

Prikaccident; wat zal ik doen!?

Praktijkgericht onderzoek naar het melden
van prikaccidenten
in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Onderzoeksverslag

Auteur: Stephanie Oele (64830)

20-05-2016

HZ University of Applied Sciences

Bachelor Verpleegkunde

Prikaccident; wat zal ik doen!?

Onderzoeksverslag bacheloropleiding verpleegkunde

Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek

CU06006

Opdracht

Praktijkgericht onderzoek Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Auteur

Stephanie Oele

00064830

oele0012@hz.nl

Differentiatie Algemene Gezondheidszorg (AGZ)

1^e Hogeschoolbegeleider

J.M.I. den Boer

j.den.boer@hz.nl

2^e Hogeschoolbegeleider

I. Padmos

iman.padmos@hz.nl

Onderwijsinstelling

HZ University of Applied Sciences

Postbus 364

4380 AJ Vlissingen

Datum

20-05-2016

Plaats

Vlissingen

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Prikaccident; wat zal ik doen!'. Het onderzoeksverslag is geschreven naar aanleiding van het afstudeeronderzoek dat in het vierde leerjaar van de bacheloropleiding verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences is uitgevoerd. Het afstudeeronderzoek maakt deel uit van de cursus 'Het praktijkgerichte afstudeeronderzoek'.

Het doel van dit afstudeeronderzoek was om inzicht te krijgen in het handelen van verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis na een prikaccident en de redenen die ten grondslag liggen aan het wel of niet handelen volgens het protocol. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek is een aanbeveling gedaan aan het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis en de opleiding verpleegkunde aan de HZ University of Applied Sciences.

Via deze weg wil ik mijn begeleiders en medestudenten bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van het onderzoeksverslag. Het advies en inzicht van mijn begeleiders Judith den Boer en Iman Padmos is zeer waardevol geweest. Tevens hebben zij ondersteuning geboden bij het maken van belangrijke keuzes gedurende het onderzoeksproces. De studenten in mijn peergroup hebben de tijd genomen om inspiratie te bieden en feedback te geven. Ik wil Judith den Boer, Iman Padmos en mijn peergroup bedanken voor de ondersteuning bij het schrijven van mijn onderzoeksverslag.

Stephanie Oele

Vlissingen, mei 2016

Samenvatting

Aanleiding - In Nederland worden jaarlijks circa 13.000 tot 15.000 prikaccidenten gemeld. Dit is maar de helft van alle prikaccidenten die zich voordoen in Nederland. Ondanks de mogelijke fysieke en mentale gevolgen die een prikaccident met zich meebrengt en goede hulpmiddelen om het prikaccident af te handelen, zijn er diverse redenen waarom prikaccidenten niet worden gemeld. Om meer inzicht te krijgen in dit onderwerp is er een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). De volgende doelstelling is gehanteerd: 'het verkrijgen van inzicht in het handelen van verpleegkundigen van het ADRZ na een prikaccident en de redenen die ten grondslag liggen aan het wel of niet handelen volgens het protocol'.

Methode – Voor het kwantitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een zelf opgestelde vragenlijst. De vragenlijst is digitaal uitgezet onder de onderzoekspopulatie van 350 verpleegkundigen. De benadering van de onderzoekspopulatie voor deelname aan het onderzoek vond plaats via de leidinggevenden van de geselecteerde afdelingen. De verworven gegevens zijn geanalyseerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Resultaten - Het onderzoek heeft een respons behaald van bijna 28% (N=97). Ongeveer de helft van de respondenten (N=48) heeft één of meerdere prikaccidenten gehad. Circa 70% (N=33) van de respondenten die een prikaccident hebben gehad, hebben het prikaccident gemeld volgens het protocol. De voornaamste redenen om het prikaccident te melden waren volgens de respondenten de professionele plicht, het bewustzijn van de risico's en de mogelijkheid om de risico's te laten beoordelen door een deskundige. De veertien respondenten die het prikaccident niet hebben gemeld volgens protocol noemden als voornaamste oorzaak de onwetendheid over de te volgen stappen na een prikaccident. Zo wisten zes respondenten niet waar het prikaccident gemeld moest worden en vier andere respondenten wisten niet hoe dit moest gebeuren. De begeleiding vanuit het ADRZ werd door veertien respondenten niet als voldoende ervaren.

Discussie - De onderrapportage bleek in dit onderzoek 30%, terwijl onderzoek van Ruijs et al. (2008) aantoonde dat 50% van de verpleegkundigen een prikaccident niet meldt. Er bestaat een samenhang in de resultaten tussen het plaatsvinden van prikaccidenten bij bepaalde leeftijden en aantal jaren ervaring, dit komt overeen met een onderzoek van Martins et al. (2012). Zoals ook Van Wijk-Nijssen (2009) al aantoonde, blijkt er meer prioriteit te worden gegeven aan hoog risico accidenten dan aan laag risico accidenten. Tijdsgebrek en schaamte bleken, ondanks dat de literatuur dit beschreef, geen factor om het prikaccident niet te melden. Onduidelijkheid over de te nemen stappen na een prikaccident blijkt hier, zoals ook Van Wijk – Nijssen (2009) beschreef, wel een rol in te spelen.

Conclusie en aanbevelingen - Het merendeel van de bevraagde verpleegkundigen zegt te hebben gehandeld volgens het protocol; zij hebben het prikaccident juist gemeld. Het bestaan van het prikaccidentenprotocol is bij de meeste bevraagde verpleegkundigen bekend, echter weet een deel van de verpleegkundigen niet hoe en waar dit protocol te vinden is en welke stappen moeten worden ondernomen. Dit waren de voornaamste redenen voor diverse verpleegkundigen om het prikaccident niet te melden. Aanbevelingen richten zich voornamelijk op een toegankelijker en duidelijker protocol. Een meer eenduidig beleid onder deskundigen en het vergroten van kennis omtrent prikaccidenten en het gebruik van het protocol kunnen bijdragen aan het verminderen van een onderrapportage van prikaccidenten.

Abstract

Occasion - Around 13.000 to 15.000 needlestick incidents are reported every year. These numbers are suspected to only be half as high as the actual amount of needlestick incidents that occur in the Netherlands. Despite the potential physical and mental consequences and the availability of sophisticated devices to settle done damage, multiple reasons to not report a needlestick incident can be identified. To gain more insight into this subject, research is conducted in the 'Admiraal de Ruyter Ziekenhuis' (ADRZ). The goal of this research can be described as follows: 'acquiring insight into the reaction nurses of ADRZ show after suffering from a needlestick incident. Additionally finding the reasons for whether the nurses report the incident or not'.

Method - Quantitative research has been conducted through a self-assembled questionnaire. This survey has been dispatched digitally over the target population of 350 nurses working at ADRZ by sending it to the team leaders of the different departments, after which the team leaders approached their employees. The acquired responses have been analysed by using the statistical analysis program SPSS.

Results - Almost 28% (N=97) of the target population responded by filling in the questionnaire. Roughly half of the initial respondents have had experience with at least one needlestick incident (N=48) while working at ADRZ. Circa 70% of the respondents (N=33) with needlestick incident experience have reported their incident conform protocol. The most mentioned reasons for filing a report are according to the respondents professional duty, their awareness of the risks and the possibilities to rule out risks through an expert's opinion. The fourteen respondents that have not reported their incident mentioned ignorance related to the necessary steps that had to be taken as the main reasons for their insufficient settlement of the incident. For instance, six respondents did not know where to report the incident and four others did not know how to report the incident. The supervision provided by ADRZ has proven insufficient to fourteen respondents.

Discussion - At ADRZ, underreporting reached 30% while research conducted by Ruijs et al. (2008) proved that 50% of the respondents did not report their incident. Martins et al. (2012) stated that age and experience show a correlation with needlestick incidents. This research has also shown a correlation between said variables. In addition, high risk incidents receive more attention than low risk incidents, like Van Wijk – Nijssen (2009) previously described. Despite other studies showing that a lack of time and feeling ashamed are determining factors in not reporting an incident, this study has showed no such results whatsoever. Uncertainty regarding the required steps that have to be taken after an incident however, do influence the decision to not report an incident, as Van Wijk-Nijssen (2009) also described.

Conclusion and recommendations - Most of the nurses that participated in this study claim to have acted according to the protocol by reporting about their incident in the right way. Most of the nurses are aware of the protocol, although some of them do not know about the whereabouts of it or how to act after an incident. These two reasons have proven most crucial in the decision for nurses to not report about their incident. Recommendations concern improving the awareness of the protocol by making it more accessible and easy to comprehend. Additionally, a more explicit policy for experts and improving knowledge about needlestick injuries could prove helpful in reducing underreporting.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	1
Doelstelling.....	2
Centrale onderzoeksvraag.....	2
Deelvragen	2
Relevantie van het probleem voor het verpleegkundig beroep	2
Leeswijzer	3
1. Theoretisch kader	4
1.1 Zoekplan	4
1.1.1 Zoekvragen	4
1.1.2 Databanken	4
1.1.3 Zoekwoorden.....	4
1.1.4 Zoekcriteria.....	5
1.1.5 Registratie zoekacties.....	5
1.2. Prikaccidenten in de praktijk	7
1.2.1 Omvang en risico zorgsector	8
1.2.2 Prikaccidenten in het ziekenhuis	8
1.3 Gevolgen prikaccident.....	9
1.3.1 Gevolgen prikaccident op fysiek gebied.....	9
1.3.2 Gevolgen prikaccident op mentaal gebied.....	9
1.4 Protocollen en richtlijnen	9
1.5 Melden prikaccident.....	10
1.5.1 Melden prikaccident volgens protocol.....	10
1.5.2 Redenen voor het wel of niet- melden van een prikaccident	11
1.6 Samenvatting.....	12
2. Methode	13
2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp	13
2.2 Onderzoekspopulatie	13
2.3 Plaats en tijd	14
2.4 Dataverzameling.....	14
2.4.1 Benadering onderzoekspopulatie	14
2.4.2 Meetinstrument	14
2.4.3 Operationalisatie	15
2.5 Dataregistratie en dataverwerking.....	16

2.6	Data-analyse	16
2.7	Betrouwbaarheid en validiteit.....	17
2.7.1	Betrouwbaarheid.....	17
2.7.2	Validiteit	18
2.8	Juridische en ethische aspecten.....	18
3.	Resultaten.....	19
3.1	Algemene gegevens.....	19
3.2	Likertschaal risico-inschatting en deskundigheid.....	20
3.3	Likertschaal meldcultuur en meldingsbereidheid	21
3.4	Likertschaal meldsysteem	21
3.5	Plaatsvinden prikaccidenten	21
3.6	Melden prikaccidenten.....	22
3.6.1	Respondentkenmerken en meldgedrag.....	23
3.7	Redenen voor het wel- of niet melden van het prikaccident.....	24
3.8	Begeleiding na het prikaccident	24
4.	Discussie	26
4.1	Plaatsvinden en melden prikaccidenten	26
4.3	Factor risico-inschatting en deskundigheid.....	26
4.4	Factor meldcultuur en meldingsbereidheid (attitude).....	27
4.5	Factor meldsysteem	27
4.6	Sterke en zwakke punten van het onderzoek	27
5.	Conclusie en aanbevelingen	28
5.1	Conclusie	28
5.2	Aanbevelingen.....	29
	Bronnenlijst	31
Bijlage 1	Prikaccidentenprotocol Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	34
Bijlage 2	Toestemming tot uitvoering onderzoek Admiraal de Ruyter Ziekenhuis	36
Bijlage 3	Meetinstrument	37
Bijlage 4	E-mail benadering leidinggevenden en onderzoekspopulatie	41
Bijlage 5	Overzicht dataview en variable view SPSS	43
Bijlage 6	Beoordelingsformulier onderzoeksverslag.....	49

Inleiding

In Nederland worden jaarlijks circa 13.000 tot 15.000 prikaccidenten gemeld (Ruijs, van Wijk, Heimeriks, Boland, Karagiannis, & Geraedts, 2008). Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2007) omschrijft in de richtlijn 'Landelijke Richtlijn Prikaccidenten' het begrip prikaccident als volgt: "Bij een prikaccident komt bloed (of andere lichaamsvloeistoffen) van de ene persoon via een scherp voorwerp in het lichaam van een ander" (p.4).

Een prikaccident kan leiden tot fysieke en mentale gevolgen voor het 'slachtoffer'. Door prikaccidenten kunnen infecties worden overgedragen van persoon op persoon. De overdracht van het hepatitis B-virus (HBV), het hepatitis C-virus (HCV) of het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) kan uitmonden in het ontstaan van een ernstige, chronische ziekte (Ruijs et al., 2008). Door het mogelijke infectiegevaar kan ook onrust, angst of stress ontstaan bij het slachtoffer. Mede door de mogelijke fysieke en mentale gevolgen is aandacht voor prikaccidenten erg belangrijk.

De helft van de prikaccidenten in Nederland vindt plaats in het ziekenhuis. In het ziekenhuis lopen verpleegkundigen het hoogste risico op een prikaccident (Ruijs et al., 2008; van Wijk, 2014). Er zijn diverse maatregelen, protocollen en richtlijnen omtrent prikaccidenten beschikbaar voor de zorgsector. De Landelijke Richtlijn Prikaccidenten wordt sinds 2007 gebruikt in Nederland (van Wijk, 2014). Deze richtlijn is bedoeld voor artsen en overige hulpverleners die betrokken zijn bij de beoordeling van prikaccidenten (RIVM, 2007). Hierdoor kan op gestructureerde wijze een inschatting worden gemaakt van het risico op infectie met HBV, HCV en HIV ten gevolge van het accident. Afhankelijk van dit risico worden al dan niet maatregelen geadviseerd om het 'slachtoffer' tegen infectie te beschermen of een eventueel opgetreden infectie in een vroeg stadium te onderkennen. Daarnaast behoren werkgevers in de zorgsector voor de afhandeling van prikaccidenten te beschikken over een prikaccidentenprotocol, dat voor de werknemers beschikbaar en bekend moet zijn (Ruijs et al., 2008). Het is belangrijk dat medewerkers weten wat zij moeten doen wanneer ze een prikaccident hebben gehad (Ruijs et al., 2008).

Ondanks het bestaan van deze instrumenten omvatten alle jaarlijkse meldingen die in Nederland worden gedaan naar schatting maar de helft van alle prikaccidenten die zich voordoen in de zorg (Ruijs et al., 2008). De onderrapportage, het niet melden van prikaccidenten, wordt door Van Wijk (2009) beschreven in zijn rapport 'Improving the management of blood exposure accidents in the Netherlands'. Dit rapport verwijst naar een ongepubliceerde Belgische studie naar prikaccidenten onder verpleegkundigen. Uit deze cijfers is gebleken dat circa 50% van de prikaccidenten niet was gemeld door verpleegkundigen in het ziekenhuis. Het RIVM (2008) geeft in het rapport 'prikaccidenten in de arbeidssituatie' diverse redenen waarom veel prikaccidenten niet worden gemeld, namelijk: de schaamte voor onhandigheid, het tijdsbeslag van de afhandeling van het accident, de angst voor mogelijke beperkingen na infectie of eigen inschatting van de ernst van het accident.

Het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ) maakt een registratie van het aantal prikaccidenten dat per jaar plaatsvindt op de werkvloer. Uit cijfers van het ADRZ blijkt dat in het jaar 2012 35 prikaccidenten zijn gemeld. In het jaar 2013 en 2014 waren er respectievelijk 35 en 36 meldingen. Er is geen schatting bekend van het totale aantal prikaccidenten dat heeft plaatsgevonden; er is geen

inzicht in niet gemelde prikaccidenten in het ziekenhuis. Daarnaast is er geen complete registratie van het aantal prikaccidenten in het ziekenhuis beschikbaar. Een fusieperiode van 2007 tot 2011 heeft ervoor gezorgd dat een deel van de registratie van prikaccidenten verloren is gegaan. Meer inzicht in het totale aantal prikaccidenten dat per jaar voorkomt in het ADRZ zou een betrouwbaarder beeld geven van het plaatsvinden van prikaccidenten en de ondermelding van prikaccidenten. Tevens is het noodzakelijk dat de redenen die ertoe leiden dat verpleegkundigen het prikaccident wel of niet melden onder de aandacht worden gebracht. Wanneer een prikaccident niet wordt gemeld dan betekent dit dat er niet wordt gehandeld volgens het protocol. Het handelen van een verpleegkundige dient hier echter altijd op gebaseerd te zijn (Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), 2015).

Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in het handelen van verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis na een prikaccident en de redenen die ten grondslag liggen aan het wel of niet handelen volgens het protocol na een prikaccident.

Centrale onderzoeksvraag

In hoeverre handelen verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis na een prikaccident volgens het protocol en welke redenen liggen ten grondslag aan het wel of niet handelen volgens het protocol?

Deelvragen

1. In welke mate beschikken de verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis over kennis, attitude en vaardigheden voor het afhandelen van prikaccidenten?
2. Welke redenen geven verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis voor het wel of niet volgen van het protocol na een prikaccident?

Relevantie van het probleem voor het verpleegkundig beroep

Verpleegkundigen dienen te werken volgens professionele standaarden en normen (Hesselink, 2010). Dit houdt in dat het handelen is gebaseerd op het gebruik van onder andere regels, richtlijnen, protocollen, gedragsregels en wet- en regelgeving (V&VN, 2015). Verpleegkundigen bieden steeds vaker complexe zorg aan de patiënt waardoor onvoorspelbare situaties zich kunnen voordoen. Een prikaccident is één van deze situaties. Als (bachelor) verpleegkundige behoort je vraagstukken in complexe situaties op te kunnen lossen (Hesselink, 2010). In het geval van een prikaccident dient de verpleegkundige het beschikbare (prikaccidenten) protocol te raadplegen en de situatie volgens protocol af te handelen. De professionaliteit van de verpleegkundige staat hierbij voorop, waarin hij geacht wordt incidenten in alle gevallen te melden en altijd te werken volgens bestaande protocollen. Een verpleegkundige moet goed kunnen werken met protocollen en moet weten wanneer hiervan afgeweken mag of kan worden (Hesselink, 2010). Door verantwoording te nemen voor fouten en maatregelen op te stellen en te ontwikkelen helpt een verpleegkundige om de organisatie van zorg continu te verbeteren (Schalken & Koekkoek, 2010).

Naast professionaliteit staat ook veiligheid centraal in het verpleegkundig beroep. Voor verpleegkundigen is de veiligheid van de patiënt van belang. Zij hechten ook waarde aan hun eigen veiligheid tijdens het werk (Douwes, van den Heuvel, & Sonneveld, 2008). Een goede risico-inschatting van de verpleegkundige is van belang om zijn gezondheid te waarborgen. Doordat verpleegkundigen een voorbeeldfunctie hebben (Hesselink, 2010), dienen zij deze houding ook over te kunnen brengen naar collega's en verpleegkundigen in opleiding.

Verpleegkundigen horen zich volgens de beroepscompetenties te blijven ontwikkelen en vakliteratuur bij te houden. Ze behoren mee te werken aan de deskundigheid van de beroepsgroep waardoor de kwaliteit van het beroep op peil blijft (Hesselink, 2010). Dit onderzoek is gericht op deskundigheidsbevordering. Er wordt kennis overgedragen omtrent de risico's van een prikaccident en het belang van handelen volgens het protocol na een prikaccident. Daarnaast worden belemmeringen opgespoord voor het niet melden van een prikaccident. Mogelijk kunnen deze worden geïdentificeerd en in de praktijk worden aangepakt. Het onderzoeksverslag laat aan verpleegkundigen zien welke afweging(en) zij (het beste) kunnen maken na een prikaccident.

