

Observation Tool for Long-Term Care Homes



Observer-ID: <input style="width:50px;" type="text"/>	Form-No.: <input style="width:50px;" type="text"/>	Facility-ID: <input style="width:50px;" type="text"/>
Date: <input style="width:100%;" type="text"/>		Care Unit: <input style="width:100%;" type="text"/>
Day of Week: <input style="width:100%;" type="text"/>		
Start Time: <input style="width:50px;" type="text"/> : <input style="width:50px;" type="text"/> : <input style="width:50px;" type="text"/> AM/PM		
End Time: <input style="width:50px;" type="text"/> : <input style="width:50px;" type="text"/>		

Category:

- | | | | |
|---------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1 = Physician | 5 = Social Worker | 09 = Housekeeping/Laundry Staff | 13 = Dietary Staff |
| 2 = Nurse | 6 = Pastoral Care | 10 = Volunteer | 14 = Other* |
| 3 = HCA/PSW | 7 = Blood Collection/Lab/X-ray | 11 = Recreation Staff | 15 = Personal Services** |
| 4 = Student | 8 = Therapy Staff (OT/Physio) | 12 = Sitter/Private Caregiver | |

Category: <input style="width:80%;" type="text"/>	Category: <input style="width:80%;" type="text"/>	Category: <input style="width:80%;" type="text"/>	Category: <input style="width:80%;" type="text"/>
1 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Nails <input type="checkbox"/> Bracelets <input type="checkbox"/> Rings	1 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Nails <input type="checkbox"/> Bracelets <input type="checkbox"/> Rings	1 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Nails <input type="checkbox"/> Bracelets <input type="checkbox"/> Rings	1 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves <input type="checkbox"/> Nails <input type="checkbox"/> Bracelets <input type="checkbox"/> Rings
2 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	2 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	2 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	2 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves
3 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	3 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	3 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	3 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves
4 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	4 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	4 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves	4 <input type="checkbox"/> BEF-PAT/ENV <input type="checkbox"/> AFT-PAT/ENV T: T: <input type="checkbox"/> BEF-ASP <input type="checkbox"/> AFT-BFL <input type="checkbox"/> Rub <input type="radio"/> Missed <input type="checkbox"/> Wash <input type="checkbox"/> Gloves

Notes:

If resident is on **additional precautions/isolation** indicate "Category number" and "Opportunity number" here: _____

*Other Providers: (e.g., chiropodist, dental, ophthalmologist, optician, speech pathologist, pharmacist, audiologist, respiratory therapist, oxygen provider, massage therapist, home care nurse)
 **Personal Services: (e.g., hairdresser/barber, wheelchair providers)

In long-term care homes, health care provider refers to category; patient refers to resident.

General Recommendations for Observation:

1. Determine how to best identify the types of health care providers you may be observing.
2. Introduce yourself to the observed health care provider(s) and residents as appropriate and explain your role.
3. Find a convenient place to observe without disturbing care activities; you can move to follow the health care provider, but never interfere with their work. However, you can provide feedback after the session using “On-the-spot” form.
4. It is important to take into account any concerns the health care providers may have with your presence. Your presence should be as discreet as possible and in no way infringe on the actions of the health care provider. If a health care provider feels uncomfortable with your presence, he/she has the right to ask you to leave and you must do so if asked.
5. You may observe up to 3 health care providers simultaneously provided you are an experienced observer and are very careful not to miss opportunities. **Note:** Multiple health care providers performing sequential tasks quickly may preclude accuracy of missed hand hygiene opportunities.
6. You may include more health care providers sequentially during one observation session.
7. One observation session is for 20 minutes (+/- 10 minutes); prolong the session if you get the chance to observe a care sequence to its end. Otherwise, terminate it at 20 minutes even if care activity is not complete.

