met geaggregeerde gegevens opgedeeld naar ziekenhuis, meetperiode (1^e of 2^e semester), type meting (intern of extern) en beroepsgroep en afdeling. Een overzicht van alle variabelen die als teller of noemer dienst doen, staat in de volgende tabel.

Tabel 4 datasubsets, voorwaarden, aggregatiegroepen en variabelen

Subset	Voorwaarde(n)	Aggregatiegroepen	Variabelen
1	Deelname ¹	Ziekenhuis Meetperiode	Aantal registraties Aantal deelnemers

¹ Zolang de variabele “deelname” niet gescoord wordt (zie p. 5) zal in deze subset het “Aantal registraties” en “Aantal deelnemers” gelijk zijn.

		Type Meting Afdeling Beroepsgroep	
2	Handen OK	Ziekenhuis Meetperiode Type Meting Afdeling Beroepsgroep	Aantal per beroepsgroep van de deelnemers Aantal handen OK
3	Items OK	Ziekenhuis Meetperiode Type Meting Afdeling Beroepsgroep	Aantal deelnemers zonder polshorloge Aantal deelnemers zonder armband Aantal deelnemers zonder ring Aantal deelnemers met zuivere nagels Aantal deelnemers met korte nagels Aantal deelnemers zonder kunstnagels Aantal deelnemers zonder nagellak Aantal deelnemers zonder lange mouwen

STATISTISCHE VERWERKING

Naast de bepalingen van mediaan en kwartielgrenzen, inclusief uitschieters voor de boxplots en radardiagramma hieronder, wordt ook het verschil bestudeerd tussen de interne en externe metingen. Er wordt nagegaan of er een statistisch verschil is tussen beide metingen op basis van Fisher's exact test, met significantieniveaus van $p < 0,05$ en $p < 0,01$.

Het verschil tussen beide metingen wordt vergeleken met het globale verschil voor alle ziekenhuizen samen.

RISICO AANPASSINGEN (RISK ADJUSTMENT)

Geen

FEEDBACK

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

RAPPORTAGEFREQUENTIE

Er wordt tweemaal per jaar een feedback georganiseerd. De eerste feedback wordt na confirmatie van de verwerkte resultaten tegen juli van elk jaar aangemaakt op basis van de eerste meting van het betrokken jaar. De tweede feedback wordt tegen februari van het volgende jaar aangemaakt op basis van alle gegevens van het betrokken jaar, zowel van de interne als van de externe audit.

INHOUD VAN DE RAPPORTAGE

Halfjaarlijks op ziekenhuisniveau. De gegevens op afdelingsniveau worden ter beschikking gesteld in een databestand voor eigen verwerking.

FORMAAT RAPPORTAGE

Geef de technische details van de rapporten.

VALIDATIE

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

A. Gegevensbronnen

Ziekenhuisinvoer via beveiligde website. De toegang is beperkt tot erkende vertegenwoordigers van ziekenhuishygiëne, desgevallend aangevuld met medische directie. (gegevensbank NOSOaddress beheerd door WIV-ISP).

B. Populatie

De betrokken studiepopulatie betreft het zorgpersoneel binnen de deelnemende ziekenhuizen aan het VIP²-project. De hier verkregen gegevens betreffende de basisvereisten handhygiëne en de tendensen van het voorkomen, worden vergeleken met de gegevens van de nationale handhygiëne campagnes (Costers et al., 2012).

C. Verwerking (niet ziekenhuis specifiek)

De resultaten betreffende het opvolgen van de basisvereisten van WIV-ISP en de TTP zullen vergeleken worden, zodat er geen inconsistenties gerapporteerd worden naar de ziekenhuizen.

Sponsor reports: National annual reports will be posted online on the website <http://www.nsih.be/> (login niet vereist).

D. Resultaten

In de feedback naar de ziekenhuizen moet men twee stappen onderscheiden.

Vooreerst krijgt het ziekenhuis zijn data aangeboden 'ter confirmatie'. Deze data worden online gepubliceerd en zijn dus enkel voor het betrokken ziekenhuis toegankelijk via de beveiligde website <https://nsihweb.wiv-isp.be> (login vereist). Ziekenhuizen beantwoorden de goede ontvangst per mail en **valideren** hun **eigen** ziekenhuisresultaten **zonder kennisgeving van het nationaal gemiddelde**. Dit teneinde de betrokken ziekenhuisactoren en directies te stimuleren voor reflectie. Tegelijkertijd wordt vertekening van interpretatie door vergelijking met het geaggregeerde gemiddelde en spreiding vermeden.