Leeswijzer

Het hoofdstuk 'theoretisch kader' bevat de zoekstrategie voor het bronnenonderzoek. De zoekacties zijn geregistreerd in een zoekboom, welke in het zoekplan is opgenomen. In het tweede deel van het hoofdstuk is het onderzoeksprobleem uitgewerkt. De methode van het onderzoek is beschreven in hoofdstuk 2. Dit hoofdstuk maakt het 'wie, wat, waar en wanneer' van dit onderzoek inzichtelijk. Zo zijn het onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie en de wijze van dataverzameling en – analyse beschreven. Hierbij hoort onder andere een verantwoording van het gebruikte meetinstrument. De wijze waarop de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek is bevorderd is toegelicht. In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van het onderzoek inzichtelijk gemaakt door middel van diverse analyses, waarvan de uitkomsten zijn weergegeven in tabellen en figuren. De resultaten zijn in hoofdstuk 4 bediscussieerd aan de hand van de literatuur. Tevens zijn in het hoofdstuk 'discussie' de sterke en zwakke punten van dit onderzoek ter sprake gebracht. Tot slot is er in hoofdstuk 5 antwoord gegeven op de onderzoeksvraag (en deelvragen) en een aanbeveling gedaan aan de organisatie ADRZ. De bronvermelding en literatuurlijst zijn opgesteld volgens de APA-richtlijnen.

1. Theoretisch kader

In het hoofdstuk 'theoretisch kader' is het zoekplan beschreven en het onderzoeksprobleem uitgewerkt. Het zoekplan bevat de zoekmethode van het bronnenonderzoek en de geïnccludeerde artikelen in een zoekboom. De uitwerking van het onderzoeksprobleem omvat actuele theorie over het onderwerp, deze theorie is gebaseerd op de geïnccludeerde literatuur uit het bronnenonderzoek.

1.1 Zoekplan

De Big⁶-methode was de leidraad bij het uitvoeren van het bronnenonderzoek. Deze methode presenteert zes regels op grond waarvan de zoekopdracht is omschreven, informatie is gezocht en de resultaten zijn geëvalueerd. De zoekmethode was geschikt voor het zoeken naar alle beschikbare vormen van informatie (Verhoeven, 2011). De stappen die zijn doorlopen bij het bronnenonderzoek zijn hieronder beschreven.

1.1.1 Zoekvragen

Er zijn zoekvragen opgesteld om het probleem te definiëren. Met behulp van de zoekvragen is er onbekende informatie over het onderwerp verkregen. De volgende zoekvragen zijn gebruikt om informatie te zoeken:

- Wat wordt verstaan onder een prikaccident en hoe vaak komt het voor?
- Wat zijn de mogelijke gevolgen van een prikaccident voor de verpleegkundige op fysiek en mentaal gebied?
- Hoe verloopt het melden van een prikaccident volgens protocol en welke rol speelt de verpleegkundige hierin?
- Welke beweegredenen heeft de verpleegkundige om een prikaccident wel of niet te melden?
- Beschikt de verpleegkundige over voldoende kennis om de risico's van een prikaccident in te kunnen schatten?
- Beschikt de verpleegkundige over de juiste attitude en vaardigheden voor het melden van een prikaccident?

1.1.2 Databanken

In de volgende databanken is naar literatuur gezocht: HBO kennisbank, HBO voorsprong, Pubmed, NARCIS, ScienceDirect, Springerlink en Google Scholar.

Door middel van de sneeuwbalmethode leverden artikelen van de bovenstaande databanken nieuwe resultaten op. Door het toepassen van deze methode is er naar nieuwe literatuur gezocht op basis van de kenmerken (bijvoorbeeld auteur, verwijzingen of citaties) van al gevonden publicaties (Universiteit Utrecht, 2016).

Het bronnenonderzoek leverde daarnaast publicaties op bij het RIVM en het Nationaal Hepatitis Centrum (NHC).

1.1.3 Zoekwoorden

Uit de zoekvragen zijn steekwoorden afgeleid, deze zijn gebruikt als zoektermen voor het bronnenonderzoek. Combinatie van diverse zoektermen heeft geleid tot een meer verfijnde zoekopdracht. De combinaties van zoektermen zijn opgesteld met behulp van de booleaanse

operator 'AND'. Booleaanse operatoren geven de relaties tussen steekwoorden weer. De termen en combinaties zijn Nederlands- en Engelstalig, zie tabel 1.

Tabel 1 Zoekwoorden en zoekcombinaties bronnenonderzoek

Bloedoverdracht	Blood exposure accidents AND hospital (AND Netherlands)
Prikaccidenten AND ziekenhuis AND verpleegkundigen	Blood exposure accidents AND registration
Melden AND prikaccident AND verpleegkundigen	Blood exposure accidents AND management
Risico-inschatting AND verpleegkundigen	Reporting AND nurses AND blood exposure accidents
Risico's AND verpleegkundigen AND prikaccident	Knowledge AND nurses AND blood exposure accidents
Redenen AND melding AND prikaccident AND verpleegkundigen	Reporting culture AND hospital
Protocol AND prikaccidenten AND rol verpleegkundige	Fidelity AND protocol AND nurses
Meldingsbereidheid AND verpleegkundigen	Needlestick injuries AND factors
Meldcultuur AND ziekenhuis	
Veilig melden AND prikaccident	

1.1.4 Zoekcriteria

Om het bronnenonderzoek af te bakenen zijn inclusiecriteria opgesteld. Het artikel is uitsluitend geïnccludeerd wanneer het voldeed aan alle inclusiecriteria.

Inclusiecriteria

- Het artikel behoort tot vakliteratuur of wetenschappelijke literatuur;
- Het artikel is gepubliceerd in de periode 2005-2015;
- Het artikel is geschreven in de Nederlandse of de Engelse taal;
- Het artikel is gepubliceerd en beschikbaar in 'full-text';
- Het artikel is uitsluitend gericht op prikaccidenten in het verpleegkundig beroep.

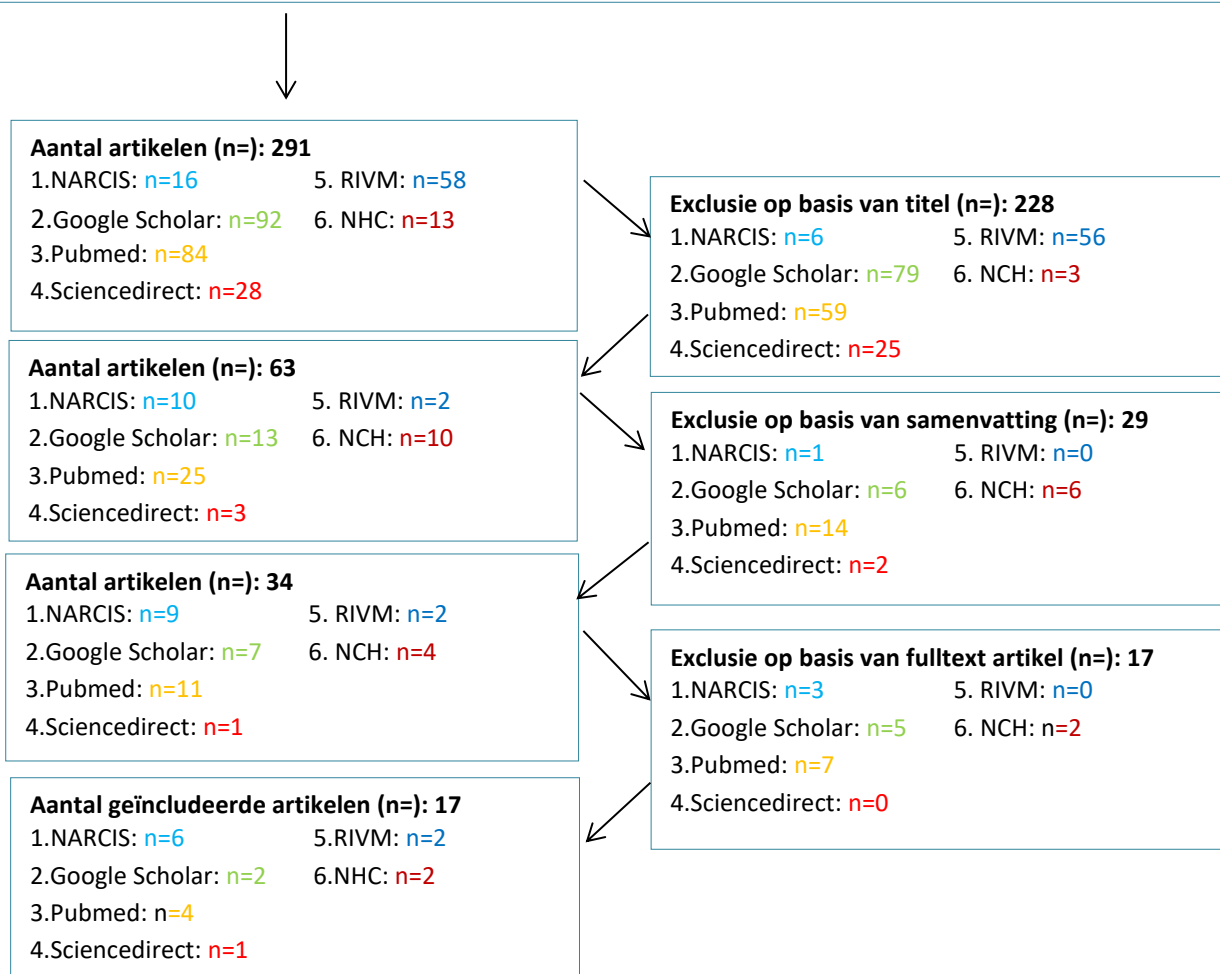
Doordat de artikelen zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek is de betrouwbaarheid van de geïnccludeerde artikelen gewaarborgd. Door de publicatieperiode van 2005 tot 2015 is er actuele literatuur verkregen over het onderzoeksprobleem. De artikelen waren begrijpelijk en te vertalen doordat de Nederlandse en Engelse taal worden beheerst door de lezer. Door de inclusie van uitsluitend 'full-text' artikelen was er geen sprake van verkeerdere interpretatie van literatuur op basis van de samenvatting. Het onderzoek richtte zich uitsluitend op prikaccidenten onder verpleegkundigen, literatuur gebaseerd op andere beroepsgroepen was voor het bronnenonderzoek niet relevant.

1.1.5 Registratie zoekacties

In figuur 1 is een zoekboom weergegeven waarin de zoekacties zijn geregistreerd. In de zoekboom is terug te vinden welke opties van zoekcombinaties zijn gebruikt in iedere databank en hoeveel zoekresultaten deze zoekcombinaties hebben opgeleverd. Uitsluitend de zoekacties die publicaties voor inclusie hebben opgeleverd zijn weergegeven in de zoekboom. De zoekacties zijn gespecificeerd aan de hand van de inclusiecriteria (zie subparagraaf 1.1.4). Vervolgens is per databank geregistreerd hoeveel artikelen zijn geïnccludeerd op basis van titel, samenvatting en 'full text'. De artikelen die gebruikt zijn in het theoretisch kader en geïnccludeerd zijn door middel van de sneeuwbalmethode zijn tevens in de zoekboom opgenomen.

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

Databanken	Zoekwoorden
1. NARCIS	Melding AND prikaccidenten (n=1), prikaccidenten AND ziekenhuis (n=1), verpleegkundigen AND prikaccidenten (n=1), blood exposure accidents AND hospital (n=3), registration AND blood exposure accidents (n=1), management AND blood exposure accidents (n=3), blood exposure incidents AND Netherlands (n=4), fidelity AND nurses (n=2)
2. Google Scholar	Melding AND prikaccident AND verpleegkundige (n=21), redenen AND melden AND prikaccident (n=46), protocol AND prikaccidenten AND rol verpleegkundige (n=11), meldingsbereidheid AND prikaccidenten (n=2), meldcultuur AND ziekenhuis (n=12)
3. Pubmed	Blood exposure accidents AND hospitals AND Netherlands (n=6), reporting AND blood exposure accidents AND nurses (n=2), knowledge AND nurses AND blood exposure accidents (n=8), fidelity AND protocol AND nurses (n=11), reporting culture AND blood exposure accidents (n=2), needlestick injuries AND factors AND nurses AND hospital (n=55)
4. Sciencedirect	Reporting AND blood exposure accidents (n=17), fidelity AND protocol AND nurses (n=11)
5. IVM	Melden AND prikaccident (n=58)
6. NHC	Prikaccident (n=13)



Geïnccludeerde literatuur:

- 1 Douwes, M., van den Heuvel, S., & Sonneveld, H. (2008). Het grote gevaar van de zorg: overzicht van arbeidsrisico's van en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- 2 Ruijs, W., van Wijk, P., Heimeriks, C., Boland, G., Karagiannis, I., & Geraedts, J. (2008). Prikaccidenten in de arbeidssituatie. Bilthoven: RIVM - Centrum Infectiebestrijding.
- 3 van Wijk - Nijssen, P. (2009). *Improving the management of Blood Exposure Accidents in the Netherlands* (Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen). Boxtel: Drukkerij Tielen.
- 4 Schneeberger, P., Meiberg, A., Warmelts, J., Leenders, S., & van Wijk, P. (2012). Registration of blood exposure accidents in the Netherlands by a nationally operating call center. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 33 (10), 1017-1023.
- 5 van Wijk, P., Schneeberger, P., Heimeriks, K., Boland, G., Karagiannis, J., Gereadts, J., et al. (2010). Occupational blood exposure accidents in the Netherlands. *European Journal of public health*, Vol. 20, 281-287.
- 6 van Wijk, P., Boland, G., Voss, A., & Schneeberger, P. (2010). Impact of new guidelines for blood exposure incidents in The Netherlands. *Occupational Medicine-Oxford*, vol 60, 270-276.
- 7 Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; Ruijs, W.L.M.; Timen, A.; (2008). Richtlijn 'Prikaccidenten': risicobeoordeling en postexpositiebeleid in de praktijk. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1967-71
- 8 van Wijk, P., Boland, G., van Leeuwen-Gilbert, P., & Schneeberger, P. (2008). Versnipperde infrastructuur voor afhandeling van prikaccidenten in Nederland. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1981-5.
- 9 Boal, W., Leiss, J., Sousa, S., Lyden, J., Li, J., & Jagger, J. (2008). *The National Study to Prevent Blood Exposure in paramedics: exposure reporting*. *American journal of industrial medicine* (51), 213-222.
- 10 Frijsteijn, G., Hortensius, J., & Zaaijer, H. (2011). Needlestick injuries and infectious patients in a major academic medical centre from 2003 to 2010. *The journal of medicine*, vol.69 (10), 465-468.
- 11 Martins, A., Coelho, A., Vieira, M., Matos, M., & Pinto, M. (2012). Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accident Analysis and Prevention* (47), 11-15.
- 12 Voldy, C., Darling, K., Kenfak-Foguena, A., Erard, V., Cavassini, M., & Lazor-Blanchet, C. (2012). *Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital*. *Swiss Medical Weekly* (142).
- 13 Jahangiri, M., Rostamabadi, A., Hoboubi, N., Tadayon, N., & Soleimani, A. (2015). Needle Stick Injuries and their Related Safety Measures among Nurses. *Safety and health at work*, 1-6.
- 14 Rijksinstituut voor Volksgezondheid & Milieu (RIVM). (2007). *Landelijke Richtlijn Prikaccidenten*. RIVM.
- 15 van Wijk, P. (2010). Verbetering van de afhandeling van prikaccidenten in Nederland. *Infectieziekten Bulletin*, jaargang 21 (7), 243-246.
- 16 Nationaal Hepatitis Centrum (NHC), van Wijk, P.Th.L.; (2008). *Project Meldpunt Prikaccidenten*. Amersfoort: Nationaal Hepatitis Centrum.
- 17 Nationaal Hepatitis Centrum. (2009). *Het verminderen van prikaccidenten door de inzet van veiligheidssystemen*. V&VN

Literatuur verkregen door sneeuwbalmethode:

Nationaal Hepatitis Centrum; Boland, G.; van Wijk, P.Th.L.; (2006). *Extrapolatie van gerapporteerde prikaccidenten in Nederland*. Amersfoort: Nationaal Hepatitis Centrum.

Literatuur verkregen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis:

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). Prikaccident: acties poortarts bij een hoogrisico accident en bekend bron.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). Prikaccident: acties poortarts bij hoogrisico accident en onbekende bron.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). Prikaccident: acute afhandeling van een prikaccident.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). Prikaccident; hoe dit te voorkomen.

Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: acties poortarts bij een laagrisico accident*.

Figuur 1 Zoekboom bronnenonderzoek

1.2. Prikaccidenten in de praktijk

Onder prikaccidenten worden prik-, snij-, spat- en bijtaccidenten verstaan (RIVM, 2007). Bij prik- en snijaccidenten komen infectieuze vloeistoffen via een scherp voorwerp, zoals een injectienaald of scalpel, in het lichaam van een ander. Bij een spataccident gaat het om bloed dat op slijmvliesen of niet-intacte huid terechtkomt. Bij een bijtaccident komt bloed op mondslijmvlies of speeksel in een open wond (RIVM, 2007). Hieronder is beschreven hoe groot het risico is op één van deze accidenten in de zorgsector in Nederland.

1.2.1 Omvang en risico zorgsector

In Nederland worden prikaccidenten niet consequent landelijk geregistreerd. Door het ontbreken van een centraal registratiesysteem is er, volgens Ruijs et al. (2008), weinig tot geen inzicht in de omvang van het probleem op landelijk niveau. Uitgaande van een onderrapportage van 50%, een cijfer dat tevens beschreven wordt in buitenlandse studies, vinden er in totaal jaarlijks 25.000 tot 30.000 prikaccidenten plaats in Nederland (Ruijs et al., 2008). Een schatting van het NHC komt echter uit op 11.000 tot 16.000 prikaccidenten per jaar (Boland & van Wijk, 2006). Het is onbekend of hierbij rekening is gehouden met een mogelijke onderrapportage.

Circa 95% van de meldingen van prikaccidenten wordt, volgens Ruijs et al. (2008), toegekend aan een accident op de werkvloer. De sector waarde meeste prikaccidenten zich voordoen in Nederland is de gezondheidszorg. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op prikaccidenten in het (algemene) ziekenhuis; de plaats waar in de gezondheidszorg de meeste prikaccidenten voorkomen (Ruijs et al., 2008).

1.2.2 Prikaccidenten in het ziekenhuis

De helft van alle prikaccidenten in Nederland vindt plaats binnen de muren van het ziekenhuis. Dit komt neer op circa 6500 meldingen van prikaccidenten per jaar (Ruijs et al., 2008). Echter zijn er diverse schattingen gemaakt van het aantal prikaccidenten in de Nederlandse ziekenhuizen. Een achtjarig observatieonderzoek van het Amsterdam Medisch Centrum (AMC) laat een gemiddelde zien van 0,5 meldingen van prikaccidenten per dag in dit ziekenhuis (Frijstein, Hortensius, & Zaaijer, 2011).

De kans op een prikaccident in het ziekenhuis is afhankelijk van de afdeling en het specialisme waarin de verpleegkundige werkzaam is, al geven diverse onderzoeken hierover wisselende cijfers aan. In het Academisch Medisch Centrum (periode 2000-2007) en het Jeroen Bosch Ziekenhuis (periode 2003-2006) vond 22% van alle prikaccidenten plaats op de operatiekamer (OK) (Ruijs et al., 2008). Prikaccidenten op de OK brengen een hoog risico op infectie (hoog risico accident) met zich mee. Door de aard van de werkzaamheden die hier geboden worden, vindt bij een prikaccident vaak overdracht plaats van een grote hoeveelheid bloed en is hierdoor kans op HBV, HCV of HIV. Op de algemene verpleegafdelingen is het risico op infectie lager (overdracht van kleine hoeveelheden bloed waardoor uitsluitend kans op HBV), maar het aantal prikaccidenten is hier het hoogst (Ruijs et al., 2008). Zo bleek uit onderzoek van het Nationaal Meldpunt Prikaccidenten Noordooost Brabant dat 48% van alle gemelde prikaccidenten plaats had gevonden onder verplegend personeel, tegenover 13% van de meldingen onder het OK-personeel (Douwes et al., 2008).