How to use the form:

8. Use a pencil to fill in the form and an eraser to correct. Use a clipboard to hold the form while observing.
9. First, fill in the head of the form by indicating your ID number (Observer-ID), the date, the current time including AM/PM (Start Time), the number of the form used for a single session using the format 1, 2, 3, etc. (Form-No.) (see also point 19), the identity of the facility (Facility-ID), the identity of the care unit (Care Unit).
10. Indicate any rooms where Additional/Isolation Precautions are in place by entering in the “Comments” section. (Observe outside the room.)
11. Indicate the type of health care provider being observed by entering the number that corresponds with the categories listed at the top of the form. The coding system is a number followed by a letter (e.g., first physician in the room is 1A, if second physician enters the room he/she is 1B).
12. Each column is for recording hand hygiene opportunities of **one** health care provider only. Use additional columns for each additional health care provider being observed simultaneously or sequentially. The health care provider may interact with more than one resident during the time you are observing.
13. As soon as you observe the first indication for hand hygiene, indicate the corresponding information in the first of the numbered opportunity sections in the column corresponding to the health care provider being observed.
14. For each opportunity, indicate one or more of the following indications for hand hygiene:
 - **BEF-PAT/ENV** = “before initial resident/resident environment contact”
 - a) if the health care provider touches the resident’s environment and then touches the resident **or**
 - b) goes directly to touch the resident after having touched the long-term care home environment (= any other surface not in the resident’s environment) or another resident’s environment
 - c) if the health care provider enters the resident’s environment from the long-term care home environment and touches only the resident’s environment (does not touch resident) and then leaves the resident’s environment
 - **AFT-PAT/ENV** = “after resident/resident environment contact”
 - a) if the health care provider is leaving the resident and his/her environment to go on working in the long-term care home environment or with another resident
 - b) if the health care provider is leaving the resident area after touching objects in the resident environment (without touching the resident) to go on working in the long-term care home environment or with another resident
 - **BEF-ASP** = “before aseptic procedure” if the health care provider is to perform any of the following after having touched any other surface including the concerned resident himself/herself and his/her environment:
 - a) touch/manipulate a body site that should be protected against any colonization (e.g., wound care including dressing change and wound assessment, performing oral/dental care, administering eye drops)
 - b) manipulate an invasive device that could result in colonization of a body area that should be protected against colonization (e.g., catheter insertion, priming intravenous infusion set, inserting spike into opening of IV bag, flushing line, adjusting intravenous site, administering medication through IV port, changing IV tubing)
 - **AFT-BFL** = “after body fluid exposure risk” if the health care provider has been engaged in a care activity involving a risk of body fluid exposure and before touching any other surface including the concerned resident himself/herself and his/her environment (e.g., contact with blood or blood products, emptying urinal/catheter bag and suctioning oral/nasal secretions).
15. Timing of the duration of hand hygiene:

T = “*timing*.” This is the duration of hand hygiene performed by the health care provider when hand hygiene occurs BEF-PAT/ENV and AFT-PAT/ENV indications. Begin timing, with a wristwatch or stopwatch, when the HCP starts rubbing his/her hands with the product, and stop timing when he/she completes the motion of rubbing his/her hands with the product. Record the time in seconds.
16. Next, tick alternatively, either the hand hygiene action (**Rub** or **Wash** or both) or the missing action (**Missing**) as occurring for this hand hygiene opportunity. **Note:** If hand hygiene is done with gloves on after a hand hygiene opportunity, it is marked as a missed opportunity.
17. Next tick the corresponding boxes (**Rings, Bracelets, Nails**) if the health care provider does not meet the guidelines regarding: correct nail length, absence of nail extensions/artificial nails and absence of rings or bracelets. It is necessary to do this only once for each health care provider.
18. End the observation if the privacy curtain is drawn around the resident’s bed.
19. If you observe more than four opportunities for one health care provider, use another form numbering them sequentially in the variable **Form-No.**
20. At the end of the session, do not forget to fill in the **End Time** and check the form for missing values before handing it in. Record any additional qualitative data in the “Comments” section. Comments should include any logistical and facilitating factors encountered in measuring compliance through observational methods.

En foyers de soins de longue durée, fournisseurs de soins de santé s'appliquent à la catégorie; patient s'appliquent au résident.