Pas nadien worden alle gegevens verwerkt en wordt een 'terugkoppeling' aangeleverd waarbij het ziekenhuis zich zal kunnen positioneren ten aanzien van het gemiddelde en de andere participerende ziekenhuizen. Deze resultaten worden gepubliceerd op de beveiligde sFTP-server van het VIP² en kunnen vervolgens ook gebruikt worden voor externe rapportering.

RESULTAAT INHOUDELIJKE VALIDATIE

Deze indicator werd binnen het VIP²-project gevalideerd in het najaar van 2012. 28 Vlaamse ziekenhuizen hebben aan deze validatie oefening geparticipeerd en omvatte zowel een interne als een externe meting.

- Oproep vanuit ICURO tot participatie aan de validatie-oefening

- Informatievergadering voor de geïnteresseerde ziekenhuizen
- Externe auditteams werden samengesteld vanuit ICURO.
- Aan de ziekenhuizen werden hun individuele feedbacks bezorgd. Door het nakijken van deze resultaten werden ook enkele verwerkingsfouten van de gegevens gedetecteerd en gecorrigeerd.
- Na de validatie-oefening werden de deelnemende ziekenhuizen uitgenodigd om te participeren aan een bevraging.
- De feedback vanuit de ziekenhuizen werd teruggekoppeld naar de ontwikkelingsgroep 'Ziekenhuisbrede indicatoren' en meegenomen in de verdere optimalisatie van deze indicator.
- Dit meetprotocol werd ook overgemaakt naar het Federaal Platform Handhygiëne en de voorzitter van de werkgroep Handhygiëne. Er werden geen wijzigingen of aanvullingen gevraagd.
- Het meetprotocol werd voorgelegd aan het QID-bestuur. Op basis van hun feedback werden, na bespreking in de ontwikkelingsgroep 'Ziekenhuisbrede indicatoren', een aantal wijzigingen doorgevoerd.

Lange termijn evoluties zijn minimum noodzakelijk voor een inhoudelijke validatie. Dit impliceert het uitfilteren van systematische fouten door alle betrokkenen en peer review in wetenschappelijke publicaties. Hierbij wordt het insluiten van de indicator in een (bestaand, bv. WIV-ISP ISO 9001) kwaliteitssysteem aanbevolen.

AANPAK VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

Deze indicator werd in het najaar van 2012 onderworpen aan een validatieonderzoek waaraan 28 ziekenhuizen participeerden. Doelstelling was om de werkwijze te evalueren en een concreet idee te krijgen van de tijdsinvestering.

RESULTAAT VALIDATIE EN HAALBAARHEID MEETPROTOCOL

De voorgestelde werkwijze bleek heel goed mogelijk en de bevindingen uit deze validatie werden mee opgenomen in deze projectfiche, waaronder ook de geprojecteerde werklust.

Eerste geaggregeerde rapportage voorzien Q1 2014.

CONTACTEN

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

SAMENSTELLING ONTWIKKELINGSGROEP

- voorzitter: Dr. B. Michielsens
- Leden van de ontwikkelingsgroep:
Dr. B. Catry, Dr. N. Hammami, Mevr. V. De Troyer, Mr. D. De Wachter, Mr. S. Fonguh, Mevr. A. Uwineza, Dr. Leen Popleu.
- Mevr. N. Baillieul, Mevr. M. Beles, Drs. J. Bergs, Mevr. A. Braet, Mr. W. Claessens, Mevr. H. Collier, Mevr. S. Debroe, Mevr. L. De Paepe, Mr. K. Derijckere, Dr. K. Fierens, Dhr. J. Guillaume, Dr. M. Haspeslagh, Prof. Dr. J. Hellings, Mr. J. Huylebroeck, Mr. L. Meyers, Prof. dr. D. Ramaekers, Dr. E. Tambuyzer, Mr. P. Van Daele, Mevr. K. Vandervennet, Mevr. G. Van de Water, Mevr. N. Van Hoof, Mr. J. Van Mierlo en Mevr. K. Van Valkenborgh

SAMENSTELLING VALIDATIETEAM

Dr. B. Michielsens, Dirk De Wachter, Vera De Troyer, Isabelle Laevens

LITERATUUR EN REFERENTIES

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

COSTERS, M., VISEUR, N., CATRY, B., SIMON, A. FOUR MULTIFACETED COUNTRYWIDE CAMPAIGNS TO PROMOTE HAND HYGIENE IN BELGIAN HOSPITALS BETWEEN 2005 AND 2011: IMPACT ON COMPLIANCE TO HAND HYGIENE (2012) EUROSURVEILLANCE, 17 (18)

OVERZICHT VAN BIJLAGEN

BASISVEREISTEN HANDHYGIËNE

Papieren Registratiefiche

Handleiding voor elektronische registratie via de WEBtool

http://www.nsih.be/download/HH/Usermanual_sharepoint_HH_NL.pdf