Verpleegkundigen zijn de grootste risicogroep voor een prikaccident. Doordat verpleegkundigen steeds complexere zorg moeten aanbieden, neemt het aantal hoog risico accidenten toe (Ruijs et al., 2008). Douwes et al. (2008) noemen in het TNO-rapport 'het grote gevaar van de zorg' de meest voorkomende oorzaken van een prikaccident op basis van een internationale literatuurstudie. Mogelijke oorzaken zijn: recappen (terugplaatsen dop op naald), onveilige naaldcontainers, werkdruk, gedrag en het weggooien van naalden. Zij beschrijven tevens dat het gebrek aan kennis als oorzaak wordt gezien.

In Portugal is een onderzoek uitgevoerd naar de invloed van de factoren 'leeftijd' en 'jaren in dienst' op het plaatsvinden van prik- en snijaccidenten. Ervaring (meer dan 10 jaar in dienst) en een

‘middelbare’ leeftijd (ouder dan 39 jaar) hebben volgens het onderzoek invloed op het plaatsvinden van prikaccidenten. Bij de aanwezigheid van deze factoren kwam een groot aantal prikaccidenten voor (Martins, Coelho, Vieira, Matos, & Pinto, 2012). Om meer inzicht te krijgen in het verband tussen deze factoren is volgens Martins et al. (2012) verder onderzoek noodzakelijk.

1.3 Gevolgen prikaccident

Het werken als verpleegkundige brengt relatief hoge risico's voor de gezondheid met zich mee (Douwes et al., 2008). Het oplopen van infectie door een prikaccident is één van deze risico's. De risico's kunnen ook betrekking hebben op mentaal gebied. De mogelijke gevolgen van een prikaccident zijn hieronder beschreven.

1.3.1 Gevolgen prikaccident op fysiek gebied

Door een prikaccident kunnen het HBV, HCV en HIV worden overgedragen van patiënt (bron) naar verpleegkundige (slachtoffer). Het risico op een infectie na een prikaccident is van een aantal factoren afhankelijk, namelijk: de aard van het accident (overdracht grote of kleine hoeveelheid bloed), de persoon van wie het bloed afkomstig is (is de bron geïnfecteerd met HBV, HCV of HIV?) en het slachtoffer (is het slachtoffer hepatitis B gevaccineerd?) (RIVM, 2007).

Wanneer de bron bij een prikaccident geïnfecteerd is met het HBV, is de kans 7% tot 30% dat het virus is overgedragen (Douwes et al., 2008). De kans op infectie met het HCV na een prikaccident ligt beduidend lager, namelijk 1% tot 10% (Douwes et al., 2008). Het aantal hiv-infecties door prikaccidenten is wereldwijd gezien relatief beperkt; de kans op infectie na een prikaccident is circa 0,3% (Douwes et al., 2008; Nationaal Hepatitis Centrum, 2009).

1.3.2 Gevolgen prikaccident op mentaal gebied

Een prikaccident kan naast fysieke gevolgen ook mentale gevolgen hebben. Door de lange nasleep van het prikaccident bij mogelijk infectiegevaar kunnen angst en stress ontstaan bij de zorgverlener. De angst en emoties kunnen worden versterkt wanneer bekend is dat de bron geïnfecteerd is met het HBV, HCV of HIV of als er bij het prikaccident sprake was van agressie. Kennis van het infectiegevaar, door bijvoorbeeld kennis vanuit de opleiding of een drager van een infectie in de persoonlijke omgeving, kan leiden tot angst voor een van de ziektes. Deze angst kan uitblijven wanneer er sprake is van een gebrek aan kennis omtrent het infectiegevaar (van Wijk - Nijssen, 2009). Uiteindelijk kan de onrust, angst en stress na een prikaccident leiden tot psychische klachten en ziekteverzuim. Een onveilig gevoel op de werkvloer na een prikaccident kan hier tevens aan bijdragen (Ruijs et al., 2008; van Wijk – Nijssen, 2009).

1.4 Protocollen en richtlijnen

Om het risico op prikaccidenten te verminderen en de gevolgen van een prikaccident te beperken zijn er diverse protocollen en richtlijnen beschikbaar voor de Nederlandse zorgsector (Douwes et al., 2008).

De Landelijke Richtlijn Prikaccidenten is in 2007 opgesteld door een samenwerkingsverband van het RIVM met diverse medische beroepsverenigingen die bij de beoordeling van prikaccidenten zijn betrokken. Aan de hand van deze landelijke richtlijn kan het risico op het HBV, HCV of HIV na een prikaccident worden ingeschat en kunnen eventuele maatregelen worden geadviseerd of genomen

worden tegen mogelijke infecties (RIVM, 2007). Zorginstellingen horen zelf te beschikken over algemene preventieve en hygiënische protocollen vanwege de risico's op besmetting. Daarnaast dienen zij te beschikken over een prikaccidentenprotocol dat de afhandeling van het prikaccident beschrijft (Ruijs et al., 2008). Deze protocollen worden veelal afgeleid van de Landelijke Richtlijn Prikaccidenten, zo ook het prikaccidentenprotocol van het ADRZ (bijlage 1).

1.5 Melden prikaccident

De afhandeling van een prikaccident kan enkel plaatsvinden wanneer de zorgverlener een prikaccident meldt. Het 'beleidsdocument veilig melden' (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), 2007) omschrijft het begrip 'incidenten melden' als: "Het melden van alles wat niet de bedoeling is" (p.3). In dit onderzoek wordt onder 'melden' verstaan: *'het officieel mededelen van een prikaccident aan de zorgorganisatie'*.

Het melden van het prikaccident voor verdere afhandeling is afhankelijk van het beleid van de organisatie. Zorginstellingen kunnen prikaccidenten afhandelen binnen de organisatie of zich hiervoor aansluiten bij een externe organisatie zoals de Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst (GGD) of het landelijk (24-uurs) meldpunt prikaccidenten (PrikPunt). De afhandeling en registratie van een prikaccident kan hierdoor ook buiten de organisatie plaatsvinden. Ongeacht waar het prikaccident gemeld moet worden, dient een risico-inschatting altijd door een professional te worden gedaan (NHC, 2009). Het melden van accidenten is in Nederland dan ook wettelijk verplicht (van Wijk - Nijssen, 2009). Het ADRZ kiest ervoor om het melden intern te organiseren, via de afdeling Infectiepreventie en de poortarts.

1.5.1 Melden prikaccident volgens protocol

Volgens Ruijs et al. (2008) horen zorginstellingen te beschikken over een protocol voor de afhandeling van het prikaccident. Dit prikaccidentenprotocol moet beschikbaar zijn en ervoor zorgen dat bij werknemers bekend is wat zij moeten doen na een prikaccident (Ruijs et al., 2008). Het prikaccidentenprotocol van het ADRZ (bijlage 1) beschrijft de wondbehandeling, de risico-inschatting door de verpleegkundige en het melden van het prikaccident. Na een risico-inschatting moeten door de verpleegkundige maatregelen genomen worden volgens een van de drie vervolgstappen, namelijk:

1. Wanneer er geen risico bestaat op infectie moet de verwonde het accident (niet acuut) melden bij de afdeling Infectiepreventie. Hier is sprake van bij spatten bloed op een intacte huid of een oppervlakkige huidverwonding zonder zichtbaar bloed (Ruijs & Timen, 2008; RIVM, 2007).
2. Wanneer er een laag risico is op infectie moet de verpleegkundige het accident melden bij de afdeling Infectiepreventie en het accident onmiddellijk kenbaar maken bij de poortarts (arts op de afdeling Spoedeisende Hulp) voor maatregelen met betrekking tot Hepatitis B.
3. Wanneer er een hoog risico is op infectie moet de verpleegkundige het accident melden bij de afdeling Infectiepreventie en het accident onmiddellijk kenbaar maken bij de poortarts voor maatregelen met betrekking tot Hepatitis B, Hepatitis C en HIV.

Uit het prikaccidentenprotocol van het ADRZ is te concluderen dat een prikaccident in het ADRZ in alle gevallen gemeld moet worden bij de afdeling Infectiepreventie en/of de poortarts (Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, 2015).

1.5.2 Redenen voor het wel of niet- melden van een prikaccident

Uit nationale en internationale publicaties blijkt dat onder verpleegkundigen de meldingsbereidheid het grootst is. Prikaccidenten worden door deze groep dan ook het meest geregistreerd (Legemaate, Christiaans-Dingelhoff, Doppegieter, & de Roode, 2006). Toch komt het in de medische sector vaak voor dat prikaccidenten verkeerd of als onbelangrijk worden ingeschat, waardoor het melden uitblijft. Een verkeerde risico-inschatting, ondeskundigheid of een onjuiste attitude van de verpleegkundige dragen hier onder andere aan bij.

Zelfs wanneer een prikaccident geen tot weinig risico geeft op infectie dient het voorval gemeld te worden. Op deze manier kunnen preventieve maatregelen worden ingezet en prikaccidenten worden geanalyseerd en geregistreerd. De verpleegkundige moet zich bewust zijn van het risico dat hij of zij loopt op een infectie met HBV, HCV of HIV. Een onjuiste risico-inschatting van de verpleegkundige zorgt ervoor dat prikaccidenten niet in alle gevallen worden gemeld of te laat worden gemeld aan een expert. Uit onderzoek in de Verenigde Staten bleek de hoofdoorzaak van de onderrapportage te zijn dat men zich niet bewust was van enig risico na blootstelling aan bloed (Boal, Leiss, Sousa, Lyden, Li, & Jagger, 2008). Uit een onderzoek van Van Wijk-Nijssen (2009) blijkt dat hoog risico accidenten eerder worden gemeld dan laag risico incidenten. Van de hoog risico accidenten werd 94% gemeld binnen vier uur. Bij laag risico accidenten was dit een percentage van 77%. Uit onderzoek in de Verenigde Staten bleek verder dat de mate van risico-inschatting afhankelijk is van het geslacht; bij mannelijke zorgverleners is vaker sprake van onderrapportage dan bij vrouwen (Boal et al., 2008).

Een prikaccident wordt vaak niet gemeld aan een expert doordat kennisgebrek leidt tot onderschatting van de risico's (van Wijk – Nijssen, 2009; Ruijs, et al., 2008; Voidy, Darling, Kenfak-Foguena, Erard, Cavassini, & Lazor-Blanchet, 2012). Voorlichting aan verpleegkundigen kan plaatsvinden op het gebied van algemene kennis over prikaccidenten, maar ook op het gebied van de afhandeling van prikaccidenten. Het verhogen van de kennis over hepatitis B, hepatitis C en HIV vergroot de kans op een juiste risico-inschatting en het benadrukt het belang van een snelle melding (Ruijs et al., 2008).

Zelfs wanneer de risico's van een prikaccident bekend zijn en de verpleegkundige het als zijn plicht ziet om het accident te melden, wil dit niet zeggen dat er daadwerkelijk een melding wordt gemaakt van het prikaccident. Verpleegkundigen, zowel in Nederland als in het buitenland, melden het prikaccident niet door het tijdsbeslag dat de afhandeling inneemt. Zij ervaren te weinig tijd om aandacht te schenken aan het melden van het prikaccident (Ruijs et al., 2008; van Wijk – Nijssen, 2009; Jahangiri, Rostamabadi, Hoboubi, Tadayon, & Soleimani, 2015; Voidy et al., 2012). Daarnaast is de schaamte voor onhandigheid of het verkeerd (niet conform protocol) werken een reden om een prikaccident niet te melden (Douwes et al., 2008).

Naast het menselijk handelen, zorgen ook organisatorische factoren voor een onderrapportage van prikaccidenten. Uit onderzoek is gebleken dat niet alle ziekenhuizen in Nederland voldoende 'faciliteiten' hebben om prikaccidenten af te handelen. Van Wijk et al. (2008) hebben onderzoek

gedaan in 103 Nederlandse ziekenhuizen. Een kwart van deze ziekenhuizen beschikte niet over een 24-uurs meldpunt voor prikaccidenten. Het melden van prikaccidenten buitenom 'kantoortijden' is hierdoor minder toegankelijk. Daarnaast is het voor individuen in de zorg vaak niet bekend hoe zij een prikaccident moeten melden (van Wijk - Nijssen, 2009). Het melden van een incident moet duidelijk en gestructureerd kunnen verlopen (Legemaate et al., 2006). Het melden van een prikaccident is sterk afhankelijk van de toegang tot (bereikbare) faciliteiten om een prikaccident te kunnen melden (Schneeberger, Meiberg, Warmelts, Leenders, & van Wijk, 2012). Buitenlandse studies laten echter tegenstrijdigheden zien; ondanks de aanwezigheid van voldoende faciliteiten en makkelijk toegankelijke systemen was er nog steeds sprake van onderrapportage (Jahangiri et al., 2015).

Tot slot is een veiligheidscultuur essentieel voor zorginstellingen en belangrijk bij het melden van incidenten. Dit wil zeggen dat er sprake is van transparantie en openheid en dat zorgverleners incidenten melden om hiervan te leren (KNMG, 2007). Onderzoek van Boal et al. (2008) heeft uitgewezen dat de veiligheidscultuur van invloed is bij het melden van prikaccidenten. Er was sprake van een grotere onderrapportage wanneer een veiligheidscultuur niet direct werd benadrukt door de werkgever, bijvoorbeeld door het bespreken van veiligheidsprocedures of veiligheidsmaatregelen. De meldingsbereidheid onder zorgverleners kan daarnaast afnemen wanneer er een onveilig gevoel heerst om incidenten te melden. Het veilig melden van een incident wil zeggen dat de zorgverlener niet bang hoeft te zijn voor (persoonsgebonden) consequenties op basis van de melding. Een systeem om incidenten te melden moet zodoende 100% veilig zijn (KNMG, 2007).

1.6 Samenvatting

In Nederland vinden naar schatting jaarlijks 25.000 tot 30.000 prikaccidenten plaats (Ruijs et al., 2008). Onder prikaccidenten worden prik-, snij-, spat- en bijtaccidenten verstaan (RIVM, 2007). De meeste prikaccidenten in Nederland vinden plaats in het ziekenhuis, waar de afdeling en het specialisme waarin de verpleegkundige werkzaam is, bepalend is voor het risico op een prikaccident en het risico op infectieoverdracht. De Landelijke Richtlijn Prikaccidenten van het RIVM en een instellingsgebonden prikaccidentenprotocol moeten verpleegkundigen helpen bij het afhandelen van het prikaccident, om zodoende passende begeleiding te ontvangen van een deskundige. Voor de afhandeling van het prikaccident moet de verpleegkundige zelf de eerste stap zetten en het accident melden. Het melden van accidenten is in Nederland wettelijk verplicht (van Wijk - Nijssen, 2009).

Ondanks dat de accidenten kunnen leiden tot diverse infecties en mentale gevolgen voor het slachtoffer, blijkt er sprake te zijn van een onderrapportage van circa 50%. Een verkeerde risico-inschatting, ondeskundigheid en een onjuiste attitude zorgen ervoor dat verpleegkundigen prikaccidenten niet altijd melden. Een prikaccident wordt vaak niet of te laat gemeld aan een expert doordat kennisgebrek leidt tot onderschatting van de risico's (van Wijk – Nijssen, 2009; Ruijs, et al., 2008; Voidy, Darling, Kenfak-Foguena, Erard, Cavassini, & Lazor-Blanchet, 2012). Ook weerhouden tijdsgebrek en schaamte de verpleegkundige er van om een prikaccident te melden. Het melden van een prikaccident wordt soms bemoeilijkt door de afwezigheid van goede faciliteiten, zoals een 24-uurs meldpunt en een duidelijk meldsysteem. De meldingsbereidheid van verpleegkundigen kan afnemen wanneer er een onveilig gevoel heerst op de afdeling. In Nederland moet het creëren van een veilige werkomgeving beter worden gecontroleerd (van Wijk, 2010).

2. Methode

In dit hoofdstuk is beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is. De methode is toegelicht door een omschrijving van het onderzoekstype, onderzoeksontwerp, de onderzoekspopulatie en de onderzoeksperiode. Alle gemaakte keuzes in het onderzoeksproces zijn verantwoord. Het operationalisatie proces is weergegeven in het hoofdstuk dataverzameling, waar ook de benadering van de onderzoekspopulatie en het meetinstrument zijn toegelicht. De wijze van dataverwerking en –analyse is beschreven en de bevordering van de betrouwbaarheid en validiteit is verantwoord. Het ‘wie, wat, waar en wanneer’ van dit onderzoek zijn inzichtelijk gemaakt.

2.1 Onderzoekstype en onderzoeksontwerp

Er is een praktijkgericht onderzoek uitgevoerd in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis om een mogelijk praktijkprobleem te onderzoeken of te identificeren. Dit onderzoek omvatte een kwantitatieve manier van dataverzameling. Er zijn cijfermatige oftewel numerieke gegevens verzameld (Verhoeven, 2011). Er is gekozen voor deze dataverzamelmethode vanwege de goede toepasbaarheid hiervan bij een omvangrijke onderzoekspopulatie. Hierdoor sluit deze methode ook aan bij de geformuleerde onderzoeksvraag.

Het kwantitatieve onderzoek bestond uit het afnemen van een survey, dit wordt ook wel een enquête of vragenlijstonderzoek genoemd (Verhoeven, 2011). Met behulp van de antwoorden van het surveyonderzoek zijn analyses uitgevoerd waarmee antwoord gegeven kon worden op de vraagstelling van dit onderzoek. Het uitgevoerde literatuuronderzoek is vergeleken met de gevonden resultaten en ondersteunde deze resultaten of heeft discussiepunten aan het licht gebracht. Het afnemen van een survey bood de mogelijkheid om zowel beschrijvende vragen (wat-vragen) als verklarende vragen (hoe komt dat-vragen) te beantwoorden. Door het gebruik van een survey kon de anonimiteit van de respondenten volledig gewaarborgd worden, met als doel een hogere respons.

2.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek vond plaats onder verpleegkundigen van de algemene verpleegafdelingen en verpleegkundigen werkzaam op de Acute Opname Afdeling (AOA), Operatiekamer (OK) (operatieassistenten), Spoedeisende hulp (SEH) en de Intensive Care (IC)(verpleegkundig specialisten). De gehele onderzoekspopulatie, bestaande uit circa 350 verpleegkundigen, is benaderd voor deelname aan het onderzoek. Het onderzoek heeft een respons behaald van 28%.

De algemene verpleegafdelingen en ‘acute’ afdelingen zijn geselecteerd voor deelname aan het onderzoek vanwege het grote aantal prikaccidenten dat hier, naar verwachting, voorkomt. Dit vanwege de aard van de werkzaamheden en de acute werksituaties die zich voordoen. De kleinere, meer gespecialiseerde afdelingen zijn uitgesloten van het onderzoek. De benaderde afdelingen vallen onder de locaties Goes en Vlissingen van het ADRZ.

Verpleegkundigen in opleiding zijn uitgesloten van het onderzoek. Mogelijk hebben zij een andere houding dan ervaren verpleegkundigen, wat betreft het naleven van protocollen. Door de functie van leerling was er tevens meer kans op het verkrijgen van sociaal wenselijke antwoorden bij het invullen van de vragenlijst.

Tabel 2 In- en exclusiecriteria onderzoekspopulatie

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Werkzaam in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, locatie Goes of Vlissingen	Werkzaam als leerling, physician assistant of arts
Werkzaam als verpleegkundige of gespecialiseerd verpleegkundige (verpleegkundig specialist / operatie assistent)	Werkzaam als verpleegkundige op een polikliniek
Werkzaam op één van de volgende afdelingen: AOA, OK, SEH, IC, longgeneeskunde, neurologie/geriatrie, interne geneeskunde, cardiologie, heekunde, shortstay (Vlissingen), dagverpleging (Vlissingen)	Werkzaam op één van de volgende afdelingen: Kinderafdeling, kraamafdeling, medisch psychiatrische unit, oncologie, oncologie dagverpleging, CCU

2.3 Plaats en tijd

Het kwantitatieve onderzoek is uitgevoerd in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, locaties Goes en Vlissingen, tijdens een stageperiode van 25-01-2016 tot 15-05-2016.