Recommandations générales relatives à l'observation

1. Déterminez la meilleure façon d'établir les types de fournisseurs de soins de santé que vous êtes susceptibles d'observer.
2. Présentez-vous aux fournisseurs de soins de santé et aux résidents de façon appropriée et expliquez-leur quel est votre rôle.
3. Trouvez un lieu propice pour procéder à l'observation sans perturber les activités liées aux soins; vous pouvez vous déplacer pour suivre les fournisseurs de soins de santé, mais ne nuisez jamais à l'exécution de leur travail. Vous pouvez toutefois fournir de la rétroaction après la séance à l'aide du formulaire à remplir sur place.
4. Il est important de prendre en compte toute préoccupation que les fournisseurs de soins de santé peuvent avoir relativement à votre présence. Votre présence devrait se faire la plus discrète possible et n'empêcher en aucune façon sur les interventions du fournisseur de soins de santé. Si votre présence rend un fournisseur de soins de santé mal à l'aise, cette personne a le droit de vous demander de quitter les lieux et vous devez obtempérer si on vous le demande.
5. Vous pouvez observer simultanément jusqu'à trois fournisseurs de soins de santé, pourvu que vous soyez un observateur chevronné et très prudent afin de ne manquer aucune occasion. **Remarque:** de nombreux fournisseurs de soins de santé qui effectuent rapidement des tâches séquentielles peuvent manquer à des occasions précises de se laver les mains.
6. Vous pouvez inclure successivement davantage de fournisseurs de soins de santé pendant une séance d'observation.
7. Une séance d'observation dure 20 minutes (+/- 10 minutes); prolongez la séance si vous avez la chance d'observer une séquence de soins jusqu'à la fin. Sinon, mettez fin à celle-ci après 20 minutes, même si l'activité liée aux soins n'est pas terminée.

Comment utiliser le formulaire

8. Utilisez un crayon pour remplir le formulaire et une gomme à effacer pour corriger les erreurs. Utilisez une planchette à pince pour y insérer le formulaire pendant l'observation.
 9. Tout d'abord, remplissez l'en-tête du formulaire en y inscrivant votre numéro d'identification (Identification de l'observateur), la date, l'heure actuelle (Début), le numéro de formulaire utilisé pour une seule séance en utilisant le format 1, 2, 3, etc. (numéro de formulaire) (voir aussi le point n° 19), l'identification de l'établissement (Identification de l'établissement), l'unité des soins offerts au patient (Unité du patient).
 10. Indiquez toute salle où des précautions additionnelles/isolation sont mises en place en l'inscrivant dans la section « Commentaires ». (Observation effectuée à l'extérieur de la salle.)
 11. Indiquez le type de fournisseur de soins de santé faisant l'objet de l'observation en inscrivant le numéro qui correspond à l'une des catégories énumérées au début du formulaire. Le système de codage est un numéro suivi d'une lettre (p. ex., le premier médecin dans la salle correspond à 1A, le deuxième à 1B).
 12. Chaque colonne sert à consigner les occasions de se laver les mains d'un fournisseur de soins de santé seulement. Utilisez des colonnes additionnelles pour chaque fournisseur de soins de santé supplémentaire observé simultanément ou successivement. Le fournisseur de soins de santé peut interagir avec plus d'un résident au cours de votre séance d'observation.
 13. Dès que vous observez la première indication relative à l'hygiène des mains, indiquez les renseignements correspondants dans la première section des occasions numérotée dans la colonne correspondant au fournisseur de soins de santé observé.
 14. Pour chaque occasion, indiquez une ou plusieurs des indications qui suivent concernant l'hygiène des mains:
 - **BEF-PAT/ENV** = « avant contact initial avec un résident ou son environnement »
 - a) si le fournisseur de soins de santé touche l'environnement du résident, puis touche le résident, **ou**
 - b) s'il touche directement le résident après avoir touché l'environnement de foyers de soins de longue durée (= toute autre surface se trouvant à l'extérieur de l'environnement du résident) ou l'environnement d'un autre résident,
 - c) si le fournisseur de soins de santé arrive dans l'environnement du résident en provenance de l'environnement de foyers de soins de longue durée et qu'il ne touche que l'environnement du résident (pas le résident) et qu'il quitte ensuite l'environnement du résident.
 - **AFT-PAT/ENV** = « après contact avec un résident ou son environnement »
 - a) si le fournisseur de soins de santé quitte le résident et son environnement pour aller travailler dans l'environnement de foyers de soins de longue durée ou avec un autre résident;
 - b) si le fournisseur de soins de santé quitte le secteur du résident après avoir touché des objets dans l'environnement du résident (sans avoir touché le résident) pour aller travailler dans l'environnement de foyers de soins de longue durée ou avec un autre résident.
 - **BEF-ASP** = « avant procédure d'antisepsie » si le fournisseur de soins de santé doit effectuer toute intervention indiquée ci-dessous après avoir touché toute autre surface, y compris le résident concerné et son environnement:
 - a) toucher/manipuler une région du corps qui devrait être protégée contre toute colonisation (p.ex., le traitement d'une plaie, y compris le changement du pansement et l'évaluation de la plaie),
 - b) manipuler un dispositif effractif susceptible d'entraîner la colonisation d'une partie du corps qui devrait être protégée contre celle-ci (p.ex., amorcer une perfuseuse intraveineuse, insérer un perforateur dans l'ouverture d'un sac pour perfusion intraveineuse, purger une intraveineuse, ajuster un site de perfusion intraveineuse, administrer des médicaments par un orifice d'insertion, changer des tubulures intraveineuses).
 - **AFT-BFL** = « après risque d'exposition à des liquides organiques » si le fournisseur de soins de santé a participé à une activité liée à des soins de santé qui comporte un risque d'exposition à des liquides organiques avant de toucher toute autre surface, y compris le résident concerné et son environnement (p.ex., être en contact avec du sang ou des produits sanguins, vider une poche destinée à l'urine/cathéters et aspirer des sécrétions orales/nasales).
- Remarque :**
- Pour chaque occasion, cochez si le fournisseur de soins de santé portait ou non des gants (**Gants**) lorsque l'occasion s'est présentée.
15. Chronométrage de la durée de l'hygiène des mains.