2.4 Dataverzameling

De dataverzameling vond plaats middels een zelf opgestelde vragenlijst (zie bijlage 3). De vragenlijst is uitgezet onder de onderzoekspopulatie door middel van een internetenquête op de webpagina 'ThesisTools Online Enquetes'. Het gebruik van een internetenquête heeft de tijdsinvestering en kosten geminimaliseerd, die normaliter verbonden zijn aan het uitvoeren van onderzoek onder een omvangrijke onderzoekspopulatie. De benadering van de onderzoekspopulatie, de totstandkoming van het meetinstrument en het proces van operationalisatie zijn hieronder beschreven.

2.4.1 Benadering onderzoekspopulatie

De benadering van de onderzoekspopulatie heeft plaatsgevonden via de leidinggevende van de afdeling waar de verpleegkundige werkzaam is. De e-mailadressen van de leidinggevenden zijn schriftelijk verkregen via de leidinggevende van de stage-afdeling. Via een e-mail (zie bijlage 4) is aan de leidinggevenden gevraagd om de onderzoekspopulatie te benaderen. Vervolgens hebben de leidinggevenden hun team benaderd, door middel van een (verkregen) e-mail met toelichting en URL-link naar de enquête (zie bijlage 4). Van acht van de elf benaderde leidinggevenden is een schriftelijke bevestiging ontvangen over het doorsturen van de e-mail naar het team. Echter zijn, gezien de resultaten van de enquête, alle afdelingen vertegenwoordigd in het onderzoek.

De hierboven beschreven manier van benadering heeft de anonimiteit van de respondent verhoogd doordat het e-mailadres en de naam van de verpleegkundige niet bekend zijn gemaakt. Er hoefde niet van iedere verpleegkundige een e-mailadres te worden opgezocht waardoor de tijdsinvestering voor de benadering van de onderzoekspopulatie is geminimaliseerd. Daarnaast zorgde het contact tussen de leidinggevenden en de onderzoekspopulatie en de status van de leidinggevende mogelijk voor een verhoogde respons. De leidinggevenden zijn niet face-to-face benaderd vanwege de verwachte lage beschikbaarheid van de leidinggevenden en de grote tijdsinvestering van deze benaderingsmethode.

2.4.2 Meetinstrument

De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de probleemstelling, deelvragen en literatuur uit het bronnenonderzoek en vertaald de belangrijkste begrippen uit dit onderzoek in meetbare eenheden.

Dit proces, genaamd operationalisatie, is weergegeven in subparagraaf 2.4.3. Eerder gebruikte (geschikte) meetinstrumenten omtrent het onderwerp waren niet beschikbaar. De vraagstelling van het meetinstrument stond van te voren vast, dit wordt een 'gestructureerde' dataverzamelmethode genoemd.

De inleiding gaf de respondenten informatie over het doel van het onderzoek, het belang van respons, de opbouw van de enquête en praktische zaken. Na de inleiding omvatte de vragenlijst de volgende onderwerpen: algemene gegevens, risico-inschatting en deskundigheid, meldcultuur & meldingsbereidheid, meldsysteem, prikaccidenten en de begeleiding na een prikaccident. De vragenlijst bestond uit twee delen; enkel wanneer een verpleegkundige ervaring heeft met een prikaccident moest de volledige vragenlijst ingevuld worden. De vragenlijst beschikte over diverse typen antwoordmogelijkheden. Om kwalitatieve analyse, oftewel exploratie van tekst, te beperken zijn slechts enkele (half) open vragen gesteld (Verhoeven, 2011). Door het gebruik van een 4-punts Likertschaal is de mening van de respondenten gepeild over de onderwerpen risico-inschatting & deskundigheid, meldcultuur & meldingsbereidheid en meldsysteem. Er is gebruik gemaakt van een schaal met vier antwoordmogelijkheden om de spreiding in keuzemogelijkheden te beperken. Er is gekozen voor een Likertschaal met een even aantal antwoordmogelijkheden om meetfouten te minimaliseren. Deze kunnen ontstaan wanneer de antwoordmogelijkheid 'neutraal' wordt geïnterpreteerd als 'ik weet het niet' of 'geen mening' (Verhoeven, 2011).

2.4.3 Operationalisatie

Het proces van operationalisatie is in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3 Schematische weergave operationalisatieproces

Nr.	Onderwerp	Meetniveau	Afgeleid van	
1	Algemene gegevens	a) Wat is uw geslacht?	Nominaal	Bij mannelijke zorgverleners blijkt vaker sprake te zijn van onderrapportage dan bij vrouwen (Boal et al., 2008).
		b) Wat is uw leeftijd?	Ordinaal	Een hogere leeftijd geeft meer kans op prikaccidenten (Martins et al., 2012)
		c) Wat is uw hoogst behaalde opleiding?	Ordinaal	-
		d) Wat is uw functie?	Nominaal	-
		e) Hoelang bent u werkzaam als verpleegkundige?	Ordinaal	Ervaring geeft meer kans op het plaatsvinden van prikaccidenten (Martins et al., 2012)
		f) Op welke afdeling bent u werkzaam?	Nominaal	Frequentie/risico prikaccident verschilt per afdeling (Ruijs et al., 2008)
2	Risico-inschatting & deskundigheid D.m.v. 4-punts likertschaal	Ordinaal	Een verkeerde risico-inschatting van de verpleegkundige is een reden dat prikaccidenten niet worden gemeld (Ruijs et al., 2008). Hoog risico accidenten worden sneller gemeld dan laag risico accidenten (van Wijk - Nijssen, 2009). Kennis omtrent de risico's zorgt voor een juiste risico-inschatting en bevestigt het belang van melden (van Wijk – Nijssen, 2009; Ruijs et al., 2008)	
3	Meldcultuur & meldingsbereidheid D.m.v. 4-punts likertschaal	Ordinaal	Een zorgverlener moet zich veilig voelen om te melden. Daarnaast moeten zorgverleners aangesproken worden op meldgedrag (Douwes et al., 2008). Een veiligheidscultuur is van invloed op het melden van prikaccidenten (Boal et al., 2008).	

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

4	Meldsysteem D.m.v. 4-punts likertschaal	Ordinaal	Melden van prikaccidenten is afhankelijk van de toegang tot faciliteiten om te melden (Douwes et al., 2008). Een prikaccidentenprotocol moet bij werknemers bekend zijn en beschikbaar zijn (Ruijs et al., 2008).
5	Heeft u als verpleegkundige wel eens een prikaccident gehad?	Nominaal	-
6	Uit welk van onderstaande beschrijvingen bestond het prikaccident?	Nominaal	Hoog risico accidenten worden eerder gemeld (van Wijk - Nijssen, 2009)
7	Waar heeft u het prikaccident gemeld?	Nominaal	Circa 50% van de prikaccidenten wordt niet gemeld (Ruijs et al., 2008). Een prikaccident in het ADRZ moet in alle gevallen gemeld worden bij de afdeling Infectiepreventie en/of de poortarts (Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, 2015).
8	Ik heb het prikaccident niet gemeld omdat: D.m.v. 4-punts likertschaal	Ordinaal	Schaamte voor onhandigheid of het niet werken conform protocol is een reden om niet te melden (Douwes et al., 2008). Een gebrek aan kennis omtrent infectieoverdracht leidt tot onbekendheid of onderschatting van de risico's van een prikaccident, waardoor melden uitblijft (van Wijk - Nijssen, 2009). Uit onderzoek is gebleken dat niet alle ziekenhuizen in Nederland voldoende 'faciliteiten' hebben om prikaccidenten af te handelen (van Wijk P., Boland, van Leeuwen-Gilbert, & Schneeberger, 2008).
9	Heeft u de begeleiding van het ADRZ na het prikaccident als voldoende ervaren?	Nominaal	-
10	Ik heb het prikaccident gemeld omdat: D.m.v. 4-punts likertschaal	Ordinaal	Het melden van accidenten wordt in Nederland in de wet verplicht (van Wijk - Nijssen, 2009). Melden van incidenten wordt gezien als een professionele en juridische plicht (KNMG, 2007). Uit het prikaccidentenprotocol van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis is te concluderen dat een prikaccident in het ADRZ in alle gevallen gemeld moet worden bij de afdeling Infectiepreventie en/of de poortarts (Admiraal de Ruyter Ziekenhuis, 2015).
11	Heeft u de begeleiding van het ADRZ na het prikaccident als voldoende ervaren?	Nominaal	-

2.5 Dataregistratie en dataverwerking

De webpagina ThesisTools verwerkt de gegevens van de respondenten elektronisch, waardoor deze direct in een Microsoft (MS) Excel bestand zijn geplaatst. Het MS Excel bestand maakt het mogelijk om de gegevens van de respondenten direct te exporteren in een statistisch programma. De gegevens zijn verwerkt met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 22. Nadat het MS Excel bestand is overgezet in SPSS zijn de data view (data file) en variable view (codeboek) compleet gemaakt en gecontroleerd op fouten door de eerste begeleider.

2.6 Data-analyse

De analyse van de data vond plaats in het statistisch programma SPSS. De analyse was met name gericht op het verkrijgen van absolute en relatieve frequenties en het verkrijgen van inzicht in verbanden of samenhang tussen variabelen. De volgende analyses zijn uitgevoerd:

- Beschrijvende analyses (descriptive analyses): om (absolute en relatieve) frequenties te verkrijgen. Er zijn kruistabellen aangemaakt in SPSS om frequenties van variabelen tegen elkaar af te zetten.

- Toetsende statistiek (correlatie): er zijn verbanden gemeten tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen. Onder andere het plaatsvinden van prikaccidenten (afhankelijk) bij leeftijd (onafhankelijk) en ervaring (onafhankelijk). De correlatie (tussen -1 en +1) en significantie (<0.05) van de correlatie zijn inzichtelijk gemaakt.
- Cronbach's Alpha: met behulp van deze analyse is gekeken naar de betrouwbaarheid van de, in de enquête gebruikte, Likertschalen. De Cronbach's alpha geeft een score tussen 0 en 1 waardoor bepaald is in hoeverre de items samen één schaal mogen vormen. Zie voor de berekeningen van de Cronbach's alpha paragraaf 2.7.1.

2.7 Betrouwbaarheid en validiteit

De kwaliteit van het onderzoek wordt bepaald door de mate van betrouwbaarheid en validiteit. De begrippen betrouwbaarheid en validiteit beschrijven fouten die in diverse stadia van het onderzoek voor kunnen komen (Verhoeven, 2011). Onderstaande subparagrafen beschrijven hoe getracht is systematische en toevallige fouten in dit onderzoek te voorkomen of te minimaliseren.

2.7.1 Betrouwbaarheid

Het onderzoek is betrouwbaar wanneer herhaling van het onderzoek leidt tot dezelfde resultaten. Om dit te bereiken moet het onderzoek vrij zijn van toevallige fouten. De betrouwbaarheid wordt bevorderd door de representativiteit van de onderzoekspopulatie, de betrouwbaarheid van het meetinstrument en de wijze van enquêteren.

Het onderzoek is uitgevoerd onder een grote onderzoekspopulatie waardoor er een nauwkeurige uitspraak gedaan mag worden over de resultaten van het onderzoek. Het onderzoek heeft een respons behaald van bijna 28%. Er is drie keer aan de leidinggevenden gevraagd om de onderzoekspopulatie te herinneren aan hun deelname aan het onderzoek. Doordat er sprake bleef van een grote 'non-respons' onder de onderzoekspopulatie staat de representativiteit en generaliseerbaarheid van het onderzoek onder druk. Er is niet evenveel respons behaald per afdeling, waardoor het onderzoek geen goede afspiegeling of vergelijking heeft opgeleverd.

De vragenlijst voor het onderzoek is gestandaardiseerd; de vraagstelling en opbouw van de vragenlijst waren voor iedere respondent gelijk. Er is gebruik gemaakt van Likertschalen, waarbij sprake was van vaste antwoord mogelijkheden. Om de homogeniteit, oftewel betrouwbaarheid, van de items uit de Likertschalen te meten, is de Cronbach's Alpha berekend. De interne consistentie van de Likertschalen 'risico-inschatting', 'meldcultuur en meldingsbereidheid' en 'meldsysteem' was respectievelijk 0.810, 0.809 en 0.906. Hierdoor mag gezegd worden dat de items uit de diverse Likertschalen betrouwbaar genoeg zijn om dat ene begrip te meten.

Doordat er sprake is van een online enquête kon de respondent zelf de omstandigheden (plaats en tijd) bepalen waarin de vragenlijst werd ingevuld. Verwacht wordt dat deze zo optimaal mogelijk waren en dat externe invloeden zijn beperkt. Wanneer de bestaande antwoordmogelijkheden niet van toepassing waren op de respondent had deze de mogelijkheid om een 'anders, namelijk' optie te gebruiken. Hierdoor is getracht fouten die ontstaan door een gebrek aan juiste antwoordmogelijkheden te beperken. Afwisseling van antwoordschalen in de vragenlijst zorgde er mogelijk voor dat er bij de respondenten geen antwoordpatroon ontstond (Verhoeven, 2011). De vragen en antwoordmogelijkheden moesten door de afwisseling aandachtig worden doorgenomen

voordat er een antwoord gegeven kon worden. Meerdere beoordelingen van de vragenlijst door de begeleiders van dit onderzoek en de peergroup hebben de betrouwbaarheid van de vragenlijst verhoogd. Voordat er begonnen is met het analyseren van de data is het codeboek in SPSS door de begeleider van het onderzoek gecontroleerd, waarmee de betrouwbaarheid van de analyses is verhoogd.

2.7.2 Validiteit

Het onderzoek moet naast betrouwbaar ook geldig, oftewel valide, zijn. De validiteit werd vooral bepaald door de geldigheid van het meetinstrument en de onderzoekspopulatie (Verhoeven, 2011).

Interne validiteit

De gehele onderzoekspopulatie is benaderd voor deelname aan het onderzoek waardoor de mening van een selecte maar omvangrijke groep is onderzocht. Bij het opstellen van het meetinstrument is rekening gehouden met het voorkomen van sociaal wenselijke antwoorden. Voor diverse items is de mening van de respondenten gepeild, waarvoor een groot aantal antwoordmogelijkheden is gegeven en de vraagstelling eenduidig en objectief was. Op deze manier werd verwacht dat de respondenten de vragenlijst eerlijk invulden. Het meetinstrument is tijdens het onderzoek niet aangepast. De meting vond plaats op één moment in de tijd waardoor groei en mortaliteit voor dit onderzoek niet van invloed waren.

Externe validiteit

De grote mate van non-respons en een verschil in respons qua kenmerken (o.a. afdeling/leeftijd) hebben de representativiteit van het onderzoek onder druk gezet. De resultaten slaan terug op een klein deel van de onderzoekspopulatie en op een aantal specifieke kenmerken. Hierdoor vormen de resultaten geen volledige afspiegeling van de gehele populatie en mogen de onderzoeksresultaten niet gegeneraliseerd worden.

Begripsvaliditeit

Voor het onderzoek is er gebruik gemaakt van een zelf opgesteld meetinstrument. Om de validiteit van het meetinstrument te verhogen is het meetinstrument opgesteld door middel van operationalisatie van de kernbegrippen van het onderzoek. De kernbegrippen zijn vertaald tot meetbare eenheden. Het proces van operationalisatie is te vinden in subparagraaf 2.4.3. Het operationalisatieproces is gebaseerd op de probleemstelling, deelvragen en wetenschappelijke literatuur. De vragenlijst verduidelijkt de begrippen 'Likertschaal' en 'prikaccident' met een toelichting. Op deze manier is getracht om onduidelijkheden en/of een verkeerde interpretatie van begrippen te voorkomen.

2.8 Juridische en ethische aspecten

Er is vanuit het ADRZ toestemming verkregen om het onderzoek uit te voeren (zie bijlage 2). Publicatie van het onderzoek is uitsluitend bedoeld voor de onderwijsinstelling HZ University of Applied Sciences en voor intern gebruik in het ADRZ. Voor verdere publicatie dient toestemming te worden verkregen van het ADRZ. Tijdens de uitvoering van het onderzoek is vertrouwelijk omgegaan met gegevens van contactpersonen (leidinggevend). Deze gegevens zijn uitsluitend uitgewisseld via de mail van de organisatie ADRZ en zijn niet schriftelijk opgeslagen. De anonimiteit van de respondenten is volledig gewaarborgd doordat de respondenten uitsluitend door de teamleider van de afdeling zijn benaderd.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van de enquête beschreven. Allereerst zijn de algemene kenmerken van de respondenten en de respons op de enquête inzichtelijk gemaakt. Hierop volgend worden de resultaten besproken aan de hand van de volgende indeling: risico-inschatting en deskundigheid, meldcultuur en meldingsbereidheid, meldsysteem, plaatsvinden prikaccidenten, melden prikaccidenten en de begeleiding na een prikaccident. De resultaten zijn toegelicht met behulp van tabellen, figuren en citaten. De weergave 'N=' duidt op het aantal respondenten in absolute aantallen.

3.1 Algemene gegevens

Voor het onderzoek zijn circa 350 verpleegkundigen benaderd. Er is een respons behaald van 28% (N=97). Niet alle respondenten hebben de gehele vragenlijst doorlopen. De vragen 2 t/m 5 zijn door 91 tot 93 respondenten ingevuld. Voor 44 van de respondenten eindigde de enquête na vraag 5. De vragen 6 t/m 11 waren uitsluitend bedoeld voor verpleegkundigen die een prikaccident hebben gehad.

Van de respondenten is het overgrote deel (90%) van het vrouwelijke geslacht. De groep bestaat voor 65% uit verpleegkundigen, circa 6% is werkzaam als verpleegkundig specialist en ruim 17% als operatieassistent(e). De overige respondenten benoemden hun functie als 'anders, namelijk'. Hieruit volgden voornamelijk de volgende specialisaties: AOA-verpleegkundige, SEH-verpleegkundige en anesthesiemedewerker. Onder de verschillende functies is het aantal MBO opgeleiden even groot als het aantal HBO opgeleiden (N=47).

Aan het onderzoek hebben voornamelijk verpleegkundigen deelgenomen tussen de 20 en 60 jaar. Ruim 30% van de respondenten heeft een leeftijd tussen de 41 jaar en de 50 jaar. Circa 40% van de respondenten heeft meer dan twintig jaar ervaring in het ADRZ. In tabel 4 is te zien dat deze groep voornamelijk afkomstig is uit de leeftijdscategorie van 41 tot 50 jaar.

Tabel 4 Kruistabel leeftijd en ervaring in het ADRZ (N=)

		Aantal jaren werkzaam in het ADRZ					Totaal
		<1 jaar	1-5 jaar	6-10 jaar	11-20 jaar	>20 jaar	
Leeftijd	<20 jaar	1	0	0	0	0	1
	20-30 jaar	4	12	7	0	0	23
	31-40 jaar	1	2	5	10	1	19
	41-50 jaar	0	2	0	6	23	31
	51-60 jaar	0	3	1	3	11	18
	>60 jaar	0	0	1	0	4	5
Totaal		6	19	14	19	39	97

De 350 verpleegkundigen die zijn benaderd voor het onderzoek zijn werkzaam op elf afdelingen van het ADRZ. De meeste respons op het onderzoek is afkomstig van de afdeling OK, namelijk bijna 25%. Hierna volgen de afdelingen heelkunde en SEH, met respectievelijk 19% en 13% respons. De afdelingen longgeneeskunde, neurologie, interne geneeskunde en IC hebben een geringe bijdrage

geleverd aan het onderzoek. In tabel 5 zijn de algemene gegevens van de respondenten weergegeven.

Tabel 5 Algemene gegevens respondenten

Variabele	N =	%
Respons	97	28
Geslacht		
Man	9	9
Vrouw	88	90
Leeftijd		
< 20 jaar	1	1
20-30 jaar	23	24
31-40 jaar	19	20
41-50 jaar	31	32
51-60 jaar	18	19
> 60 jaar	5	5
Hoogst behaalde opleiding		
Middelbaar beroepsonderwijs	47	48
Hoger beroepsonderwijs	47	48
Wetenschappelijk onderwijs	1	1
Anders, namelijk	2	2
Functie		
Verpleegkundige	63	65
Verpleegkundig specialist	6	6
Operatieassistent (e)	17	18
Anders, namelijk	11	11
Ervaring ADRZ		
< 1 jaar	6	6
1-5 jaar	19	20
6-10 jaar	14	14
11-20 jaar	19	20
> 20 jaar	39	40
Afdeling werkzaam		
Afdeling AOA (C)	8	8
Afdeling longgeneeskunde (D)	3	3
Afdeling neurologie/geriatrie (E)	2	2
Afdeling interne geneeskunde (F)	1	1
Afdeling cardiologie (L)	10	10
Afdeling IC (M)	3	3
Afdeling heelkunde (O)	18	19
Afdeling OK	24	25
Afdeling shortstay (Q)	9	9
Afdeling SEH	13	13
Afdeling dagverpleging (V)	6	6

3.2 Likertschaal risico-inschatting en deskundigheid

Ruim 60% van de respondenten geeft aan het eens te zijn met de stelling of risico's voor de gezondheid herkend worden. Ongeveer 90% van de respondenten geeft aan te vertrouwen op zijn eigen risico inschatting. Een risico-inschatting door een deskundige wordt, ondanks het vertrouwen

in de eigen risico-inschatting, door circa 90% van de respondenten als prioriteit gezien. Verder is er een duidelijk verschil te zien in hoe er wordt gedacht over het handelen bij een prikaccident met een hoog-, laag- of weinig risico. Ruim 80% van de respondenten is het er helemaal mee eens dat direct actie ondernomen moet worden bij een prikaccident met een hoog risico. Bij een laag risico accident of een accident met weinig risico is dit respectievelijk 68% en 48%.

3.3 Likertschaal meldcultuur en meldingsbereidheid

Meer dan 95% van de respondenten (N=90) geeft aan niet te worden belemmerd door angst en zich veilig te voelen om een mogelijk prikaccident te melden. Deze groep ziet het als zijn professionele plicht om prikaccidenten te melden. Echter blijkt dat tijdsgebrek door ruim 35% van de respondenten gezien wordt als een factor om niet voldoende aandacht te besteden aan het prikaccident. Gemiddeld één op de acht respondenten spreekt collega's niet aan op het meldgedrag.

3.4 Likertschaal meldsysteem

Het bestaan van het prikaccidentenprotocol van het ADRZ is bij 84 van de 91 respondenten bekend. Zeven respondenten weten af van het bestaan van het protocol, maar weten niet hoe en waar het protocol te vinden is. Voor vier respondenten is het prikaccidentenprotocol helemaal onbekend. Elf respondenten weten niet hoe en waar het prikaccidentenprotocol te vinden is in het ADRZ.

Circa 30% van de respondenten geeft aan het er oneens of totaal mee oneens te zijn dat het prikaccidentenprotocol overzichtelijk en goed bruikbaar is. Eén op de vijf respondenten is zich dan ook niet bewust van alle te nemen stappen na een prikaccident. Bijna 30% van de respondenten geeft aan het niet of totaal niet eens te zijn met de stelling dat deskundigen in het ADRZ 24 uur per dag bereikbaar zijn. Eén van de respondenten zei hier het volgende over:

“Het prikaccident vond vrijdagmiddag plaats, er was niemand die mij kon begeleiden”. (Resp43)

3.5 Plaatsvinden prikaccidenten

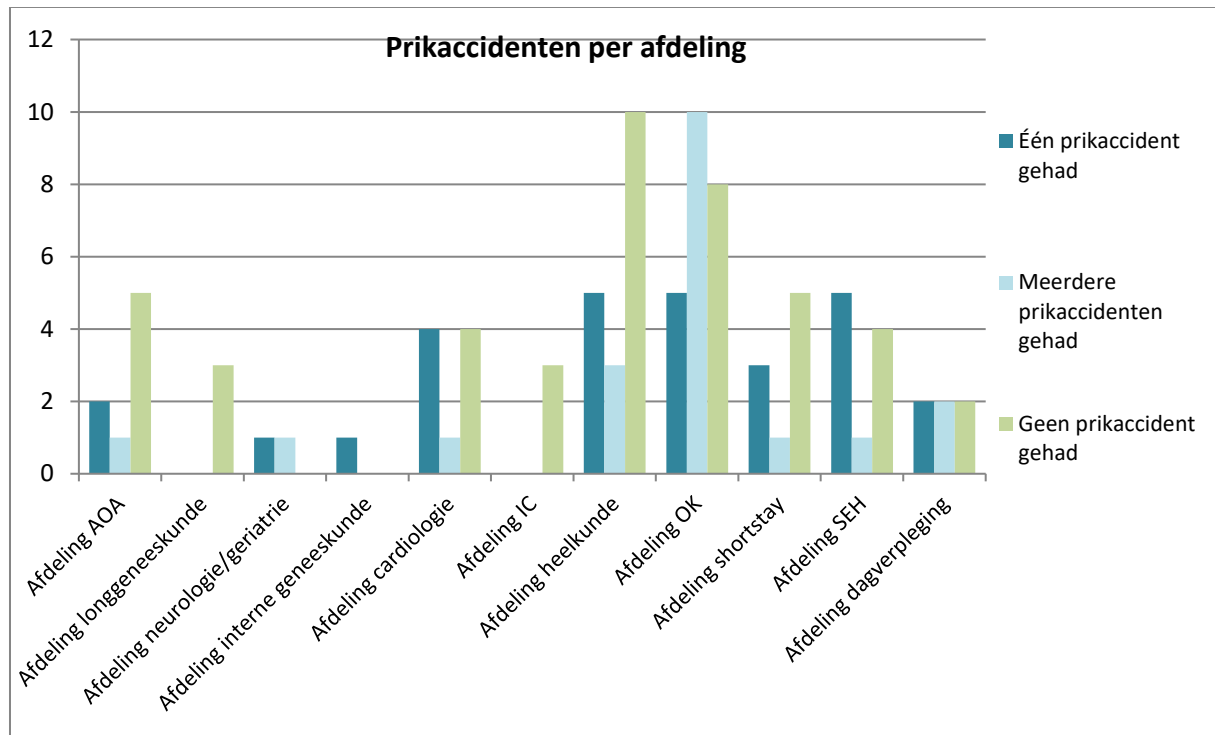
Van de 97 respondenten hebben 92 respondenten antwoord gegeven op de vraag of zij een prikaccident hebben gehad. Ruim de helft van deze groep (52%) heeft één of meerdere prikaccidenten gehad (zie tabel 6).

Tabel 6 Aantal respondenten prikaccident gehad

	Aantal (N=)	Percentage (%)
Ja, 1 keer	28	30
Ja, meerdere keren	20	22
Nee	44	48

In de leeftijdscategorie van 41-50 jaar vond bij 25 onder de 30 respondenten één of meerdere prikaccidenten plaats. Onder de respondenten met meer dan twintig jaar ervaring waren dit 29 prikaccidenten. Na het berekenen van de correlatiecoëfficiënt (spearman's rho) is gebleken dat er een (negatief) verband bestaat tussen het plaatsvinden van prikaccidenten en leeftijd en ervaring, van respectievelijk -0.328 en -0.387.

Onder de 23 respondenten van de afdeling OK hebben vijftien respondenten één of meerdere prikaccidenten gehad. Op de afdeling Heelkunde zijn het acht respondenten die hiermee te maken hebben gehad. Op de overige afdelingen varieert dit aantal van geen prikaccidenten tot zes prikaccidenten, zie figuur 2.

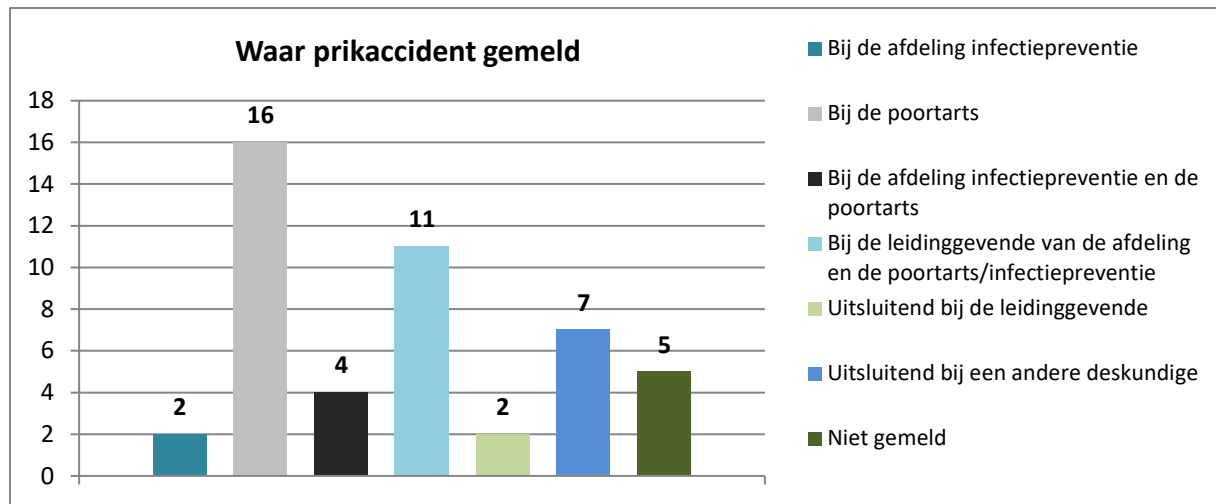


Figuur 2 Staafdiagram aantal prikaccidenten per afdeling (N=)

Het prikaccident bestond in de meeste gevallen uit een accident door het gebruik van een subcutaan gebruikte injectienaald (N=24). Hierna volgden percutane verwondingen door bijvoorbeeld OK-instrumenten of infuusnaalden (N=11) en verwondingen door intramusculair gebruikte injectienaalden (N=9). Bijtaccidenten en overdracht van infectieuze vloeistoffen op het slijmvlies kwamen niet voor onder de respondenten

3.6 Melden prikaccidenten

Door circa 70% van respondenten die een prikaccident hebben gehad is het (N=33) prikaccident gemeld volgens het prikaccidentenprotocol van het ADRZ. Zo is 34% van de prikaccidenten gemeld bij de poortarts van het ADRZ, 4% gemeld bij de afdeling infectiepreventie, 9% gemeld bij beide deskundigen en bij circa 23% van de prikaccidenten is hierbij ook de leidinggevende van de afdeling betrokken (zie figuur 3).



Figuur 3 Staafdiagram waar prikaccident gemeld (N=)

Iets meer dan 10% (N=5) van het totaal aantal prikaccidenten is niet gemeld. Daarnaast zijn negen prikaccidenten uitsluitend gemeld bij de leidinggevende of een andere deskundige in het ADRZ.

3.6.1 Respondentkenmerken en meldgedrag

Onder de veertien respondenten die het prikaccident niet hebben gemeld (volgens het protocol) bevonden zich vier van de zes mannen. Van de veertien respondenten bevinden zich er dertien in de leeftijdscategorie van 31 tot 60 jaar. De respondenten die het prikaccident wel hebben gemeld bevonden zich in alle leeftijdscategorieën. Onder de respondenten die het prikaccident niet hebben gemeld, zijn er tien opgeleid op het MBO. Op alle afdelingen hebben nul tot drie respondenten het prikaccident niet gemeld, zie tabel 7.

Tabel 7 Prikaccident wel- of niet gemeld per respondentkenmerk (N=)

Variabele	Gemeld (volgens protocol)	Niet-gemeld (volgens protocol)
Totaal	33	14
Geslacht		
Man	2	4
Vrouw	31	10
Leeftijd		
< 20 jaar	0	0
20-30 jaar	4	0
31-40 jaar	2	4
41-50 jaar	19	6
51-60 jaar	6	3
> 60 jaar	2	1
Hoogst behaalde opleiding		
Middelbaar beroepsonderwijs	13	10
Hoger beroepsonderwijs	20	3
Wetenschappelijk onderwijs	0	0
Anders, namelijk	0	1
Afdeling werkzaam		
Afdeling AOA (C)	2	1
Afdeling longgeneeskunde (D)	0	0
Afdeling neurologie/geriatrie (E)	0	2
Afdeling interne geneeskunde (F)	1	0

Afdeling cardiologie (L)	4	1
Afdeling IC (M)	0	0
Afdeling heelkunde (O)	6	2
Afdeling OK	12	2
Afdeling shortstay (Q)	2	2
Afdeling SEH	3	3
Afdeling dagverpleging (V)	3	1

3.7 Redenen voor het wel- of niet melden van het prikaccident

Van de 33 respondenten die het prikaccident hebben gemeld volgens het protocol, hebben 31 respondenten het prikaccident gemeld vanwege de professionele plicht, het bewustzijn van de risico's van het prikaccident en de mogelijkheid om risico's uit te laten sluiten door een deskundige. Verder hebben 26 respondenten het prikaccident mede gemeld omdat dit in het protocol beschreven staat. Circa twintig respondenten hebben het advies van collega's of een leidinggevenden opgevolgd in hun beslissing om het accident te melden.

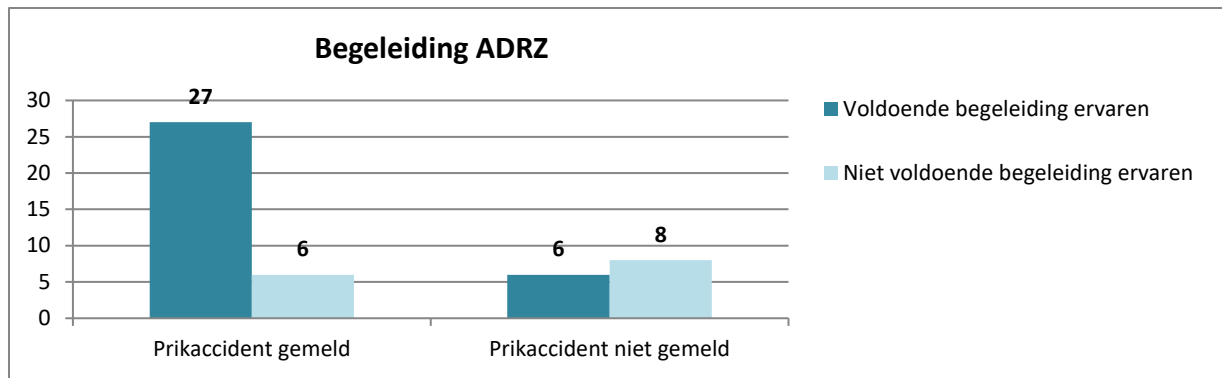
De redenen waarom het prikaccident door veertien van de respondenten niet is gemeld, volgens het prikaccidentenprotocol, zijn ook inzichtelijk gemaakt. Volgens tien respondenten was het ontbreken van de melding niet afhankelijk van het ervaren van schaamte voor het handelen, het ontbreken van kennis over de risico's voor de gezondheid of het ervaren van een onveilig gevoel.

Een aantal respondenten (N=5) gaven aan dat het melden uitbleef vanwege het niet kunnen raadplegen van een deskundige, zich er niet bewust van te zijn geweest dat het gemeld moest worden of niet voldoende tijd te hebben gehad om hier aandacht aan te besteden. De redenen om het prikaccident niet te melden liggen voornamelijk bij de onwetendheid over de te volgen stappen na een prikaccident. Zes respondenten waren het eens met de stelling dat zij zich er niet bewust van waren dat het prikaccident gemeld moest worden bij de afdeling infectiepreventie of de poortarts. Tevens gaven vier respondenten aan niet te hebben geweten hoe het prikaccident gemeld moest worden. Eén van de respondenten ondersteunde deze gegevens met de volgende uitspraak:

“Onduidelijk protocol, je weet niet goed wie je moet benaderen”. (Resp08)

3.8 Begeleiding na het prikaccident

Hoe de begeleiding na het prikaccident is ervaren door de respondenten is deels afhankelijk van of het prikaccident is gemeld. Figuur 4 maakt dit inzichtelijk. Van de veertien respondenten die het prikaccident niet hebben gemeld geven acht respondenten een 'nee' op de vraag of er voldoende begeleiding is geboden vanuit de organisatie ADRZ. Als reden geven de respondenten dat zij het prikaccident niet hebben gemeld.



Figuur 4 Staafdiagram begeleiding ADRZ na prikaccident (N=)

Onder de respondenten die het prikaccident wel hebben gemeld (N=33) hebben zes respondenten aangegeven niet voldoende begeleiding te hebben ervaren. Hiervoor zijn er diverse redenen genoemd, namelijk: de aanwezigheid van een 'onduidelijk protocol', geen eenduidig beleid en niet iedereen is goed op de hoogte is van het protocol. Met name het laatste punt wordt door de volgende uitspraak toegelicht:

"Niet iedere poort arts is goed op de hoogte van het protocol".(Resp55)

4. Discussie

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het onderzoek verklaard en geïnterpreteerd vanuit de verworven literatuur. Tevens biedt dit hoofdstuk de mogelijkheid om over resultaten de discussiëren aan de hand van de literatuur. Naast het leggen van verbanden zijn ook de sterke en zwakke punten uit het onderzoek bespreekbaar gemaakt.

4.1 Plaatsvinden en melden prikaccidenten

Uit de resultaten is gebleken dat 52% van de respondenten één of meerdere prikaccidenten heeft gehad. De respondenten in de leeftijdscategorie van 40 tot 60 jaar, veelal met meer dan 20 jaar ervaring, waren hier het meest in vertegenwoordigd. De samenhang in de resultaten tussen het plaatsvinden van prikaccidenten bij een bepaalde leeftijden en aantal jaren ervaring komt overeen met het onderzoek van Martins et al. (2012). Uit de resultaten kwam verder naar voren dat op de afdeling OK de meeste prikaccidenten voorkomen, zoals ook Ruijs et al., (2008) beschreef na zijn studies. Echter zorgt het grote verschil in respons per afdeling er in dit onderzoek voor dat er geen betrouwbare uitspraak gedaan kan worden over het aantal prikaccidenten per afdeling. Zowel uit de resultaten van dit onderzoek als uit onderzoek van Ruijs et al. (2008) blijkt dat de meeste prikaccidenten plaatsvinden bij het gebruik van subcutane injectienaalden.

Uit de resultaten is gebleken dat circa 70% van de prikaccidenten is gemeld volgens het prikaccidentenprotocol van het ADRZ. De overige 30% van de prikaccidenten is niet gemeld of niet gemeld volgens het protocol van het ADRZ. Deze resultaten zijn afwijkend van de cijfers van Ruijs et al. (2008); uit deze en diverse andere buitenlandse studies bleek sprake te zijn van een onderrapportage van 50%. De mate waarin sociaal wenselijke antwoorden zijn gegeven kan hebben bijgedragen aan de afwijkende cijfers. De afwijkende cijfers kunnen ook zijn veroorzaakt doordat er in de diverse studies mogelijk een verschillende betekenis is gegeven aan de begrippen 'melden' en 'niet-melden'.

4.3 Factor risico-inschatting en deskundigheid

Circa 90% van de respondenten heeft aangegeven te vertrouwen op de eigen risico-inschatting, maar een risico-inschatting door een deskundige als prioriteit te zien. Circa 80% van de respondenten onderneemt direct actie bij een hoog risico accident, tegen respectievelijk 68% en 48% bij een laag risico of geen risico. Deze cijfers lijken te worden ondersteund door de volgende uitspraak van Van Wijk-Nijssen (2009); hoog risico accidenten worden eerder gemeld dan laag risico accidenten. Verder blijkt uit de resultaten van dit onderzoek dat het ontbreken van kennis omtrent de risico's geen factor is om prikaccidenten niet te melden. Dit lijkt tegenstrijdig met de literatuur; onderschatting of onbekendheid van de risico's zou vaak leiden tot het 'niet-melden' aan een expert (van Wijk – Nijssen, 2009; Ruijs, et al., 2008; Voidy, Darling, Kenfak-Foguena, Erard, Cavassini, & Lazor-Blanchet, 2012). De tegenstrijdigheid met de literatuur kan veroorzaakt zijn doordat de vragen omtrent het bezit van kennis veel sociaal wenselijke antwoorden van de respondenten hebben opgeroepen.