T = « *chronométrage* » Il s'agit de la durée pendant laquelle le fournisseur de soins de santé se lave les mains quand une occasion de le faire se présente selon les indications BEF-PAT/ENV et AFT-PAT/ENV. Commencez à chronométrer à l'aide d'une montre-bracelet ou d'un chronomètre au moment où le fournisseur de soins de santé commence à se frotter les mains avec le produit, arrêtez lorsque celui-ci cesse de se frotter les mains avec le produit. Enregistrez la durée en secondes.
 16. Ensuite, cochez si la mesure d'hygiène des mains a été suivie (**Frottage** ou **Lavage** ou les deux) ou si la mesure a été omise (**Omission**) pour cette occasion d'assurer l'hygiène des mains. **Remarque:** Si l'hygiène des mains est effectué alors que le fournisseur de soins de santé porte des gants après qu'une occasion d'hygiène des mains se présente à lui, l'observateur l'inscrit comme une omission.
 17. Puis, cochez les cases correspondantes (**Bagues, Bracelets, Ongles**) si le fournisseur de soins de santé ne respecte pas les lignes directrices à l'égard des points suivants : longueur des ongles adéquate, absence de prothèses plastifiées/ongles artificiels et absence de bagues et de bracelets. Ne procédez à cette observation qu'une seule fois pour chaque fournisseur de soins de santé.
 18. Mettez fin à l'observation si le rideau séparateur est tiré autour du lit du résident.
 19. Si vous observez plus de quatre occasions pour un fournisseur de soins de santé, utilisez un autre formulaire en le numérotant dans le champ **N° de formulaire**.
 20. À la fin de la séance, n'oubliez pas d'inscrire l'heure dans la case **Fin** et de vous assurer que tous les champs du formulaire sont remplis avant sa remise. Consignez tout renseignement qualitatif supplémentaire dans la section « Commentaires ». Les commentaires devraient comprendre tout facteur logistique et facilitant relevé dans le cadre de l'évaluation de la conformité au moyen de méthodes d'observation.