4.4 Factor meldcultuur en meldingsbereidheid (attitude)

Meer dan 95% van de respondenten ziet het als zijn professionele plicht om prikaccidenten te melden. Volgens het KNMG (2007) wordt het melden van incidenten ook gezien als een professionele en juridische plicht. Circa 35% van de respondenten heeft aangegeven tijdsgebrek als reden te kunnen zien om een prikaccident niet te melden. Slechts een enkele respondent heeft het prikaccident daadwerkelijk niet gemeld vanwege het tijdsgebrek, wat tegenstrijdig lijkt met de literatuur waarin beschreven wordt dat verpleegkundigen te weinig tijd ervaren om aandacht te schenken aan het accident (Ruijs et al., 2008; van Wijk – Nijssen, 2009; Jahangiri et al., 2015; Voidy et al., 2012). Douwes et al. (2008) zien schaamte als reden om een accident niet te melden, echter spreken de resultaten van dit onderzoek dit tegen. De verschillen met de literatuur zijn mogelijk veroorzaakt doordat de (meld)cultuur die heerst en wordt ervaren afhankelijk is per organisatie.

4.5 Factor meldsysteem

Uit de resultaten is gebleken dat 10% van de respondenten niet weet hoe en waar het prikaccidentenprotocol te vinden is en 30% dit protocol niet overzichtelijk vindt. Slechts een enkeling van de respondenten heeft het prikaccident niet gemeld vanwege een slechte bereikbaarheid van de deskundigen. In het ADRZ is 24 uur per dag een deskundige aanwezig, echter kan de bereikbaarheid van de desbetreffende deskundigen buitenom kantoortijden minder zijn, zoals ook Van Wijk et al. (2008) in de literatuur beschrijven. Het merendeel van de respondenten dat het prikaccident niet heeft gemeld, wist niet waar te melden. Eén op de vijf respondenten is zich dan ook niet bewust van de te nemen stappen na een prikaccident. Ook van Wijk-Nijssen (2009) vermeldt in de literatuur dat voor individuen in de zorg vaak niet bekend is hoe zij een prikaccident moeten melden.

4.6 Sterke en zwakke punten van het onderzoek

De ‘matige’ respons op het onderzoek en het verschil in respons qua kernmerken (leeftijd, afdeling) heeft ervoor gezorgd dat de resultaten niet geheel representatief en bruikbaar zijn voor de gehele populatie. Er kan met de resultaten van dit onderzoek uitsluitend een uitspraak worden gedaan over het ADRZ. De respons op het onderzoek lijkt niet te zijn bepaald door sociaal wenselijke antwoorden; het aantal respondenten waarbij een prikaccident plaatsvond is even groot als de groep die dit niet heeft meegemaakt. Er is geen duidelijke reden te benoemen voor de non-respons. Gebleken is dat er in het onderzoek mogelijk wél sprake is geweest van sociaal wenselijke antwoorden of overschatting op het gebied van kennis en meldgedrag, wat een negatieve invloed heeft op de interne validiteit van het onderzoek.

Een directere benaderingsmethode van de onderzoekspopulatie (een persoonlijke benadering) had een hogere respons op kunnen leveren. De toegepaste benaderingsmethode bemoeilijkte de voortgang van het onderzoek door de matige bereikbaarheid van de leidinggevendenden per e-mail. Er is een zelf opgesteld, niet gevalideerd, meetinstrument gebruikt. De controle van het meetinstrument door de begeleiders van het onderzoek en de betrouwbaarheidsanalyse die is toegepast op de Likertschalen hebben de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument echter wel verhoogd. De vragenlijst heeft niet inzichtelijk gemaakt op welk tijdstip het prikaccident heeft plaatsgevonden, waardoor geen verband gelegd kon worden met de beschikbaarheid van de deskundige tijdens diverse diensten.

5. Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is de conclusie van het onderzoek beschreven. Hiervoor is antwoord gegeven op de deelvragen en op de centrale onderzoeksvraag. Naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek zijn aanbevelingen gedaan aan het ADRZ, de opleidingen Verpleegkunde en voor een mogelijk vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

Aan de hand van de resultaten en discussie is er antwoord gegeven op de deelvragen en centrale onderzoeksvraag.

Deelvraag 1: In welke mate beschikken de verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis over kennis, attitude en vaardigheden voor het afhandelen van prikaccidenten?

Op basis van dit onderzoek lijken de bevraagde verpleegkundigen een positieve attitude te hebben ten opzichte van het melden van prikaccidenten; zij zien het melden aan de organisatie als hun professionele plicht. Het grootste deel van de verpleegkundigen die hebben deelgenomen aan het onderzoek ziet het inschatten van het risico door een deskundige als prioriteit na een prikaccident. Desondanks lijken deze verpleegkundigen overtuigd van hun vaardigheid om risico's zelf goed in te kunnen schatten. Duidelijk te zien is dat er meer verpleegkundigen direct actie ondernemen bij een hoog risico accident dan bij een laag risico accident. Bijna alle bevraagde verpleegkundigen hebben kennis van het bestaan van het prikaccidentenprotocol van het ADRZ. Echter ontbreekt bij een kleine groep van de verpleegkundigen nog kennis over hoe en waar dit protocol te vinden is en welke stappen precies ondernomen moeten worden na een prikaccident. Het prikaccidentenprotocol wordt niet door alle bevraagde verpleegkundigen als overzichtelijk bevonden.

Deelvraag 2: Welke redenen geven verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis voor het wel of niet volgen van het protocol na een prikaccident?

Na het plaatsvinden van een prikaccident lijkt het grootste deel van de verpleegkundigen in dit onderzoek het accident te melden aan de organisatie vanwege de professionele houding die aangenomen wordt en vanwege het bewustzijn van de risico's; zij willen de risico's uit laten sluiten door een deskundige. Onduidelijk is of de aard van het prikaccident invloed heeft op het melden van het prikaccident, en dus de risico-inschatting. Onder de verpleegkundigen in dit onderzoek die het prikaccident niet hebben gemeld volgens het protocol blijkt onwetendheid te bestaan over de te nemen stappen na een prikaccident. De onwetendheid bestaat voornamelijk uit niet weten waar het prikaccident gemeld moet worden (niet weten dat het gemeld moet worden bij de afdeling infectiepreventie en/of poortarts) en niet weten hoe het prikaccident gemeld moet worden.

Centrale onderzoeksvraag: In hoeverre handelen verpleegkundigen van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis na een prikaccident volgens het protocol en welke redenen liggen ten grondslag aan het wel of niet handelen volgens het protocol?

Het merendeel (70%) van de bevraagde verpleegkundigen van het ADRZ waarbij een prikaccident heeft plaatsgevonden zegt na het prikaccident gehandeld te hebben volgens het protocol. De

professionele plicht van het melden en het belang van risico-inschatting door een deskundige lijken hierin doorslaggevend. Ook voor de verpleegkundigen die het prikaccident niet hebben gemeld volgens protocol bleek een risico-inschatting essentieel. Echter heeft dit onderzoek uitgewezen dat deze groep verpleegkundigen niet gehandeld heeft volgens protocol vanwege de onbekendheid van de te nemen stappen.

5.2 Aanbevelingen

Uit het onderzoek is voornamelijk gebleken dat prikaccidenten niet zijn gemeld (of niet juist zijn gemeld aan de organisatie) vanwege de onwetendheid over de te nemen stappen na het accident. Verpleegkundigen wisten niet hoe en waar het prikaccident gemeld moest worden. Onbekend is of dit werd veroorzaakt doordat er geen gebruik is gemaakt van het protocol of doordat het protocol niet duidelijk was voor gebruik. Een deel van de bevroegde verpleegkundigen zegt het protocol niet overzichtelijk te vinden.

De organisatie ADRZ kan het protocol aanscherpen door te verwijzen naar het (vaste) telefoonnummer van de deskundige waar het prikaccident gemeld moet worden. Op deze manier wordt de verpleegkundige direct in contact gebracht met de desbetreffende deskundige en kan er geen onduidelijkheid ontstaan over bij wie het prikaccident op dat moment gemeld moet worden. Verdere aanpassingen aan de inhoud het protocol lijken niet noodzakelijk. Echter kan het gebruik van een stroomdiagram (flow chart) in het protocol ook hebben geleid tot onduidelijkheden bij de gebruiker. Een stroomdiagram biedt weinig mogelijkheden voor een afweging bij een beslissing en mist vaak toelichtende informatie (van Waes, Cuvelier, Jacobs, & de Ridder, 2003). Een protocol in een tekstversie kan aanvullende informatie bieden waarmee onduidelijkheden in de te nemen stappen mogelijk worden opgeheven. Om de verpleegkundigen beter op de hoogte stellen van het bestaan van het protocol of te herinneren aan het gebruik hiervan bij een prikaccident kan er in de medicijnruimtes van de afdelingen verwezen worden naar het protocol. In de verwijzing kunnen de stappen van het protocol kort en bondig worden beschreven en kan worden aangeduid dat het volledige protocol te vinden is op het I-portal (webpagina) van het ADRZ.

Verder is uit het onderzoek naar voren gekomen dat de begeleiding van het ADRZ na een prikaccident niet altijd als voldoende wordt ervaren. Dit werd volgens de verpleegkundigen voornamelijk veroorzaakt door een onduidelijk protocol, geen eenduidig beleid en doordat niet iedereen goed op de hoogte is van het protocol. Om deze laatste twee factoren te verbeteren lijkt het essentieel om onder de deskundigen die bij de afhandeling van prikaccidenten betrokken zijn, duidelijke informatie verschaffen over welke werkwijze zij moeten hanteren. Hiervoor kan door de afdeling Infectiepreventie een eenmalige voorlichting worden gegeven aan de betrokkenen. De afdeling Infectiepreventie kan tevens kennis over prikaccidenten en de risico's hiervan vergroten onder de werknemers. Mogelijk kunnen zij informatie geven door middel van nieuwflitsen in de nieuwbrief van het ADRZ of op de webpagina van het ADRZ. Het verhogen van de kennis over hepatitis B, hepatitis C en HIV vergroot de kans op een juiste risico-inschatting en het benadrukt het belang van een snelle melding (Ruijs et al., 2008). Ook de opleidingen Verpleegkunde kunnen hier indirect aan bijdragen door het verhogen van kennis omtrent prikaccidenten en de risico's hiervan bij studenten. Het onderwerp 'prikaccidenten' kan worden opgenomen in voorlichtingen die worden gegeven omtrent gezondheidsrisico's en melden van accidenten.

Om een juist beeld te krijgen over het totaal aantal prikaccidenten dat voorkomt en gemeld wordt zal een grootschaliger onderzoek uitgevoerd moeten worden in het ADRZ. Hierdoor kan een grotere populatie worden bereikt en een meer betrouwbare uitspraak worden gedaan. Wanneer vervolgonderzoek wordt uitgevoerd is het aan te raden om de bereikbaarheid van de deskundigen tijdens diverse diensten beter inzichtelijk te maken. Door vervolgonderzoek kan worden gecontroleerd of de aanbevelingen effectief blijken of dat er verdere stappen noodzakelijk zijn. Wanneer de registratie en afhandeling van prikaccidenten in het ADRZ niet efficiënter kan verlopen is het een optie om de afhandeling van prikaccidenten uit te besteden aan een externe organisatie, zoals PrikPunt of de GGD.

Bronnenlijst

- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Historie*. Opgeroepen op November 5, 2015, van [www.adrz.nl: http://www.adrz.nl/over-adrz/historie?steID=1&catID=428](http://www.adrz.nl/over-adrz/historie?steID=1&catID=428)
- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: acties poortarts bij een hoogrisico accident en bekend bron*.
- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: acties poortarts bij een laagrisico accident*.
- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: acties poortarts bij hoogrisico accident en onbekende bron*.
- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: acute afhandeling van een prikaccident*.
- Admiraal de Ruyter Ziekenhuis. (2015). *Prikaccident: hoe dit te voorkomen*.
- Boal, W., Leiss, J., Sousa, S., Lyden, J., Li, J., & Jagger, J. (2008). *The National Study to Prevent Blood Exposure in paramedics: exposure reporting*. American journal of industrial medicine (51), 213-222.
- Boland, G., & van Wijk, P. (2006). *Extrapolatie van gerapporteerde prikaccidenten in Nederland*. Amersfoort: Nationaal Hepatites Centrum.
- Douwes, M., van den Heuvel, S., & Sonneveld, H. (2008). *Het grote gevaar van de zorg: overzicht van arbeidsrisico's van en maatregelen voor verpleegkundigen en verzorgenden*. Hoofddorp: TNO Kwaliteit van Leven.
- Frijstein, G., Hortensius, J., & Zaaijer, H. (2011). Needlestick injuries and infectious patients in a major academic medical centre from 2003 to 2010. *The journal of medicine*, vol.69 (10), 465-468.
- Hesselink, J. (2010). *Orientatie op Verpleegkunde (eerste druk)*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Jahangiri, M., Rostamabadi, A., Hoboubi, N., Tadayon, N., & Soleimani, A. (2015). Needle Stick Injuries and their Related Safety Measures among Nurses. *Safety and health at work*, 1-6.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). (2007, februari 1). *Beleidsdocument veilig melden*. Opgeroepen op mei 5, 2016, van [www.knmg.nl: http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62430/Beleidsdocument-veilig-melden-2007.htm](http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62430/Beleidsdocument-veilig-melden-2007.htm)
- Legemaate, J., Christiaans-Dingelhoff, I., Doppegieter, R., & de Roode, R. (2006). *Melden van incidenten in de gezondheidszorg*. Opgehaald van [www.knmg.nl: http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62456/Melden-van-incidenten-in-de-gezondheidszorg-2006.htm](http://www.knmg.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62456/Melden-van-incidenten-in-de-gezondheidszorg-2006.htm)
- Martins, A., Coelho, A., Vieira, M., Matos, M., & Pinto, M. (2012). Age and years in practice as factors associated with needlestick and sharps injuries among health care workers in a Portuguese hospital. *Accident Analysis and Prevention*, Vol.47, 11-15.

- Nationaal Hepatitis Centrum. (2009). *Het verminderen van prikaccidenten door de inzet van veiligheidssystemen*. V&VN.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2007). *Landelijke Richtlijn prikaccidenten (RIVM)*. RIVM .
- Ruijs, W., & Timen, A. (2008). Richtlijn 'Prikaccidenten': risicobeoordeling en postexpositiebeleid in de praktijk. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1967-71.
- Ruijs, W., van Wijk, P., Heimeriks, C., Boland, G., Karagiannis, I., & Geraedts, J. (2008). *Prikaccidenten in de arbeidssituatie*. Bilthoven: RIVM - Centrum Infectiebestrijding.
- Schalken, T., & Koekkoek, R. (2010). *Visie op de verpleegkundige professional*. 's-Hertogenbosch.
- Schneeberger, P., Meiberg, A., Warmelts, J., Leenders, S., & van Wijk, P. (2012). Registration of blood exposure accidents in the Netherlands by a nationally operating call center. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 33 (10), 1017-1023.
- Universiteit Utrecht. (2016, Februari). *Zoekstrategie: snel aan de slag*. Opgeroepen op Februari 2016, van Utrecht University Library: <http://libguides.library.uu.nl/zoekstrategie>
- van Waes, L., Cuvelier, P., Jacobs, G., & de Ridder, I. (2003). *Studies in taalbeheersing*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- van Wijk - Nijssen, P. (2009). *Improving the management of Blood Exposure Accidents in the Netherlands (Proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, Nijmegen)*. Boxtel: Drukkerij Tielen.
- van Wijk, P. (2008). *Project Meldpunt Prikaccidenten*. Amersfoort: Nationaal Hepatitis Centrum.
- van Wijk, P. (2010). Verbetering van de afhandeling van prikaccidenten in Nederland. *Infectieziekten Bulletin, jaargang 21 (7)*, 243-246.
- van Wijk, P., Boland, G., van Leeuwen-Gilbert, P., & Schneeberger, P. (2008). Versnipperde infrastructuur voor afhandeling van prikaccidenten in Nederland. *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde*, 152, 1981-5.
- van Wijk, P., Boland, G., Voss, A., & Schneeberger, P. (2010). Impact of new guidelines for blood exposure incidents in the Netherlands. *Occupational Medicine-Oxford*, vol 60, 270-276.
- van Wijk, P., Schneeberger, P., Heimeriks, K., Boland, G., Karagiannis, J., Gereadts, J., et al. (2010). Occupational blood exposure accidents in the Netherlands. *European Journal of public health*, Vol. 20, 281-287.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek; praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). (2015, februari). *De professionele standaard uitgewerkt*. Opgehaald van www.venvn.nl: <http://www.venvn.nl/Berichten/ID/21896/De-professionele-standaard-uitgewerkt>

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

Voidy, C., Darling, K., Kenfak-Foguena, A., Erard, V., Cavassini, M., & Lazor-Blanchet, C. (2012). *Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss University Hospital*. Swiss Medical Weekly, Vol.142.

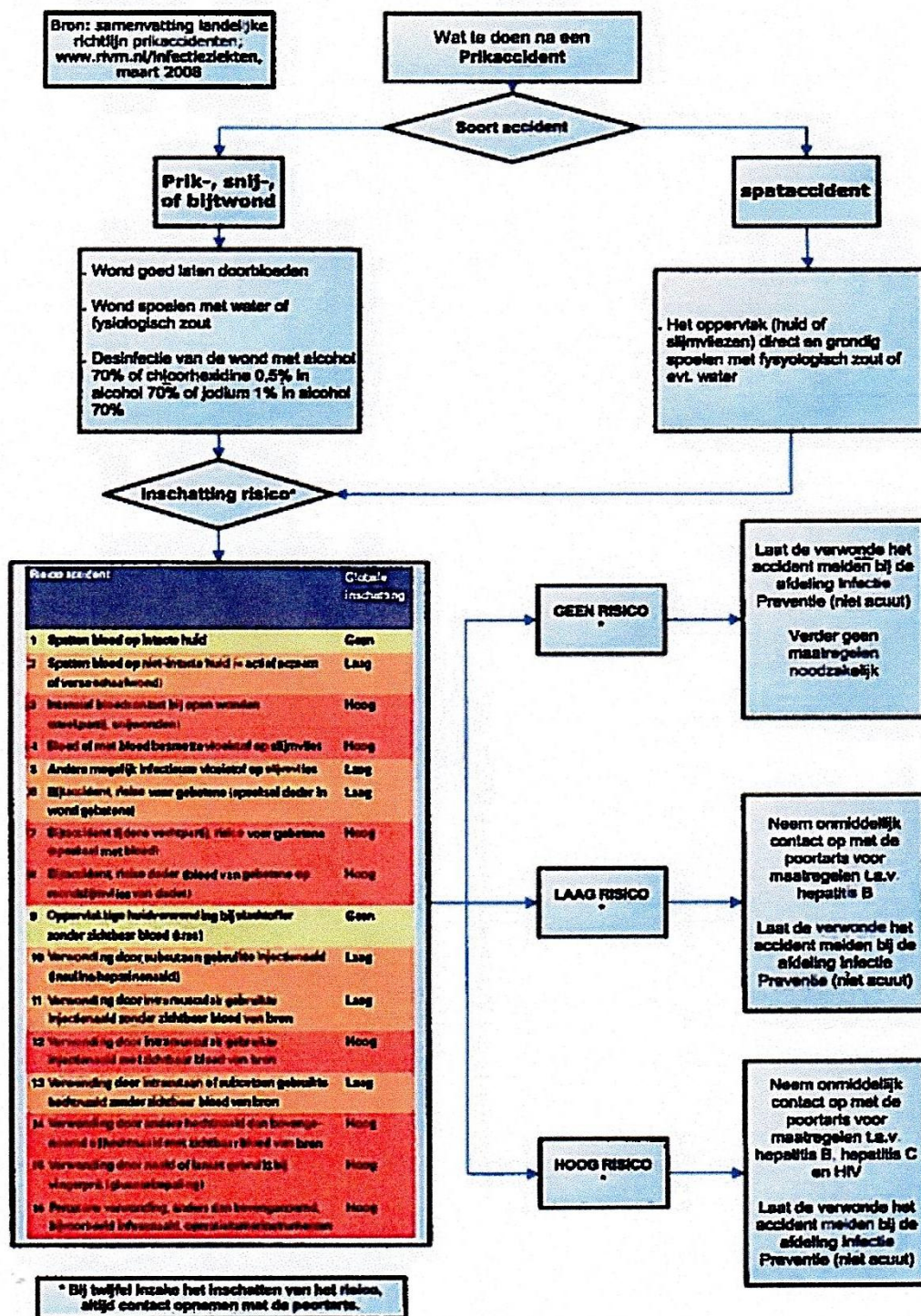
Bijlage 1 Prikaccidentenprotocol Admiraal de Ruyter Ziekenhuis



Werkwijze

Bron: samenvatting landelijke richtlijn prikaccidenten; www.rivm.nl/infectieziekten, maart 2008

prikaccident, acute afhandeling van een prikaccident, prikaccident v. 3.
03-11-2015



Referenties

Landelijke richtlijn preventie iatrogene hepatitis B; samenvatting maart 2008

Verduidelijking risicobepaling accident

Aard accident	Globaal risico
Spatten bloed op intacte huid	Geen
Spatten bloed op niet intacte huid (=actief eczeem of verse schaafwond)	Laag
Intensief bloedcontact bij open wonden (steekpartij, snijwonden)	Hoog
Bloed of met bloed besmette vloeistof op slijmvlies	Hoog
Andere mogelijk infectieuze vloeistof op slijmvlies	Laag
Bijtaccident, risico voor gebetene (speeksel van dader in verse wond gebetene)	Laag
Bijtaccident tijdens vechtpartij, risico voor gebetene (speeksel met bloed van dader in verse wond gebetene)	Hoog
Bijtaccident, risico dader (bloed van gebetene op mondslijmvlies van dader)	Hoog
Oppervlakkige huidverwonding bij slachtoffer zonder zichtbaar bloed (kras)	Geen
Verwonding door subcutaan gebruikte injectienaald (insulinenaald / heparinenaald)	Laag
Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald zonder zichtbaar bloed van bron	Laag
Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald met zichtbaar bloed van bron	Hoog
Verwonding door intracutaan of subcutaan gebruikte hechtnaald zonder zichtbaar bloed van bron	Laag
Verwonding door andere hechtnaald dan bovengenoemde of hechtnaald met zichtbaar bloed van bron	Hoog
Verwonding door naald of lancet gebruikt voor vingerprik	Hoog
Percutane verwonding, anders dan bovengenoemd, bv infuusnaald, OK instrumenten	Hoog

Bijlage 2 Toestemming tot uitvoering onderzoek Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Bijlage 4 Schriftelijke toestemming uitvoering praktijkgericht onderzoek

Nadat de opleiding fase 1B heeft goedgekeurd dient ook de organisatie of instelling akkoord te gaan met de uitvoering zoals die beschreven is in het onderzoeksvoorstel (fase 1B).

Door dit formulier te ondertekenen wordt er toestemming gegeven aan Stephanie Oele (naam student invullen) om het praktijkgerichte onderzoek uit te voeren bij de benoemde instelling zoals beschreven in de onderzoeksopzet van fase 1B.

Naam instelling : ADRZ
Naam begeleider/contactpersoon : Marek Schipper
Functie begeleider/contactpersoon : Goeider
Adres : 's Gravenslootseweg 53
Postcode en Plaats : 4162 RA Goes
E-mail begeleider/contactpersoon : m.schipper@adrz.nl

De student scant na ondertekening het formulier en stuurt dit op naar de begeleider (docent) van het praktijkgerichte onderzoek.

Datum
3-12-2015

Plaats
Goes

Handtekening



Bijlage 3 Meetinstrument

1. Algemene gegevens

Eerst volgen een aantal algemene vragen over uw geslacht, leeftijd, opleiding, functie en ervaring in het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ).

1.1 Mijn geslacht is:

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

1.2 Wat is uw leeftijd?

- ☐ <20 jaar
- ☐ 20-30 jaar
- ☐ 30-40 jaar
- ☐ 40-50 jaar
- ☐ 50-60 jaar
- ☐ >60 jaar

1.3 Wat is uw hoogst behaalde opleiding?

- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (WO)
- ☐ Anders, namelijk _____

1.4 Welke functie heeft u in het ADRZ?

- ☐ Verpleegkundige
- ☐ Verpleegkundig specialist
- ☐ Operatieassistent
- ☐ Anders, namelijk _____

1.5 Hoelang bent u werkzaam in het ADRZ (in bovenstaande functie)?

- ☐ < 1 jaar
- ☐ 1-5 jaar
- ☐ 6-10 jaar
- ☐ 11-20 jaar
- ☐ >20 jaar

1.6 Op welke afdeling bent u werkzaam in het ADRZ?

2. Risico-inschatting & deskundigheid

In onderstaande stellingen wordt gesproken over prikaccidenten. Onder prikaccidenten worden prik-, snij-, bijt- en spataccidenten verstaan. Bij een prikaccident komt bloed (of andere lichaamsvloeistoffen) van de ene persoon in het lichaam van de andere persoon (RIVM, 2007). Bij prik- en snijaccidenten komen infectieuze vloeistoffen via een scherp voorwerp, zoals een injectienaald of scalpel, in het lichaam van een ander. Bij een spataccident gaat het om bloed dat op slijmvlies of niet-intacte huid terecht komt. Bij een bijtaccident komt bloed op mondslijmvlies of speeksel in een open wond (RIVM, 2007).

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

In onderstaande stellingen wordt ook onderscheidt gemaakt tussen over hoog risico accidenten, laag risico accidenten en accidenten zonder risico. Bij een hoog risico accident wordt een grote hoeveelheid bloed (of andere lichaamsvloeistof) overgedragen waardoor de kans op infectieoverdracht groot is. Bij de overdracht van een minimale hoeveelheid bloed/lichaamsvloeistof (laag risico accident) of geen bloed/lichaamsvloeistof (geen risico accident) is de kans op infectieoverdracht lager. Door bij iedere stelling één vakje aan te kruisen geeft u uw mening over de mate van risico-inschatting.

	<i>Helemaal Mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
1. Ik kan risico's voor mijn gezondheid, die ik als verpleegkundige loop, herkennen				
2. Ik vertrouw op mijn eigen risico-inschatting bij mogelijk gevaar voor mijn gezondheid				
3. Ik zie een risico-inschatting door een deskundige als prioriteit bij mogelijk gevaar voor mijn gezondheid				
4. Ik onderneem direct actie bij een prikaccident met een hoog risico op infectieoverdracht				
5. Ik onderneem direct actie bij een prikaccident met een laag risico op infectieoverdracht				
6. Ik onderneem direct actie bij een prikaccident zonder risico op infectieoverdracht				

3. Meldcultuur en meldingsbereidheid

Door bij iedere stelling één vakje aan te kruisen geeft u uw mening over de meldcultuur en meldingsbereidheid.

	<i>Helemaal Mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
1. Ik voel mij veilig om een prikaccident op de afdeling te melden				
2. Ik word niet belemmerd door angst (voor eventuele consequenties) wanneer ik een prikaccident wil melden				
3. Ik spreek mijn collega's aan op hun meldgedrag				
4. Ik zie het als mijn professionele plicht om prik accidenten officieel te melden				
5. Ik heb voldoende tijd om aandacht te besteden aan het melden van een prikaccident				

4. Meldsysteem

Door bij iedere stelling één vakje aan te kruisen geeft u uw mening over het meldsysteem.

	<i>Helemaal Mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
1. Ik ben mij bewust van alle te nemen stappen na een prikaccident				
2. Ik ben op de hoogte van het bestaan van het prikaccidentenprotocol van het ADRZ				
3. Ik weet hoe en waar ik het prikaccidentenprotocol van het ADRZ kan vinden				
4. Ik vind het prikaccidentenprotocol van het ADRZ overzichtelijk en goed te gebruiken				
5. Ik kan een deskundige in het ADRZ 24 uur per dag bereiken				

Prikaccidenten

Onderstaande vragen gaan over de ervaring(en) die u heeft met prikaccidenten.

5. Heeft u wel eens een prikaccident tijdens uw werkzaamheden in het ADRZ?

- ☐ Ja, één keer (ga verder naar vraag 6 t/m 11)
- ☐ Ja, meerdere keren (ga verder naar vraag 6 t/m 11)
- ☐ Nee (dit is voor u het einde van de enquête, u hoeft de hierop volgende vragen niet te beantwoorden. Bedankt voor uw medewerking)

6. Uit welk van onderstaande beschrijvingen bestond het prikaccident? (indien u meerdere prikaccidenten heeft gehad, zijn meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Spatincident op intacte huid
- ☐ Spatincident op niet-intacte huid
- ☐ Intensief bloedcontact bij open wond (snijwonden) of bloed op slijmvlies
- ☐ Andere infectieuze vloeistof dan bloed op slijmvlies
- ☐ Bijtaccident
- ☐ Oppervlakkige huidverwonding (kras) zonder zichtbaar bloed
- ☐ Verwonding door subcutaan gebruikte injectienaald
- ☐ Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald zonder zichtbaar bloed
- ☐ Verwonding door intramusculair gebruikte injectienaald met zichtbaar bloed
- ☐ Verwonding door intracutaan of subcutaan gebruikte hechtnaald zonder zichtbaar bloed van bron
- ☐ Verwonding door andere hechtnaald dan bovengenoemde of hechtnaald met zichtbaar bloed van bron
- ☐ Verwonding door naald of lancet gebruikt voor vingerprik
- ☐ Percutane verwonding, anders dan bovengenoemd, bv infuusnaald, OK instrumenten

7. Waar heeft u het prikaccident gemeld?

- ☐ Bij de afdeling infectiepreventie van het ADRZ (ga door naar vraag 10)
- ☐ Bij de poortarts van het ADRZ (ga door naar vraag 10)
- ☐ Bij de afdeling infectiepreventie en bij de poortarts van het ADRZ (ga door naar vraag 10)
- ☐ Bij de leidinggevende van de afdeling en de poortarts/afdeling infectiepreventie (vraag 10)
- ☐ Uitsluitend bij de leidinggevende van de afdeling (ga door naar vraag 8)
- ☐ Uitsluitend bij een andere deskundige van het ADRZ (ga door naar vraag 8)
- ☐ Bij een andere instantie dan het ADRZ (ga door naar vraag 8)
- ☐ Ik heb het prikaccident niet gemeld (ga door naar vraag 8)

8. Welke van onderstaande redenen zijn voor u van toepassing?

Ik heb het prikaccident niet gemeld bij de afdeling infectiepreventie en/of poortarts, omdat:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
1. Ik niet bekend was met de risico's voor mijn gezondheid				
2. Ik niet voldoende tijd ervaarde om aandacht te schenken aan het accident				
3. Ik schaamte ervaarde voor mijn (verkeerd) handelen				
4. Ik mij er niet bewust van was dat ik het prikaccident moest melden				
5. Ik mij er niet bewust van was dat ik het prikaccident moest melden bij de afdeling infectiepreventie en/of de poortarts				
6. Ik niet wist hoe ik een prikaccident moest melden				
7. Ik tijdens mijn dienst geen deskundige kon raadplegen (door afwezigheid deskundige)				

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

8. Ik mij niet veilig voelde om het prikaccident te melden				
--	--	--	--	--

9. Heeft u de begeleiding van het ADRZ na het prikaccident als voldoende ervaren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, want _____

Dit was voor u de laatste vraag, bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek.

10. Welke van onderstaande redenen zijn voor u van toepassing?

Ik heb het prikaccident gemeld bij de afdeling infectiepreventie en/of poortarts, omdat:

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik het melden van accidenten zie als mijn professionele plicht				
Ik mij bewust ben van de risico's voor mijn gezondheid na een prikaccident				
Ik risico's voor mijn gezondheid uit wil laten sluiten door een deskundige				
Dit beschreven staat in het prikaccidentenprotocol van het ADRZ				
Dit werd aangeraden door mijn collega's en/of leidinggevende				

11. Heeft u de begeleiding van het ADRZ na het prikaccident als voldoende ervaren?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, want _____

Dit is het einde van de vragenlijst, bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Bijlage 4 E-mail benadering leidinggevenden en onderzoekspopulatie

Benadering leidinggevenden

Hallo,

Als 4^e-jaars Bachelor Verpleegkunde student van de HZ University of Applied Sciences doe ik een onderzoek onder verpleegkundigen van het ADRZ. Mijn onderzoek heeft betrekking op het handelen van (gespecialiseerde) verpleegkundigen na een prikaccident, voornamelijk het melden van het prikaccident staat hierin centraal.

Voor deelname aan het onderzoek dienen de verpleegkundigen een vragenlijst in te vullen. De benadering van de verpleegkundigen voor deelname aan het onderzoek wil ik graag via u, als leidinggevende, laten verlopen. Om mij te helpen bij mijn onderzoek hoeft u uitsluitend de bijgevoegde mail te verzenden naar de verpleegkundigen van uw afdeling.

Graag ontvang ik een bevestiging wanneer u deze mail heeft doorgestuurd aan de verpleegkundigen van uw afdeling en hoor ik hoeveel verpleegkundigen dit betreft.

Met vriendelijke groeten,
Stephanie Oele

Benadering onderzoekspopulatie

Vragenlijst afstudeeronderzoek 'prikaccident; wat zal ik doen!?'

Hallo,

Mijn naam is Stephanie Oele. Op dit moment ben ik werkzaam als stagiaire op de afdeling Heelkunde (O) van het Admiraal de Ruyter Ziekenhuis (ADRZ). Als 4^e-jaars Bachelor Verpleegkunde student van de HZ University of Applied Sciences doe ik een onderzoek onder verpleegkundigen van het ADRZ. Mijn onderzoek heeft betrekking op het handelen van (gespecialiseerde) verpleegkundigen na een prikaccident, voornamelijk het melden van het prikaccident staat hierin centraal. Voor deelname aan dit onderzoek is ervaring met prikaccidenten niet noodzakelijk.

Met de resultaten van dit onderzoek wil ik inzicht verkrijgen in het wel of niet melden van prikaccidenten door verpleegkundigen en de redenen waarom prikaccidenten wel of niet worden gemeld. Om dit te realiseren en mijn onderzoek te voltooien vraag ik u om deze vragenlijst in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De vragenlijst gaat allereerst over uw algemene gegevens. Hierna wordt uw mening gepeild over risico-inschatting, meldcultuur & meldingsbereidheid en het meldsysteem. Tot slot wordt gevraagd naar eventuele ervaringen met prikaccidenten. Alle gegevens zullen anoniem worden verwerkt om uw privacy te beschermen. U hoeft uw naam niet te vermelden waardoor de gegeven antwoorden en de resultaten niet terug kunnen leiden naar u als respondent. Na het voltooien van het afstudeeronderzoek zullen alle enquêtes worden vernietigd.

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

De enquête is in te vullen tot en met 9 maart 2016. Door te klikken op onderstaande link wordt de enquête geopend:

<http://www.thesistools.com/web/?id=495675>

Wanneer er nog vragen zijn over de enquête of over het onderzoek ben ik te bereiken via onderstaand e-mailadres. Bedankt voor uw medewerking!

Vriendelijke groet,
Stephanie Oele
oele0012@hz.nl

Bijlage 5 Overzicht dataview en variable view SPSS

Vraag 1 t/m 3 Data view

File	Edit	View	Data	Transform	Analyze	Direct Marketing	Graphs	Utilities	Add-ons	Window	Help																		
												73 : V.2.5_risicoinschat...																	
												Visible: 58 of 58																	
	Respondentnummer	V.1.1_geslacht	V.1.2_leeftijd	V.1.3a_opleiding	V.1.3b_opleidingandere	V.1.4a_functie	V.1.4b_functieandere	V.1.5_hoelangwerkzaam	V.1.6_afdeling	V.2.1_risicoinschatting	V.2.2_risicoinschatting	V.2.3_risicoinschatting	V.2.4_risicoinschatting	V.2.5_risicoinschatting	V.2.6_risicoinschatting	V.3.1_meldcu	V.3.2_meldcu	V.3.3_meldcu	V.3.4_meldcu	V.3.5_meldcu									
1	Respondent 1	2	3	1		1			3 D, longziekten	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4									
2	Respondent 2	2	2	1		1			2 Longgeneeskunde	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3									
3	Respondent 3	2	3	1		1			2 CCU	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999									
4	Respondent 4	2	2	2		1			2 cardiologie (L)	3	3	3	4	4	4	4	4	2	4	2									
5	Respondent 5	2	4	2		4	SEH-verpleegkundi...		5 SEH	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
6	Respondent 6	2	3	2		1			4 SEH/ IC	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3									
7	Respondent 7	2	5	1		2			5 dagverpleging	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4									
8	Respondent 8	2	2	2		4	Wel verpleegkundi...		2 Ccu	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3									
9	Respondent 9	2	4	1		1			5 dagverpleging	1	1	1	1	3	3	4	4	3	4	3									
10	Respondent 10	2	3	2		4	SEH verpleegkundi...		4 SEH	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4									
11	Respondent 11	2	2	2		1			3 Aoa	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
12	Respondent 12	2	4	1		1			5 V	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3									
13	Respondent 13	2	3	1		1			4 AOA	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2									
14	Respondent 14	2	5	2		4	AOA verpleegkundi...		2 AOA	3	3	3	4	4	2	3	3	3	4	3									
15	Respondent 15	2	4	2		1			5 V	3	3	3	4	4	2	3	3	2	3	3									
16	Respondent 16	2	3	2		1			3 seh	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4									
17	Respondent 17	2	4	2		1			5 SEH	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3									
18	Respondent 18	2	2	2		1			3 AOA	3	3	3	4	4	2	4	4	3	4	2									
19	Respondent 19	2	2	1		1			3 ic/seh	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3									
20	Respondent 20	2	4	1		1			5 Afd D longafdeling	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4									
21	Respondent 21	2	2	2		1			2 SEH	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3									
22	Respondent 22	2	4	1		1			5 CCU	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
23	Respondent 23	1	5	1		1			4 SEH	4	4	3	4	4	1	4	4	3	4	3									
24	Respondent 24	1	5	2		1			5 seh	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3									
25	Respondent 25	2	3	2		1			4 SEH	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999									
26	Respondent 26	2	4	2		1			5 aoa	4	4	2	4	4	3	4	4	2	4	3									
27	Respondent 27	2	2	1		1			3 AoA	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	2									
28	Respondent 28	1	6	2		1			5 afd Q	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3									
29	Respondent 29	2	6	2		1			5 q	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3									
30	Respondent 30	2	5	2		2			5 Spoed Eisende Hulp	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3									
31	Respondent 31	2	4	1		1			5 Q	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4									
32	Respondent 32	2	3	1		2			4 Seh/ic	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
33	Respondent 33	2	6	1		1			5 afd. q	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3									
34	Respondent 34	2	5	4 LHNO		4	Verzorgende-IG		5 Q	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4									
35	Respondent 35	2	6	2		1			3 afdeling Ql	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3									
36	Respondent 36	2	5	2		1	teamleider		5 afd Q	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
37	Respondent 37	2	3	2		1			5 V	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4									
38	Respondent 38	2	2	1		1			1 Cardiologie	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	1									
39	Respondent 39	2	4	1		1			5 Q	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4									
40	Respondent 40	2	5	2		2			2 Aoa	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3									
41	Respondent 41	2	3	1		1			3 O	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	2									
42	Respondent 42	2	2	1		1			2 Chirurgie	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3									
43	Respondent 43	2	4	1		1			4 Heelkunde	3	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3									
44	Respondent 44	2	5	1		1			4 Afd O	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3									
45	Respondent 45	2	2	1		1			2 Heelkunde	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3									
46	Respondent 46	2	2	1		1			1 O	3	4	2	4	4	1	4	1	3	4	2									
47	Respondent 47	1	3	1		1			2 o	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3									
48	Respondent 48	2	2	1		1			2 o	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4	2									
49	Respondent 49	2	4	1		1			5 Chirurgie/Orthopaedie	4	3	3	4	3	3	4	4	2	4	1									
50	Respondent 50	1	3	1		1			4 kort verblijf	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3									
51	Respondent 51	2	4	1		1			5 heelkunde(afd. O)	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2									
52	Respondent 52	1	5	1		1			5 SEH	3	3	3	4	4	2	4	4	3	3	3									
53	Respondent 53	2	4	1		1			5 Heelkunde	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3									
54	Respondent 54	2	1	1		1			1 afdeling O (chirurgie,o...	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	2									
55	Respondent 55	2	4	2		3			5 ok	3	3	3	3	2	2	4	4	3	3	2									
56	Respondent 56	2	4	1		1			5 CCU	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4									
57	Respondent 57	1	5	2		1			5 ccu	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
58	Respondent 58	2	2	2		4	anesthesie verplee...		3 OK	3	3	3	4	4	1	4	4	2	3	2									
59	Respondent 59	2	4	4 Specialis...		2			4 OK	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3									
60	Respondent 60	2	3	2		3			3 OK	4	3	3	4	4	3	4	4	2	4	2									
61	Respondent 61	2	3	1		1			4 Cardiologie, L	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2									
62	Respondent 62	2	5	1		1			5 afdeling O	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2									
63	Respondent 63	2	4	2		3			5 ok	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2									

Vraag 4 t/m 8 Data view

File	Edit	View	Data	Transform	Analyze	Direct Marketing	Graphs	Utilities	Add-gns	Window	Help																																				
8 : V.3.5_meldcultuur																																								3				Visible: 58 of 5			
	V.4.1_meldsy steem	V.4.2_meldsy steem	V.4.3_meldsy steem	V.4.4_meldsy steem	V.4.5_meldsy steem	V.5_prikacc ent...	V.6.1_beschrijv...	V.6.2_beschrijv...	V.6.3_beschrijv...	V.6.4_beschrijv...	V.6.5_beschrijv...	V.6.6_beschrijv...	V.6.7_beschrijv...	V.6.8_beschrijv...	V.6.9_beschrijv...	V.6.10_beschrijvi...	V.6.11_beschrijvi...	V.6.12_beschrijvi...	V.6.13_beschrijv...	V.7_waarpr...	V.8.1_prikacc iden...	V.8.2_prikacc cc...	V.8.3_prikacc iden...	V.8.4_prikacc iden...	V.8.5_prika cc...	V.8.6_prika cc...	V.8.7_prika cc...	V.8.8_prika cc...																			
1	4	4	4	4	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
2	3	3	4	4	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
3	999	999	999	999	999	999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
4	2	4	4	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
5	4	4	4	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	3	2	2	3	3	3	2																		
6	2	3	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
7	4	4	4	4	3	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-																		
8	4	3	4	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-																		
9	3	4	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	8	0	0	4	0	0	0	0	0																			
10	4	4	4	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
11	4	4	4	4	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
12	3	3	2	2	2	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
13	3	3	3	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1																		
14	3	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
15	3	3	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
16	3	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
17	4	4	4	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
18	3	3	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
19	3	4	4	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
20	3	4	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
21	3	4	4	4	4	999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
22	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
23	4	4	4	3	4	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1	4	4	1	1	1																			
24	4	4	4	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
25	999	999	999	999	999	999	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
26	3	4	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-																		
27	2	3	3	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
28	3	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0																			
29	3	3	3	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
30	3	4	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
31	4	4	4	4	4	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	6	1	1	1	1	1	1	1	1																			
32	3	3	4	4	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
33	4	4	4	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
34	4	4	4	4	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
35	3	3	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
36	0	0	0	0	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
37	4	4	4	4	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
38	2	3	3	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
39	4	4	4	4	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
40	4	4	4	4	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		
41	2	2	2	2	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2	3	2	2	3	3	2	2																			
42	3	3	3	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-																		

43	2	2	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	2	2	2	2	3	3	4	2
44	2	2	3	3	3	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3								
45	4	4	4	3	4	3																						
46	4	4	2	2	2	3																						
47	3	3	3	2	4	3																						
48	2	3	3	3	3	3																						
49	3	3	2	2	3	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1								
50	3	4	4	3	3	3																						
51	2	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4								
52	3	4	4	3	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	
53	4	3	3	3	3	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3								
54	3	3	3	3	3	3																						
55	3	3	3	2	2	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	2							
56	4	4	4	3	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	2	2	1	2	2	2	1	
57	4	4	4	4	4	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2								
58	1	3	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2								
59	3	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	1	1	1	2	2	1	
60	3	3	2	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	
61	4	4	4	4	4	3																						
62	3	3	3	3	3	3																						
63	3	3	3	2	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2								
64	999	999	999	999	999	999																						
65	3	1	3	1	4	3																						
66	4	4	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2								
67	2	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	1	1	1	1	4	1	1	
68	2	2	2	3	3	3																						
69	4	4	4	4	3	3																						
70	1	2	2	2	2	3																						
71	3	4	4	3	3	3																						
72	3	4	4	4	3	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4								
73	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2								
74	3	4	4	3	4	3																						
75	3	3	3	3	3	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	2								
76	2	3	3	2	2	3																						
77	3	3	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4								
78	3	4	3	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2								
79	2	3	3	2	3	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	3								
80	2	3	3	2	2	3																						
81	4	4	4	4	4	3																						
82	4	4	4	4	4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2								
83	3	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4								
84	3	4	4	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4								
85	3	3	3	3	2	3																						
86	3	3	3	3	2	3																						
87	3	3	3	2	3	3																						
88	3	3	4	3	1	3																						
89	3	3	3	3	3	3																						
90	3	3	2	3	3	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2								
91	4	4	3	2	4	3																						
92	3	4	4	3	4	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	1	2	1	1	4	3	1	
93	4	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2								
94	3	3	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2								
95	2	3	3	2	2	2																						
96	2	3	2	2	2	3																						
97	999	999	999	999	999	999																						

Vraag 9 t/m 11 Data view

File Edit View Data Transform Analyze Direct Marketing Graphs Utilities Add-ons Window Help										
8 : V.3.5_meldcultuur 3										
	V.9a begeleid...	V.9b_neewant	V.10.1 _prikac cide...	V.10.2 _prikac cide...	V.10.3 _prikac cide...	V.10.4 _prikac cide...	V.10.5 _prikac cide...	V.11a _begeleid...	V.11b_neewant	H.Hercoderenaafdeling
1	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling D (longgeneeskunde)
2	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling D (longgeneeskunde)
3	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling L (cardiologie)
4	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling L (cardiologie)
5	2	2 is bijna 20 jaar terug gebe...	.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
6	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
7	.		4	4	4	4	3	1		Afdeling V (dagverpleging)
8	.		4	4	4	4	3	2	Onduidelijk protocol, je weet niet goed wie je moe	Afdeling L (cardiologie)
9	2	2 niet gemeld.	.	.	.	.	.	.		Afdeling V (dagverpleging)
10	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
11	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling C (AOA)
12	.		4	4	4	2	4	1		Afdeling V (dagverpleging)
13	2	2 het prikaccident deed zich...	.	.	.	.	.	.		Afdeling C (AOA)
14	.		3	4	4	3	3	1		Afdeling C (AOA)
15	.		3	3	3	3	2	1		Afdeling V (dagverpleging)
16	.		4	4	4	4	2	1		Afdeling SEH
17	.		4	4	4	3	4	1		Afdeling SEH
18	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling C (AOA)
19	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling M (IC)
20	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling D (longgeneeskunde)
21	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
22	.		1	1	1	1	1	1		Afdeling L (cardiologie)
23	2	2 ik heb het niet gemeld	.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
24	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
25	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
26	.		4	4	4	3	3	1		Afdeling C (AOA)
27	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling C (AOA)
28	1		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
29	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
30	.		4	4	4	3	3	1		Afdeling SEH
31	1		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
32	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
33	.		4	4	4	4	3	1		Afdeling Q (shortstay)
34	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
35	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
36	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
37	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling V (dagverpleging)
38	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling L (cardiologie)
39	.		4	4	4	4	3	1		Afdeling Q (shortstay)
40	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling C (AOA)
41	2	2 dienstdoende arts gebeld, ...	.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
42	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
43	2	2 Dat was vrijdag middag,en ...	.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
44	.		4	3	3	0	0	1		Afdeling O (heelkunde)
45	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
46	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
47	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
48	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
49	.		4	3	2	3	2	2	Prikaccident van +/- 15 jaar geleden voelde ik me	Afdeling O (heelkunde)
50	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling Q (shortstay)
51	.		3	3	3	3	3	1		Afdeling O (heelkunde)
52	2	2 was voor het protocol prika...	.	.	.	.	.	.		Afdeling SEH
53	.		4	4	4	4	3	1		Afdeling O (heelkunde)
54	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
55	.		3	4	3	2	2	2	niet iedere poort arts is goed op de hoogte van he	Afdeling OK
56	1		.	.	.	.	.	.		Afdeling L (cardiologie)
57	.		4	4	4	3	1	1		Afdeling L (cardiologie)
58	.		2	4	4	2	3	1		Afdeling OK
59	2	2 Nt	.	.	.	.	.	.		Afdeling OK
60	1		.	.	.	.	.	.		Afdeling OK
61	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling L (cardiologie)
62	.		.	.	.	.	.	.		Afdeling O (heelkunde)
63	.		3	3	3	3	0	2	het protocol is niet bij iedereen goed bekend, waa	Afdeling OK

64	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling SEH
65	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling C (AOA)
66	-	4	4	4	4	4	1	Afdeling OK
67	1	-	-	-	-	-	-	Afdeling E (neurologie/geriatrie)
68	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
69	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling O (heelkunde)
70	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
71	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling V (dagverpleging)
72	-	4	4	4	4	3	1	Afdeling OK
73	-	3	3	3	2	2	1	Afdeling OK
74	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
75	-	3	4	3	4	4	1	Afdeling OK
76	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
77	-	3	3	3	3	3	1	Afdeling O (heelkunde)
78	-	3	4	4	4	3	1	Afdeling OK
79	-	4	4	4	4	2	1	Afdeling OK
80	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
81	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling L (cardiologie)
82	-	4	3	3	3	3	1	Afdeling F (interne geneeskunde)
83	-	4	4	4	4	4	2	je moet zelf achter de uitslag aanbellen
84	-	3	3	3	3	3	1	Afdeling OK
85	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling O (heelkunde)
86	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
87	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
88	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling M (IC)
89	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling M (IC)
90	-	3	3	3	3	2	1	Afdeling L (cardiologie)
91	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling O (heelkunde)
92	1	-	-	-	-	-	-	Afdeling E (neurologie/geriatrie)
93	-	4	4	4	2	4	2	er was geen eenduidig beleid
94	-	3	3	3	3	3	1	Afdeling OK
95	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
96	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK
97	-	-	-	-	-	-	-	Afdeling OK

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

Variable view

File	Edit	View	Data	Transform	Analyze	Direct Marketing	Graphs	Utilities	Add-ons	Window	Help
											
	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure	Role
1	Respondent...	String	13	0	Respondentnu...	None	None	8	Left	Nominal	Input
2	V.1.1_gesla...	Numeric	1	0	Mijn geslacht is:	{1, Man}...	999	8	Right	Nominal	Input
3	V.1.2_leeftijd	Numeric	1	0	Wat is uw leefti...	{1, <20 jaar}...	999	8	Right	Ordinal	Input
4	V.1.3a_ople...	Numeric	1	0	Wat is uw hoog...	{1, Middelba...	999	8	Right	Ordinal	Input
5	V.1.3b_ople...	String	50	0	Anders, namelijk	None	None	15	Left	Nominal	Input
6	V.1.4a_functie	Numeric	1	0	Welke functie h...	{1, Verpleeg...	999	8	Right	Nominal	Input
7	V.1.4b_func...	String	50	0	Anders, namelijk	None	None	15	Left	Nominal	Input
8	V.1.5_hoela...	Numeric	1	0	Hoelang bent u ...	{1, <1 jaar}...	999	8	Right	Ordinal	Input
9	V.1.6_afdeling	String	50	0	Op welke afdeli...	None	999	15	Left	Nominal	Input
10	V.2.1_risco...	Numeric	1	0	Ik kan risico's v...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
11	V.2.2_risco...	Numeric	1	0	Ik vertrouw op ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
12	V.2.3_risco...	Numeric	1	0	Ik zie een risico...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
13	V.2.4_risco...	Numeric	1	0	Ik onderneem d...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
14	V.2.5_risco...	Numeric	1	0	Ik onderneem d...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
15	V.2.6_risco...	Numeric	1	0	Ik onderneem d...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
16	V.3.1_meld...	Numeric	1	0	Ik voel mij veilig...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
17	V.3.2_meld...	Numeric	1	0	Ik word niet bel...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
18	V.3.3_meld...	Numeric	1	0	Ik spreek mijn ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
19	V.3.4_meld...	Numeric	1	0	Ik zie het als m...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
20	V.3.5_meld...	Numeric	1	0	Ik heb voldoende...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
21	V.4.1_meld...	Numeric	1	0	Ik ben mij bewu...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
22	V.4.2_meld...	Numeric	1	0	Ik ben op de ho...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
23	V.4.3_meld...	Numeric	1	0	Ik weet hoe en ...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
24	V.4.4_meld...	Numeric	1	0	Ik vind het prika...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
25	V.4.5_meld...	Numeric	1	0	Ik kan een des...	{1, Helemaa...	999	8	Right	Ordinal	Input
26	V.5_prikacc...	Numeric	1	0	Heeft u wel een...	{1, Ja, 1 ke...	999	8	Right	Nominal	Input
27	V.6.1_besc...	Numeric	1	0	Spatincident op...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
28	V.6.2_besc...	Numeric	1	0	Spatincident op...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
29	V.6.3_besc...	Numeric	1	0	Intensief bloede...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
30	V.6.4_besc...	Numeric	1	0	Andere infectie...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
31	V.6.5_besc...	Numeric	1	0	Bijtaccident	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
32	V.6.6_besc...	Numeric	1	0	Oppervlakkige ...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
33	V.6.7_besc...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
34	V.6.8_besc...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
35	V.6.9_besc...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
36	V.6.10_bes...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
37	V.6.11_bes...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
38	V.6.12_bes...	Numeric	1	0	Verwonding do...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
39	V.6.13_bes...	Numeric	1	0	Percutane verw...	{0, Niet aan...	None	8	Right	Nominal	Input
40	V.7_waarpri...	Numeric	1	0	Waar heeft u h...	{1, Bij de af...	None	8	Right	Nominal	Input
41	V.8.1_prika...	Numeric	1	0	Niet bekend me...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
42	V.8.2_prika...	Numeric	1	0	Niet voldoende ...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
43	V.8.3_prika...	Numeric	1	0	Schaamte erwa...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
44	V.8.4_prika...	Numeric	1	0	Niet van bewust...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
45	V.8.5_prika...	Numeric	1	0	Niet van bewust...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
46	V.8.6_prika...	Numeric	1	0	Wist niet hoe ik...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
47	V.8.7_prika...	Numeric	1	0	Tijdens mijn die...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
48	V.8.8_prika...	Numeric	1	0	Niet veilig voeld...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
49	V.9a_begel...	Numeric	1	0	Heeft u de bege...	{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
50	V.9b_neewant	String	225	0	Nee, want	None	None	50	Left	Nominal	Input
51	V.10.1_prik...	Numeric	1	0	Melden zie als ...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
52	V.10.2_prik...	Numeric	1	0	Bewust ben van...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
53	V.10.3_prik...	Numeric	1	0	Risico's voor mi...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
54	V.10.4_prik...	Numeric	1	0	Dit beschreven ...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
55	V.10.5_prik...	Numeric	1	0	Dit werd aanger...	{1, Helemaa...	None	8	Right	Ordinal	Input
56	V.11a_bege...	Numeric	1	0	Heeft u de bege...	{1, Ja}...	None	8	Right	Nominal	Input
57	V.11b_neew...	String	225	0	Nee, want	None	None	50	Left	Nominal	Input
58	H.Hercoder...	String	50	0	Op welke afdeli...	None	None	21	Left	Nominal	Input

Bijlage 6 Beoordelingsformulier onderzoeksverslag

Naam student:

Studentnummer:

Differentiatie:

Datum:

	Elk item wordt beoordeeld op een 10-puntsschaal: 5 is onvoldoende en 6 is voldoende. Score 3 mag in de beoordeling niet voorkomen.		Aantal punten
0	Rapportage <i>Indicatoren HZ kader: 1 – 4</i> (LET OP, moet minimaal zes zijn anders geen verdere beoordeling)	Onderzoeksverslag is geschreven in eigen woorden. Verslag ziet er netjes en verzorgd uit, inclusief voorwerk. Lettergrootte klopt. Alle hoofdstukken zijn opgenomen. Taalgebruik is objectief, correct en zakelijk. Bronvermelding en literatuurlijst zijn volgens de APA-normen. Voor spelling, grammatica, zinsopbouw en stijl geldt: maximaal 3 fouten per pagina!	
1	Inleiding <i>Indicatoren HZ kader: 5 – 7</i>	De student noemt de aanleiding en achtergronden van het onderzoek. De student beschrijft zorgvuldig, logisch en helder het praktijkprobleem. De student beschrijft de relevantie voor Verpleegkunde/vroedkunde. De student noemt de doelstelling van het onderzoek. De student noemt de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen. Er is een leeswijzer aanwezig.	
2	Theoretisch kader <i>Indicatoren HZ kader: 8 -10</i> <i>DD 1*</i>	Zoekplan (zoekvraag +zoekstrategie+ zoekboom) wordt beschreven. In het theoretisch kader worden de kernbegrippen beschreven in eigen woorden. De bestudeerde literatuur is hierbij leidend. Er is een logische opbouw. Aantal bronnen en relevantie van bronnen is voldoende.	
3	Methode <i>Indicatoren HZ kader: 11-13</i>	De student noemt onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, Plaats en tijd. De student bespreekt de betrouwbaarheid en validiteit. Verloop van de dataverzameling, verwerking en analyse is beschreven. De student verantwoordt elke keuze vanuit onderzoeksliteratuur.	
4	Resultaten <i>Indicatoren HZ kader: 14 -16</i>	Resultaten worden zonder interpretatie benoemd en duidelijk weergegeven met behulp van tabellen, grafieken en/of schema's.	
5	Discussie <i>Indicatoren HZ kader: 17-18, 20</i> <i>DD3*</i>	Resultaten zijn geanalyseerd. Student laat zien kritisch te kunnen zijn, verbanden te leggen tussen bevindingen en koppeling te maken met theoretische kader. Sterke en zwakke kanten van het onderzoek worden benoemd en de gevolgen daarvan voor de betrouwbaarheid en externe en interne validiteit.	
6	Conclusies <i>Indicator HZ kader: 19</i>	Hoofd en deelvragen worden beantwoord, logisch en aansluitend vervolg op resultaten en discussie.	

Onderzoeksverslag Prikaccident; wat zal ik doen!?

7	Aanbevelingen <i>Indic HZ kader 21 – 24</i> <i>DD2*</i>	Aanbevelingen volgen logisch uit onderzoek, zijn concreet en realistisch, dragen bij aan een daadwerkelijke en duurzame oplossing			
6	Evaluatie <i>Indicatoren HZ kader: 28-30</i> <i>DD2, DD5*</i> Alleen in te vullen door 1^e begeleider!	Toont professioneel gedrag tijdens onderzoek. Hieronder valt: Planmatig werken (volgens de tijdsplanning van het concept en definitieve versie); Zelfstandigheid (eigen keuzes gemaakt en eigen invulling; binnen begeleidingsuren gebleven; feedback adequaat opgepakt); Samenwerking met 1 ^{ste} begeleider (tijdig geïnformeerd over problemen en belangrijke keuzes, openstaan voor suggesties en kritiek).			
		Max aantal te halen punten	80 of 90*	Behaalde punten	
	Toegekend cijfer	Behaalde punten / 8 of 9* *2^e beoordelaar vult onderdeel 8 niet in!			
	Wanneer rapportage onvoldoende is wordt Niet Deelgenomen op de VLD ingevoerd.				

*Dublindescriptoren zie bijlage 9

Naam eerste beoordelaar:

Naam tweede beoordelaar: