

HET TOTSTANDKOMEN EN FUNCTIONEREN VAN INFECTIEPREVENTIEPROTOCOLLEN

EEN ONDERZOEK NAAR COMMUNICATIE
GESTUURD DOOR WET- EN REGELGEVING

Lisette van Gemert-Pijnen

Thesis, University of Twente, 2003
ISBN 90-365-1893-8

Omslag: Paul Kamphuis, Fragment uit het schilderij *Billboard*, 2001
(olieverf op doek 60 bij 70 cm)

Druk: FEBO-druk BV, Enschede

**HET TOTSTANDKOMEN EN FUNCTIONEREN
VAN INFECTIEPREVENTIEPROTOCOLLEN**

**EEN ONDERZOEK NAAR COMMUNICATIE
GESTUURD DOOR WET- EN REGELGEVING**

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van
de graad van doctor aan de Universiteit Twente,
op gezag van de rector magnificus,
prof. dr. F.A. van Vught,
volgens besluit van het College voor Promoties
in het openbaar te verdedigen
op woensdag 11 juni 2003 om 16.45 uur

door

Julia Wilhelmina Elisabeth Cornelia van Gemert-Pijnen
geboren op 21 november 1953
te Gemert

Dit proefschrift is goedgekeurd door de promotor, prof. dr. P.J.M.C. Schellens

Promotiecommissie:

Prof. dr. C.J.M. Jansen, Katholieke Universiteit Nijmegen

Prof. dr. E.R. Seydel, Universiteit Twente

Prof. dr. J.W.M. Kessels, Universiteit Twente

Dr. M.G.M. Elling, Technische Universiteit Delft

Prof. dr. H.F. Kraan, Universiteit Twente

Dr. M.G.R. Hendrix, Laboratorium Microbiologie Twente

Dankwoord

Het is voltooid, maar “men moest niet kunnen voltooiën want het ontuchttert (...) een boek, met de schijn van voltooidheid, van geheelheid, achter te laten, of het wekt een slaap van burgerlijke tevredenheid, iets voltooid te hebben”.¹

Een aantal jaren geleden kreeg ik de gelegenheid om een promotieonderzoek uit te voeren in het kader van een Facultair Stimuleringsprogramma Communicatieonderzoek. Een heel bijzondere kans om met behoud van een vaste aanstelling in werktijd te promoveren. Mijn onderwijstaken werden verminderd en ik kon in deeltijd promoveren (0.5 fte). Een spannende periode, geteisterd door branden, een gescheurde achillespees (juist tijdens mijn educatief verlof) en een ernstige ziekte van mijn vader. Een periode waarin ik mijn tijd steeds moest verdelen over werk, kinderen, echtgenoot en vrienden.

Op deze plaats wil ik iedereen bedanken die mij op welke manier dan ook in die periode ondersteund heeft. In de eerste plaats Peter Jan Schellens, mijn promotor, die mijn ontsporingen-in-woord-en-daad op prikkelende en vooral heldere wijze wist te kanaliseren. In al die jaren van begeleiding heb ik zijn geduld, maar vooral de manier waarop hij tal van tussenproducten van commentaar voorzag enorm gewaardeerd; scherp met een milde ironie. Margot Kuttischreuter en Erik Taal dank ik voor hun adviezen over het onderzoek en de statistische verwerking. Wim Albers voor zijn bereidheid om op mijn twijfels snel en adequaat te reageren. Ook Ron Hendrix bedank ik voor zijn medische adviezen over infectieziekten en voor zijn bemiddeling en betrokkenheid bij het opzetten van het onderzoek. Zijn enthousiasme voor het onderzoek was uiterst stimulerend.

Collega's wil ik bedanken voor de prettige werksfeer. Met Egbert Woudstra heb ik jaren samengewerkt, samen hebben we ook gepubliceerd, alleen deze keer niet. Egbert was mijn maatje; zorgde ervoor dat ik nog op de hoogte bleef van allerlei organisatorische ontwikkelingen in de faculteit, luisterde altijd naar mijn verhalen en gaf op het juiste moment de juiste aansporing; “doorgaan meissie, het moet af want TOCOM wacht”. Michaël Steehouder heeft veel compassie gehad met mijn beperkte inzetbaarheid in het onderwijs. Zijn betrokkenheid bij mijn project kwam vooral tijdens de onderzoeksbesprekingen naar voren. Zijn kijk op onderzoek leverde niet alleen bruikbare aanwijzingen op, maar dwong je ook tot bezinning op wat je nu eigenlijk aan het onderzoeken bent. Stance Drossaert

¹ Menno Ter Braak, Carnaval der Burgers 1934.

bedankt voor de aanwijzingen voor de opmaak van het proefschrift en voor de tips over het hoe en wat van het promoveren. Wout Kolkman heeft mij steeds geholpen om mijn werkplek en de thuissituatie technisch op elkaar af te stemmen; een noodzaak voor een parttimer en een uitkomst bij calamiteiten; na de brand kon ik thuis ongehinderd mijn schrijfwerk voortzetten.

Zonder medewerking van organisaties, geen onderzoek. De vijf ziekenhuizen en in het bijzonder de contactpersonen (mevrouw Bosman, mevrouw Lingsma, mevrouw van Dijk, mevrouw Van Elsacker, mevrouw Verkoelen, mevrouw de Ruyter, de heer Stals, de heer Vissinga, de heer Vaartjes) die ervoor gezorgd hebben dat het onderzoek ondanks allerlei reorganisaties, rampen en verbouwingen uitgevoerd kon worden, ben ik dan ook veel dank verschuldigd. Ook Michelle Rieu en Ester Stehouwer bedank ik voor het verlenen van medewerking bij de afname van de vragenlijsten.

Al mijn vrienden bedank ik voor hun gezelligheid en de bereidheid om te luisteren als ik daarom vroeg. John Kerstholt, Nel Göbel en Paul Kamphuis hebben een speciale rol vervuld. John heeft met veel plezier en met een engelengeduld de opmaak van het proefschrift verzorgd, Nel heeft een laatste tekstuele correctie uitgevoerd en Paul heeft ervoor gezorgd dat de omslag de tint en toon heeft die bij mij past.

De meest dierbaren zijn voor mij het moeilijkst in woorden te vatten.

Jannie; zonder haar tomeloze inzet was deze klus niet te klaren. Jannie leidt al tweeëntwintig jaar op eigen wijze het huishouden; het eten op tijd klaar, het huis aan de kant en de kinderen in het gareel zodat ik ongestoord kon werken. Perfecter kan het niet.

Anna, Nella en Noud. Naarmate de tijd verstreek, werden zij kritischer over het promoveren: “waarom promoveer je eigenlijk, wat levert dat op? De hele dag achter een pc is dat nou leuk werk?”. Ongeduldig werden zij van het gedoe om die pc waar ik als een kloek over waakte uit angst voor virussen en voor het roven van mijn netwerkkaart en andere onderdelen. Formatteren die handel, was steevast het antwoord bij problemen.

Hans, de motor achter dit proefschrift. Jouw betrokkenheid bij dit avontuur, jouw gewetensvragen over het onderzoek en je kritiek op concepten (wat wil je nou eigenlijk zeggen) stimuleerden mij om dit avontuur voort te zetten; het leverde je wel slaaptkortingen op maar uiteindelijk ligt er dan ook een mooi boek. Het was een soms hectische, maar vaak ook prettig spannende tijd. Ik zal de late avond discussies met te veel wijn over “het boek” gaan missen.

Mijn ouders bedank ik voor het ouder zijn. Geen vragen, maar zorg en rust.

Enschede, mei 2003

Inhoudsopgave

Dankwoord	vii
Hoofdstuk 1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek	1
1.2 Protocollen als voorbeeld van regelgestuurde communicatie	7
1.3 Proces- en productfactoren van invloed op het succes van regelgestuurde communicatie	12
1.4 Gebruikersfactoren van invloed op het succes van protocollen	20
1.5 Opzet proefschrift	22
Hoofdstuk 2 Onderzoeksoptzet	25
2.1 Onderzoeksonderwerp	26
2.2 Functioneren van protocollen: vragenlijsten	28
2.2.1 Opzet vragenlijsten	28
2.2.2 Steekproeftrekking	32
2.2.3 Afnameprocedure vragenlijsten	34
2.2.4 Dataverwerking	34
2.3 Functioneren van protocollen: gebruiksonderzoek	35
2.3.1 Opzet gebruiksonderzoek	36
2.3.2 Selectie van informanten	41
2.3.3 Afnameprocedure hardop-zoektaken	43
2.3.4 Analyse interviews gebruiksonderzoek	43
2.4 Ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen: interviews	44
2.4.1 Opzet interviews	45
2.4.2 Selectie van informanten	46
2.4.3 Afnameprocedure interviews	47
2.4.4 Analyse interviews	48
Hoofdstuk 3 Resultaten onderzoek functioneren van protocollen: vragenlijsten	51
3.1 Achtergrondgegevens respondenten	52
3.1.1 Respondenten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact	52

3.1.2	Respondenten vragenlijst MRSA	53
3.2	Resultaten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact	54
3.2.1	Risicosituatie	54
3.2.2	Bekendheid met protocol en preventiemaatregelen	56
3.2.3	Gerapporteerd preventiegedrag	60
3.2.4	Attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en protocol	62
3.2.5	Eigeneffectiviteitsverwachting over toepassing van maatregelen	65
3.2.6	Stimulans om maatregelen op te volgen	67
3.2.7	Totaaloordeel preventiebeleid	69
3.2.8	Verschillen tussen ziekenhuizen	71
3.2.9	Samenvatting resultaten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact	72
3.3	Resultaten vragenlijst MRSA	73
3.3.1	Risicosituatie	74
3.3.2	Bekendheid met protocol en preventiemaatregelen	76
3.3.3	Gerapporteerd preventiegedrag	79
3.3.4	Attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en protocol	80
3.3.5	Eigeneffectiviteitsverwachting over toepassing van maatregelen	83
3.3.6	Stimulans om maatregelen op te volgen	84
3.3.7	Totaaloordeel preventiebeleid	87
3.3.8	Verschillen tussen ziekenhuizen	88
3.3.9	Samenvatting resultaten vragenlijst MRSA	91
3.4	Vergelijking resultaten Accidenteel Bloedcontact en MRSA	93
3.5	Conclusie functioneren van de protocollen	96
Hoofdstuk 4 Resultaten onderzoek naar functioneren van protocollen: gebruiksonderzoek		103
4.1	Succesvol en niet succesvol uitgevoerde taken	104
4.2	Verdeling geïnventariseerde problemen over protocollen en beroepsgroepen	107
4.3	Beschrijving van gesignaleerde problemen	111
4.3.1	Contactproblemen	111
4.3.2	Tekstgerelateerde problemen	113
4.3.3	Toepassingsproblemen	121
4.3.4	Acceptatieproblemen	126
4.4	Samenvatting	131
4.5	Conclusie functioneren van de protocollen	133
Hoofdstuk 5 Resultaten interviews over het protocolleringsbeleid		137
5.1	Beleid met betrekking tot instellingsbrede protocollen in vijf ziekenhuizen	138
5.1.1	Kwaliteitsbeleid in vijf ziekenhuizen	139
5.1.2	Infectiepreventiebeleid in vijf ziekenhuizen	141
5.2	Beleid met betrekking tot ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen	144
5.2.1	Beleid met betrekking tot instellingsbrede protocollen	144
5.2.2	Beleid met betrekking tot infectiepreventieprotocollen	152

5.3	Gerapporteerde problemen met het protocolleringsbeleid	153
5.3.1	Problemen met instellingsbrede protocollen	153
5.3.2	Problemen met infectiepreventieprotocollen	156
5.3.3	Problemen met materiële en personele voorzieningen	158
5.4	Samenvatting	159
Hoofdstuk 6	Resultaten interviews over ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen	161
6.1	Beschrijving van de protocollen	162
6.1.1	Beschrijving protocollen op documentniveau	164
6.1.2	Beschrijving protocollen op inhoudsniveau	166
6.2	Ontwerp van protocollen	172
6.2.1	Organisatie van het ontwerpproces	172
6.2.2	Aanleiding ontwerp van protocollen	174
6.2.3	Onderscheiden doelgroepen, doelen en beoogd gebruik	176
6.2.4	Ontwerpstrategie	184
6.2.5	Gerapporteerde ontwerpproblemen	195
6.3	Implementatie en evaluatie van protocollen	200
6.3.1	Organisatie van de implementatie en evaluatie	200
6.3.2	Implementatiestrategie	202
6.3.3	Evaluatiestrategie	210
6.3.4	Gerapporteerde implementatieproblemen	215
6.3.5	Gerapporteerde implementatieproblemen door gebruikers	218
6.3.6	Gerapporteerde evaluatieproblemen	222
6.4	Conclusie ontwerp, implementatie en evaluatie van de protocollen	223
Hoofdstuk 7	Conclusies en aanbevelingen	231
7.1	Discussie onderzoeksopzet en methoden	232
7.2	Conclusies over het functioneren van de protocollen	233
7.3	Conclusies over ontwerp, implementatie en evaluatie van de protocollen	237
7.4	Aanbevelingen	242
7.5	Suggesties voor vervolgonderzoek	247
Literatuur		251
Bijlage A	Vragenlijst Accidenteel Bloedcontact	259
Bijlage B	Vragenlijst MRSA	267
Bijlage C	Overzicht takensets en beoordelingsvragen interviews gebruiksonderzoek	275
Bijlage D	Interviewvragen ontwerp, implementatie en evaluatie	281
Bijlage E	Overzicht van geraadpleegde documenten	285
Summary		287
Curriculum vitae		297

1

Inleiding

1.1 Aanleiding, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

In 1997 vond in bedrijf H. een dodelijk ongeval plaats. Het werd veroorzaakt door een werknemer die niet volgens de werkvoorschriften had gewerkt. De werknemer werd schuldig bevonden, maar kreeg geen straf opgelegd. Een opmerkelijk besluit van de rechtbank te Haarlem. Het bedrijf H. kwam er met een schikking vanaf en de werknemer kreeg een boete, omdat hij de Arbeidsomstandighedenwet (*Arbowet*) had overtreden. Wat was er aan de hand? Uit onderzoek bleek dat niet alleen de werknemer onzorgvuldig gehandeld had maar dat ook anderen, waaronder het slachtoffer, de veiligheidsvoorschriften negeerden. De veiligheidscultuur in bedrijf H. bleek niet optimaal. Volgens de raadsman van de werknemer:

“was (en) is het veiligheidsbeleid bij [H.] onderontwikkeld en blijkt er een wereld van verschil tussen theorie en praktijk (...). De voorschriften zijn voornamelijk bedoeld om zich in te dekken en worden gezien als iets dat achter het bureau is bedacht (...). De regels zijn vaak ingewikkeld, onduidelijk en druisen in tegen productiviteitseisen. Werkgevers zouden meer aan voorlichting moeten doen”. (*NRC Handelsblad*, 18 maart 1997)

Bevordering van de veiligheid van werknemers vereist meer dan werkvoorschriften. Om werknemers bewust te maken van de noodzaak om veilig te werken, is communicatie nodig. De vraag is dan hoe bewerkstelligd kan worden dat de door de overheid afgedwongen regelgeving vertaald wordt in een strategie die leidt tot verandering in kennis, houding en gedrag. Voorschriften zijn slechts een van de middelen daartoe.

Het onderzoek, waar in dit proefschrift verslag van gedaan wordt, heeft betrekking op *communicatie* die naar aanleiding van *wet- en regelgeving* in organisaties tot stand komt. De overheid legt aan organisaties via wet- en regelgeving verplichtingen op die consequenties hebben voor de bedrijfsvoering en voor de communicatie ten dienste van die bedrijfsvoering. In de vorm van jaarverslagen en standaardisering van werkprocessen (procedures, protocollen) tonen organisaties aan dat voldaan wordt aan de opgelegde verplichtingen.

De overheid stelt bijvoorbeeld voorlichting en onderricht aan personeel verplicht via de in fasen ingevoerde arbeidsomstandighedenwet (*Arbowet*, 1984, 1999). Het doel daarvan is

te bereiken dat personeel op de hoogte is van verplichte veiligheidsvoorschriften en in staat is volgens die voorschriften te werken. De *Arbowet* is de opvolger van de beperktere Veiligheidswet (1934). Door de *Arbowet* zijn de communicatieve verplichtingen in de vorm van voorlichting en onderricht aan personeel scherper geformuleerd.

In tal van organisaties wordt uit oogpunt van efficiëntie arbozorg (het systeem van maatregelen om aan de gestelde doelen te kunnen voldoen) gekoppeld aan een systematiek van kwaliteitszorg die een langere historie kent. Via een integraal kwaliteitssysteem (kwaliteits-, arbo- en milieuzorg) wordt gestreefd naar de toepassing van kwaliteitsconcepten op alle functies van bedrijfsvoering (Maas en Doeleman, 1996). Een kwaliteitssysteem bestaat uit een beschrijving van de visie op kwaliteit en de implicaties daarvan voor de bedrijfsvoering. Procedures, voorschriften en werkinstructies vormen het documentatiesysteem op uitvoeringsniveau. Voor de opzet van een kwaliteitssysteem zijn normen (zoals *ISO-9000* normen) beschikbaar. Voorschriften dienen volgens deze normen beschikbaar, leesbaar en begrijpelijk te zijn. Uit het bovenstaand citaat blijkt dat organisaties wel voorschriften opstellen, maar dat vraagtekens gezet kunnen worden bij de effectiviteit ervan.

De *Arbowet* geldt voor alle organisatievormen. Een wet die eveneens middels regelgeving communicatie afdwingt is de *Kwaliteitswet voor zorginstellingen* (1996). Deze wet vereist dat zorginstellingen aantonen dat er doeltreffend en doelmatig zorg verleend wordt. Via protocollen (werkvoorschriften) wordt in zorginstellingen aangetoond dat volgens professionele maatstaven gehandeld wordt om optimale zorg te verlenen. De invoering van de *Kwaliteitswet* in zorginstellingen vertoont overeenkomsten met de invoering van integrale kwaliteitszorgsystemen in industriële organisaties en verwantschap met de *Arbowet*. Doeltreffend en doelmatig werken veronderstelt onder meer dat in zorginstellingen hygiënisch gewerkt wordt om besmettingen van personeel naar patiënt en omgekeerd te voorkomen. Protocollen dienen personeel daarin te ondersteunen. Afspraken over de werkwijze dienen vastgelegd te zijn volgens een bepaalde systematiek: er moet beleid ontwikkeld zijn voor de lay-out van kwaliteitsdocumenten, voor de wijze van goedkeuring, de uitgifte, de aanpassing en het beheer. De documenten dienen toegankelijk en beschikbaar te zijn en de naleving moet worden bewaakt (*NIAZ/PACE, Kwaliteitsborgingnorm*, 1998). De stichting Proefproject Accreditatie (*PACE*) is in 1996 gestart met de ontwikkeling van kwaliteitsborgingnormen voor afdelingen en diensten van ziekenhuizen. De *PACE*-normen zijn door het *NIAZ* overgenomen (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) en worden daarom de *NIAZ/PACE* kwaliteitsborgingnormen genoemd. De *NIAZ/PACE*-normen voor kwaliteit zijn streefnormen die zowel ziekenhuisbreed als voor onderdelen van de organisatie (afdelingen, ondersteunende diensten) van toepassing zijn. In zorginstellingen zijn de afgelopen jaren tal van protocollen opgesteld. Door het ontbreken van een gemeenschappelijke visie op het fenomeen “protocol” en verschillen in behoefte aan dergelijke middelen ontstond veelal een onbeheersbaar protocollensysteem. Oplossingen daarvoor werden eerder in organisatorische maatregelen gezocht, zoals het aanstellen van protocolhouders, dan in een heroriëntatie op het doel van protocollen (Casparie, e.a., 1997, Wassens, 1997). Onderstaand citaat uit het kwaliteitsbeleid van een zorginstelling illustreert dat:

“Het is zelfs de vraag of voor goed functionerende processen protocollen of voorschriften geschreven moeten worden omdat er geen kwaliteitsverbeterend effect vanuit gaat. De enige

reden is ‘indekken’ of voldoen aan eisen van overheden.” (*Beheersysteem protocollen en voorschriften*, 1997: 3, Z4).

In deze studie wordt beschreven welke strategieën in organisaties gebruikt worden om de door de overheid opgelegde regelgeving te vertalen in succesvolle communicatie. Communicatie is pas succesvol als een aantoonbare bijdrage geleverd is aan de realisatie van bedrijfsdoelen (bijvoorbeeld voldoen aan wetgeving, reductie van infecties) én individuele doelen (de werknemer is op de hoogte van wat van hem verwacht wordt, en bereid en in staat om aan die verwachtingen te voldoen).

Sommige organisaties ontwerpen een communicatiebeleid dat als uitgangspunt dient voor de productie van allerlei communicatiemiddelen. In andere organisaties wordt meer adhoc gecommuniceerd om aan de gewenste verplichtingen of opgelegde normen te kunnen voldoen. In alle gevallen wordt via communicatie bijgedragen aan realisatie van het beleid dat afgeleid is van regelgeving; niet altijd met succes zoals uit de eerder vermelde citaten blijkt.

De vereniging van bedrijfsdoelen en individuele doelen stelt ontwerpers voor een moeilijke taak. De communicatie is via regelgeving afgedwongen (zoals de *Arbowet*; *Richtlijnen* voor infectiepreventie) en deels via beleid (bijvoorbeeld kwaliteitsbeleid, arbobeleid) al bepaald. Een van de producten is een gegeven: een voorschrift of protocol dat moet functioneren als een verantwoordingsdocument en tegelijkertijd als leidraad voor personeel. De regelgeving stelt het kader voor het ontwerpproces vast en legt daarmee tal van beperkingen op.

Uit een vooronderzoek naar regelgestuurde communicatie dat in diverse organisaties is uitgevoerd, blijkt dat regelgeving (zoals de *Arbowet*) in de praktijk leidt tot een defensieve communicatiestrategie (Van Gemert, 1999, 2000). Met name in industriële bedrijven wordt de druk van de overheid om via regelgeving verantwoording af te leggen over het gevoerde beleid als een belemmering gezien voor communicatie met personeel. De regelgeving legt externe normen op aan communicatie die in de praktijk moeilijk verenigbaar blijken met in de organisatie zelf opgebouwde veiligheidsexpertise. Het accent ligt op documentatie van procedures (volgens externe normen) in plaats van een op gebruikers toegesneden communicatiestrategie. Het resultaat is een technisch regime van afspraken en spelregels waarvan de impact op de werkvloer gering is. Werknemers herkennen in voorschriften hun eigen werksituatie niet en beschouwen de communicatie als een formaliteit. Bij incidenten blijkt pas dat er sprake is van miscommunicatie, bij geschillen over de gevolgde werkwijze geldt de documentatie (werkvoorschriften; protocollen) als norm. Dat geldt vooral in industriële bedrijven waar werknemers een akkoordverklaring ondertekend hebben.

Problemen met de afstemming van regelgestuurde communicatie op de gebruikers ervan zijn niet alleen geconstateerd in de voorstudie naar arbocommunicatie, maar ook in eerder onderzoek naar veiligheidsvoorschriften (Elling, 1991) en protocollen (Grol, e.a., 1994; Berg, 1991, 1996). Daaruit blijkt dat de voor gebruikers bedoelde communicatie vaak onbekend, onduidelijk of onuitvoerbaar is met als gevolg dat de beoogde verandering in

kennis, attitude en gedrag niet bereikt wordt. Het voldoen aan verplichtingen domineert doorgaans, wat ten koste gaat van de effectiviteit van communicatie.

De geconstateerde problemen om regelgestuurde communicatie op de praktijk af te stemmen, vormen de aanleiding voor deze studie. In het onderzoek wordt beschreven hoe in de praktijk te werk gegaan wordt bij het vertalen van verplichtingen in voor de doelgroep bruikbare protocollen. Door beschrijvingen van de activiteiten die gepland en uitgevoerd worden om de communicatie af te stemmen op de doelgroepen kan inzicht verkregen worden in factoren die van belang zijn voor een succesvol ontwerp(proces). De in adviesliteratuur gepresenteerde ontwerpmodellen blijken te globale simplificaties van de werkelijkheid te zijn om daarvan bruikbare criteria af te leiden voor het slagen van de communicatie. Het accent in die modellen ligt vooral op:

“The suggested order and structure of activities in design processes rather than upon the specific kinds of activities”. (Visscher-Voerman, 1999: 53)

Beschreven wordt hoe bij het totstandkomen en implementeren van de protocollen rekening gehouden wordt met factoren die van invloed zijn op het functioneren ervan in de praktijk. Het doel van de praktijkbeschrijving is om daarvan aanbevelingen (proces en product) af te leiden die van belang zijn voor de effectiviteit van regelgestuurde communicatie in het algemeen. Om dat te realiseren wordt eerst een ontwerppraktijk beschreven die exemplarisch is voor regelgestuurde communicatie om vervolgens op basis daarvan conclusies te trekken voor regelgestuurde communicatie in het algemeen. De ontwerppraktijk die beschreven wordt, is de totstandkoming en implementatie van protocollen die bedoeld zijn om de veiligheid of hygiëne in een ziekenhuis te bevorderen. Deze protocollen zijn verwant aan veiligheidsvoorschriften die gebruikt worden in de industriële organisaties. Beide typen documenten zijn voorbeelden van door wet- en regelgeving afgedwongen communicatieve verplichtingen die organisatiebreed van toepassing zijn. De resultaten verkregen uit deze studie kunnen met de bevindingen uit eerder onderzoek van vergelijkbare ontwerpprocessen als uitgangspunt dienen voor het opstellen van aanbevelingen voor effectieve regelgestuurde communicatie.

Het onderzoek wordt uitgevoerd in vijf ziekenhuizen. De keuze voor ziekenhuizen is bepaald op grond van bevindingen uit eerder onderzoek naar arbocommunicatie in een vijftal bedrijven: twee industriële bedrijven (een chemisch en een nucleair bedrijf), een gemeentelijke organisatie (Bouw- en Milieudienst) en twee algemene ziekenhuizen (Van Gemert, 1999, 2000). Daaruit komt naar voren dat in de industriële bedrijven en gemeentelijke organisatie het totstandkomingsproces over veel meer hiërarchische schijven verloopt dan in de onderzochte ziekenhuizen. De kortere lijnen maken een gedetailleerde studie naar de ontwerpactiviteiten in ziekenhuizen beter uitvoerbaar. In de industriële bedrijven verloopt communicatie over veilig werken veel meer dan in ziekenhuizen via taakinstructies in de vorm van verbod- en gebodsregels, wat vermoedelijk samenhangt met de aard van de werkzaamheden. In de onderzochte industriële bedrijven zijn de werkzaamheden veel meer op routine gebaseerd dan in de onderzochte ziekenhuizen. Communicatie over veilig werken is daardoor in industriële organisaties beter te reguleren: voor aanvang van de werkzaamheden en bij wijzigingen in de apparatuur of productiemethoden worden werknemers op de hoogte gesteld van de consequenties van de mogelijke verande-

ringen voor de veiligheid. Naast verschillen zijn er ook overeenkomsten tussen ziekenhuizen en industriële organisaties. In ziekenhuizen zijn ontwikkelingen gaande die vergelijkbaar zijn met de invoering van kwaliteitssystemen in de industrie. De *Kwaliteitswet* voor zorginstellingen beoogt een geprotocolleerde aanpak van zorgverlening. De protocollen (handelingsrichtlijn) worden getoetst aan normen die vergelijkbaar zijn met *ISO*-normen voor documentatie van kwaliteitssystemen die in de industrie gebruikt worden.

Het onderzoek richt zich op protocollen die naar aanleiding van regelgeving (*Kwaliteitswetgeving*, *Landelijke Richtlijnen*) opgesteld worden om de infectieproblematiek in ziekenhuizen te beheersen. Beschreven wordt hoe in vijf ziekenhuizen twee voorbeelden van infectiepreventieprotocollen totstandkomen en geïmplementeerd worden: het protocol voor Accidenteel Bloedcontact¹ en het *MRSA*-protocol. In ziekenhuizen is beheersing van infecties een toenemend probleem. Van personeel wordt verwacht dat het hygiënisch werkt om zichzelf en anderen niet te besmetten. In de ziekenhuizen wordt via infectiepreventiebeleid en daarvan afgeleide protocollen personeel voorgeschreven hygiënisch (=veilig) te werken.

Doelstelling onderzoek

Op grond van het onderzoek moeten uitspraken te doen zijn over factoren die van invloed zijn op een succesvolle afstemming van communicatie op de onderscheiden doelen en doelgroepen. Op basis van de resultaten van het onderzoek worden aanbevelingen gedaan voor procesoptimalisatie (ontwerp, implementatie en evaluatie van regelgestuurde communicatie) en productoptimalisatie (vastlegging van de regelgeving in protocol of voorschrift). Professionals handelen in de praktijk op basis van reeds verworven inzichten en eigen strategieën die soms wel en soms niet het gewenste resultaat opleveren. De aanbevelingen dienen de professionals te ondersteunen op punten die cruciaal zijn voor een succesvol ontwerp en die blijkens onderzoek ondersteuning behoeven.

Vraagstelling onderzoek

De vraagstelling van het onderzoek luidt:

Hoe worden infectiepreventieprotocollen ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd en hoe functioneren deze protocollen in de praktijk?

Onderzocht wordt wat de invloed is van de gevolgde ontwerp- en implementatieaanpak op het al dan niet goed functioneren van de protocollen. In het bijzonder gaat het om de rol die communicatie speelt in het proces van afstemming van de protocollen op de gebruikers. Dat proces heeft zowel betrekking op de manier waarop een regeling verwoord wordt in een protocol als de wijze waarop het protocol in de organisatie geïntroduceerd, geïnternaliseerd en geëvalueerd wordt. Het onderzoek richt zich op twee typen infectiepreventieprotocollen (*MRSA*-protocol; protocol Accidenteel Bloedcontact). Het betreft

¹ In het verslag wordt gesproken over protocollen Accidenteel Bloedcontact, conform de omschrijving die in de *richtlijnen* voor infectiepreventie (*WIP*) gehanteerd is. In de ziekenhuizen worden diverse termen gehanteerd, zoals prikaccidentenprotocol, protocol voor bloedoverdraagbare aandoeningen en protocol accidenteel bloedcontact

protocollen die in de ziekenhuizen ten tijde van het onderzoek als formeel goedgekeurde en ingevoerde leidraad voor het handelen gelden.

De vraagstelling wordt beantwoord door middel van een onderzoek onder de gebruikers naar het functioneren van de protocollen en een reconstructie van het ontwerp-, implementatie- en evaluatieproces. Het onderzoek naar het functioneren van de protocollen wordt om praktische redenen eerst uitgevoerd. Inzicht in (de individuele problemen met) het functioneren van de protocollen biedt betere aanknopingspunten voor het stellen van adequate vragen over het protocolleringsbeleid en de toepassing daarvan bij het totstandkomen van de protocollen.

Het onderzoek naar het *functioneren van de protocollen* stelt door beantwoording van onderstaande deelvragen vast of de communicatieve doelen op het gebied van kennis, attitude en gedrag bereikt zijn:

- Zijn de doelgroepen bekend met de protocollen?
- Zijn doelgroepen bekend met de in de protocollen vastgelegde maatregelen?
- Zijn doelgroepen op de hoogte van de risico's?
- Zijn doelgroepen in staat en bereid om te handelen volgens de maatregelen?
- Handelen doelgroepen volgens de maatregelen?
- Zijn doelgroepen in voldoende mate gestimuleerd om te (blijven) handelen volgens de maatregelen?

De vragen worden per protocoltype beantwoord middels *vragenlijsten*. Door middel van een *gebruiksonderzoek* wordt beoordeeld of de protocollen voor de gebruikers toegankelijk, begrijpelijk, aanvaardbaar en toepasbaar zijn.

Het onderzoek naar het *ontwerp, de implementatie en evaluatie van de protocollen* houdt een reconstructie in van de afstemming van communicatie op de onderscheiden doelen en doelgroepen. Nagegaan wordt hoe actoren rekening houden met factoren die van invloed zijn op het succesvol functioneren van protocollen. De in het onderzoek betrokken protocollen zijn reeds in gebruik; de reconstructie vindt plaats door middel van *interviews* aan de hand van documentatie over het totstandkomen en implementeren. De interviews worden afgenomen bij besluitvormers (vertegenwoordigers van het protocolleringsbeleid, lijnmanagement) en ontwerpers (degenen die betrokken zijn bij het totstandkomen en de implementatie van de protocollen). In de interviews komen de volgende vragen aan bod:

- Welk beleid en daarvan afgeleide proces- en productafspraken voor ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen wordt gevoerd?
- Voldoen de protocollen aan het protocolleringsbeleid (beschrijving op documentniveau, inhoudsniveau)?
- Hoe is het proces van ontwerp, implementatie en evaluatie georganiseerd?
- Hoe verloopt het ontwerpproces globaal (van initiatief tot en met goedkeuring)?
- Hoe vindt afstemming van de protocollen op doelen en doelgroepen plaats (welke activiteiten met welk doel)?
- Hoe vindt de implementatie en evaluatie plaats (welke activiteiten met welk doel)?
- Welke problemen zijn ervaren met de afstemming op het protocolleringsbeleid en de praktijk)?

Op grond van de resultaten wordt geconcludeerd of de gevolgde aanpak (ontwerp, implementatie en evaluatie) het succesvol functioneren van de protocollen bevordert of belemmert.

Het onderzoek naar het totstandkomen en functioneren van protocollen is een voorbeeld van onderzoek naar de praktijk van communicatiekundig ontwerpen. Onderzoek naar communicatiekundig ontwerpen is gericht op de vraag hoe ontwerpprocessen zodanig ingericht kunnen worden dat de kans op succesvolle communicatie zo groot mogelijk is (Schellens, e.a., 2001). Door middel van descriptief onderzoek worden voorbeelden van de praktijk van communicatiekundig ontwerpen beschreven waarbij nagegaan wordt welke elementen de kans op succesvolle communicatie bevorderen of belemmeren. De beschrijving is gericht op methoden die in de praktijk gehanteerd worden om een werkend ontwerp te realiseren, bijvoorbeeld een programma (voorlichtingscampagne, communicatiebeleid) of een communicatiemiddel. Inzicht in diverse ontwerppraktijken levert aanknopingspunten op voor de ondersteuning van beslissingen in ontwerpprocessen.

Communicatiekundig ontwerpen is een vorm van sociaal wetenschappelijk ontwerpen waarbij het doel een verandering of beïnvloeding van kennis, houding en gedrag is (Van Heffen e.a., 1999). Vanuit een sociaal wetenschappelijke invalshoek worden diverse ontwerppraktijken bestudeerd om inzicht te krijgen in de strategieën die gebruikt worden om te komen tot een uitvoerbaar en aanvaardbaar ontwerp en in de problemen die spelen in verschillende beroepsvelden. Het doel is om op basis van die inzichten bouwstenen voor een ontwerpaanpak te leveren die kunnen bijdragen aan de verbetering van het ontwerpen in diverse beroepsvelden. Om dat te realiseren is aan de Universiteit Twente een onderzoeksprogramma opgesteld (Naar een Sociaal wetenschappelijke Ontwerpmethodologie, 1994) dat onderzoek naar ontwerpen financiert (het Onderzoekstimuleringsfonds). Binnen dat kader zijn diverse promotieprojecten geformuleerd die een bepaalde ontwerppraktijk reconstrueren: het ontwerpen van overheidsvoorlichting (Klaassen, afronding in 2003) dat evenals het onderzoek naar protocollen een voorbeeld is van communicatiekundig ontwerponderzoek en het onderzoek naar het ontwerpen van onderwijs- en opleidingsprogramma's (Visscher-Voerman, 1999), dat een voorbeeld is van een onderwijskundige ontwerppraktijk.

In de volgende paragrafen worden eerst de onderzochte protocollen besproken (paragraaf 1.2). Daarna wordt ingegaan op factoren die van invloed zijn op het succes van regelgestuurde communicatie: proces- en productfactoren (paragraaf 1.3) en gebruikersfactoren (paragraaf 1.4).

1.2 Protocollen als voorbeeld van regelgestuurde communicatie

In deze paragraaf wordt de relatie tussen protocollen en regelgeving toegelicht. Het begrip protocol wordt nader gedefinieerd en de in het onderzoek betrokken protocollen worden besproken.

Protocollen en regelgeving

Protocollen zijn documenten waarin beschreven is hoe in een bepaalde situatie optimaal gehandeld kan of moet worden. Dergelijke documenten worden in zorginstellingen, zoals

ziekenhuizen, veelvuldig ontworpen naar aanleiding van de *Arbowet* (1994, 1999), de *wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg* (wet-BIG, 1993) en de *Kwaliteitswet voor zorginstellingen* (1996). De protocollen die voortkomen uit de *Arbowet* en de *Kwaliteitswet* vertonen overeenkomsten met de procedures en werkvoorschriften die in industriële bedrijven ontworpen zijn.

In ziekenhuizen zijn naar aanleiding van de *Arbowet* protocollen op- of bijgesteld om personeel te attenderen op de risico's die verbonden zijn aan hun beroep. De overheid, vertegenwoordigd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg, kan eveneens aansturen op protocolleren als blijkt dat de veiligheid van personeel of patiënt in het geding is. Voorbeelden hiervan zijn de protocollen voor behandeling van een accidenteel bloedcontact tegen besmetting met het *HIV*-virus en het vaccinatiebeleid hepatitis-B.

De *wet-BIG* verlangt dat zorginstellingen de aan beroepsgroepen voorbehouden handelingen documenteren: patiënten dienen beschermd te worden tegen onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren. De handelingen mogen alleen door beroepsbeoefenaars uitgevoerd worden als die daar op basis van de wet een bevoegdheid toe hebben. De belangrijkste doelstelling van de wet is het scheppen van voorwaarden voor het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Op grond van de *wet-BIG* zijn dan ook protocollen opgesteld voor de individuele patiëntenzorg. Aangezien veel activiteiten op het gebied van individuele patiëntenzorg echter multidisciplinair van aard zijn (diverse beroepsgroepen werken samen aan de behandeling van de patiënt), ontstond in ziekenhuizen behoefte aan ziekenhuisbrede ofwel instellingsprotocollen.

Ziekenhuizen dienen volgens de *Kwaliteitswet voor zorginstellingen* (1996) de kwaliteit van zorg te bewaken, te beheersen en te verbeteren door op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen, te registreren en te toetsen of verantwoorde zorg daadwerkelijk geleverd wordt. In aansluiting op landelijke ontwikkelingen zoals accreditatie van ziekenhuizen worden protocollen volgens landelijk ontwikkelde standaarden voor ziekenhuizen (Proefproject Accreditatie normen, kortweg *PACE*-normen) opgesteld.

Protocollen nader gedefinieerd

Begrippen als protocollen, standaarden, voorschriften en richtlijnen worden in de literatuur en in de praktijk door elkaar gebruikt (Grol, e.a., 1994). Ook in de *NIAZ/PACE*-normen ontbreekt een heldere omschrijving van voornoemde begrippen. Een protocol is volgens Schellekens en Van Everdingen in de medische wereld vaak afgeleid van een landelijke richtlijn:

“Het is specifiek en gaat meer in op de organisatorische context. Richtlijnen geven aan *wat* in de meeste gevallen gedaan moet worden, protocollen beschrijven *hoe* dat dient te gebeuren en hebben daardoor een meer bindend karakter. Protocollen worden daarom veelal lokaal geformuleerd, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van de praktijk. Er zijn overigens ook landelijke richtlijnen met een protocollair karakter” (2001: 184).

Volgens het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten is een multidisciplinair protocol een document dat voor medisch personeel (specialisten, verpleegkundigen) en paramedisch

personeel bedoeld is. In dat document wordt tevens aandacht besteed aan coördinatie en afstemming. Een richtlijn is een advies waarin de verworven wetenschappelijke inzichten en klinische ervaringen op adequate wijze tot uitdrukking komen. Wanneer geen eensluidend advies verstrekt kan worden, wordt aangegeven waarover onzekerheid bestaat (Project afstemming visitatie en accreditatie, Orde van Medisch Specialisten, 1999).

Uit de vermelde omschrijvingen is in ieder geval af te leiden dat een protocol de handelwijze van werknemers aanstuurt. Hoe (regels, instructies etc) dat dient te gebeuren is niet exact omschreven. Het begrip protocol wordt in deze studie gehanteerd zoals in onderstaande definitie uiteengezet is:

“Een protocol is een concrete, methodische leidraad die aangeeft welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden” (Steman en Zomerplaa, 1995: 5)

Aan deze definitie ligt het uitgangspunt ten grondslag dat een protocol een communicatiemiddel is dat gebruikers ervan in staat moet stellen adequaat te handelen; bovendien wordt er vanuit gegaan dat een protocol normgevend is. De definitie sluit dan ook aan bij de huidige tendens dat protocollen als bindende leidraad dienen bij geschillen over de gevolgde werkwijze.

Protocollen die bestemd zijn voor meerdere disciplines, afdelingen of voor de gehele organisatie worden multidisciplinair of instellingsbreed genoemd. Deze protocollen bevatten naast inhoudelijke informatie ook procedureel-organisatorische informatie (Kobus & Carlier, 1989:10). Dat wil zeggen dat de protocollen aangeven *hoe* en door *wie* de handelingen uitgevoerd dienen te worden.

In zorginstellingen worden protocollen vanuit verschillend perspectief opgesteld. Uitgaande van het doel en de doelgroep van de protocollen is de volgende indeling te maken:

- Medisch geschoold personeel stelt *behandelprotocollen* op die, al dan niet door regelgeving gestuurd (*wet-BIG*), primair bedoeld zijn voor degenen die patiënten verzorgen of behandelen. De opstellers van deze protocollen streven naar hoogstaande zorg; standaardisatie en bindende afspraken stroken daar soms niet mee.
- *Wet- en regelgevinggestuurde protocollen*, zoals arbo-protocollen, zijn niet primair op de patiëntenzorg gericht maar op verantwoording van de bedrijfsvoering. Deze categorie protocollen wordt opgesteld door personeels-, arbo- of milieufunctionarissen. Ze zijn door een gebrekkige introductie bij personeel vaak onbekend of worden genegeerd, omdat men zich niet verantwoordelijk voelt voor zaken die niet direct betrekking hebben op patiëntenzorg.
- *Infectiepreventieprotocollen*. Deze categorie protocollen snijdt dwars door bovengenoemde categorieën heen. Personeel wordt enerzijds via deze protocollen aangespoord om veilig en gezond te werken opdat men zelf geen “slachtoffer” van besmetting wordt (de arbo-component), anderzijds om overdracht van infecties naar patiënten en collega’s te voorkomen (de zorgcomponent). Infectiepreventieprotocollen worden in de praktijk vaak veronachtzaamd, omdat men zich niet persoonlijk verantwoordelijk voelt voor de infectieproblematiek. Bovendien moeten deze pro-

tocollen concurreren met tal van andere protocollen die betrekking hebben op de behandeling van of hulpverlening aan patiënten (zoals de medische behandelprotocollen).

Deze indeling is niet bedoeld om alle mogelijke vormen van protocollen die in de praktijk circuleren te classificeren. De indeling dient om de protocollen die in het vervolgonderzoek bestudeerd worden, de preventieprotocollen, te introduceren en af te bakenen van de protocollen die primair op patiëntenzorg of verantwoording van bedrijfsvoering gericht zijn. De preventieprotocollen zijn onderdeel van de ziekenhuishygiëne en verwant met de arbo- en milieuzorg. De ziekenhuishygiëne is gericht op preventie en bestrijding van ziekenhuisinfecties. De arbozorg richt zich op preventie en bestrijding van beroepsziekten, inclusief beroepsinfecties. Het verschil met de ziekenhuishygiëne is dat de arbozorg zich uitsluitend op werknemers richt. Preventieprotocollen die naar aanleiding van de *Arbeidsomstandighedenwet* aangescherpt worden, komen vaak onbedoeld in een ander daglicht te staan. De *Arbowet* (1994, 1999) verplicht werknemers om de verstrekte veiligwerkinstructies na te komen. Preventieprotocollen worden daardoor als bindend en dwingend ervaren (Van Gemert, 1999, 2000).

De onderzochte infectiepreventieprotocollen

Infectiepreventieprotocollen worden opgesteld naar aanleiding van regelgeving over beheersing van infecties. Het doel ervan is een reductie van infecties. De regelgeving kan afkomstig zijn van de overheid die verlangt dat zorginstellingen maatregelen treffen om infecties te voorkomen. Op landelijk niveau worden *richtlijnen* ontworpen door de Werkgroep Infectie Preventie (*WIP*) die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg als professionele standaarden beschouwd worden; de inspectie hanteert de richtlijnen als zodanig in haar contacten met instellingen. De *richtlijnen* geven een beschrijving van optimale maatregelen en zijn samengesteld door experts met advies van betrokkenen uit de praktijk (*WIP*, 1999)². Op ziekenhuisniveau worden deze *richtlijnen* vertaald in protocollen, aangepast aan de lokale situatie. De *richtlijnen* dienen als kader voor de inhoud van de protocollen; de Werkgroep Infectie Preventie geeft wel aan dat het denkbaar is dat andere methoden in sommige situaties de voorkeur genieten.

Het onderzoek spitst zich toe op twee voorbeelden van infectiepreventieprotocollen:

1. Protocol ter voorkoming van besmetting als gevolg van een *accidenteel bloedcontact* (in de praktijk ook wel prikaccidentenprotocol genoemd).
2. Protocol ter voorkoming van een ziekenhuisinfectie: het Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus (*MRSA*)-protocol.

Het eerste protocol dient werknemers te informeren hoe zij een accident kunnen voorkomen en hen te instrueren hoe zij na een accidenteel bloedcontact moeten handelen om een besmetting met hepatitis-B of C of *HIV* te voorkomen. Het tweede protocol beoogt werk-

² De Werkgroep Infectie Preventie is een door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gesubsidieerde stichting, die is opgericht door een viertal op het gebied van infectiepreventie werkzame verenigingen: de Vereniging voor Infectieziekten, de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en de Vereniging voor Hygiëne en Infectiepreventie.

nemers bij confrontatie met een *MRSA*-patiënt de juiste handelingen te laten verrichten om verspreiding van *MRSA* in het ziekenhuis te voorkomen.

De twee protocollen vragen deels om een andere aanpak van de communicatie. In het eerste type protocol is communicatie gericht op de *individuele werknemer*. De werknemer moet beseffen dat aan zijn dagelijkse werkzaamheden bepaalde beroepsrisico's verbonden zijn en dat die te voorkomen zijn door te handelen volgens het protocol. De preventieve maatregelen om een accidenteel bloedcontact te voorkomen, zouden als *routinehandelingen* deel moeten uitmaken van de dagelijkse praktijk. De preaccident maatregelen zijn gericht op hygiënisch werken om accidenten te voorkomen. Als ondanks de voorzorgsmaatregelen zich een accident voordoet, dan biedt het protocol de instructies om ziekte (Aids, hepatitis) als gevolg van een besmetting te voorkomen. De postaccident maatregelen zijn te beschouwen als *incidentele* handelingen.

Bij het tweede type protocol staat de samenwerking tussen diverse werknemers centraal. *MRSA* is een bacterie die moeilijk te bestrijden is vanwege haar resistentie tegen antibiotica. Een besmetting met *MRSA* is voor een gezonde werknemer geen probleem, ook voor de meeste patiënten niet. Patiënten die verzwakt zijn (Intensive Care) of open wonden hebben, lopen een grotere kans op problemen ten gevolge van *MRSA*. De bestrijding van *MRSA* bij risicopatiënten is problematisch. Wanneer *MRSA* zich in een ziekenhuis bij een patiënt of medewerker voordoet, wordt iedereen die in contact is geweest met de medewerker of patiënt gecontroleerd op *MRSA*. De patiënt gaat in isolatie, de medewerker naar huis voor behandeling en de afdeling wordt gesloten. Dat betekent voor veel ziekenhuizen een enorme zorgen- en kostenpost.

Om te voorkomen dat *MRSA* zich in een ziekenhuis verspreidt, is het van belang dat personeel alert is op *MRSA* bij opname of behandeling van een patiënt die bijvoorbeeld in een buitenlands ziekenhuis gelegen heeft en daar geopereerd is. Dat geldt ook als men zelf als personeelslid in een buitenlands ziekenhuis werkzaam is (geweest). Buiten Nederland wordt soms een minder stringent preventiebeleid en antibioticabeleid gevoerd. Dit leidt tot resistente bacteriestammen zoals *MRSA*. Als *MRSA* in een ziekenhuis voorkomt, dient personeel verdere verspreiding ervan te voorkomen door de voorzorgsmaatregelen toe te passen, elke keer dat een patiënt verzorgd of behandeld wordt. De maatregelen gelden ook voor de bezoekers van de patiënt.

Communicatie is van belang om te komen tot eenduidige en heldere afspraken over de te verrichten handelingen om *MRSA* te voorkomen of verdere verspreiding ervan tegen te gaan. Het protocol fungeert voor betrokkenen als gemeenschappelijk interpretatiekader voor de uit te voeren handelingen bij een *MRSA*-incident. Er is sprake van een problematiek op *organisatieniveau*. De werknemer moet er voor zorgen dat hij *MRSA* niet overdraagt op anderen, de gevolgen van *MRSA* voor de gezondheid van de werknemer zelf zijn gering. De *MRSA*-maatregelen bestaan deels uit voorschriften die als *routinehandelingen* te beschouwen zijn (preventie aan de poort van het ziekenhuis) en deels uit *incidentele handelingen* (bij opname van een *MRSA*-patiënt of bij uitbraak van een epidemie). Het protocol dient werknemers te informeren over risico's van *MRSA*-overdracht, te in-

strueren hoe die risico's te voorkomen zijn en hen te overtuigen van de noodzaak van de maatregelen.

Beide protocollen maken deel uit van de arbozorg. Personeel kan zelf besmet raken of anderen (patiënten en personeel) besmetten. Bij beslissingen over de gevolgen daarvan, zoals een tijdelijk werkverbod, wordt de arbodienst ingeschakeld.

De keuze van de twee genoemde protocollen is gebaseerd op onderstaande overwegingen:

- Beide protocollen zijn actueel.
- Beide protocollen komen in alle zorginstellingen voor.
- Beide protocollen zijn instellingsbreed, in principe dus voor alle werknemers bedoeld.
- Beide protocollen vloeien voort uit wet- en regelgeving.
- De problematiek van de twee protocollen vraagt deels om een andere communicatiestrategie (individueel versus collectief probleem), deels om een zelfde benadering van communicatie gericht op gedragsverandering van personeel.
- Beide protocollen worden in ziekenhuizen opgesteld door professionals die expert zijn op het terrein van infectiepreventie en ziekenhuishygiëne (hygiënisten en arts-microbiologen).

1.3 Proces- en productfactoren van invloed op het succes van regelgestuurde communicatie

De factoren die van invloed kunnen zijn op het succes van regelgestuurde communicatie zijn in te delen in proces-, product- en gebruikersfactoren. Procesfactoren hebben betrekking op de aanpak van ontwerp, implementatie en evaluatie van communicatie, productfactoren op de kwaliteit van een product als communicatiemiddel en gebruikersfactoren op determinanten van het te beïnvloeden gedrag. De proces- en productfactoren worden in deze paragraaf besproken, de gebruikersfactoren in paragraaf 1.4.

De in deze paragraaf gepresenteerde factoren zijn gebaseerd op inzichten verkregen uit onderzoek en praktijkstudies naar de vertaling van wet- en regelgeving in beleid en communicatie. De ontwerpproblematiek bij protocollen (en werkvoorschriften) vertoont overeenkomsten met het ontwerpen van beleidsmaatregelen gericht op gedragsverandering:

“Clinical policy making is analogous to legislative policy making (...). Practice guidelines are, in fact, policies insofar as a policy is a rule to establish, control, or change the behavior of institutions, individuals, or both in order to address an issue or a problem (...) Generic steps are outlined for making decisions with incomplete information; synthesis of facts, vested interests, and values; involvement of stakeholders; and implementation of policy” (Lomas, 1993: 11).

In geval van protocolontwerp is de beleidscontext (het preventiebeleid) een gegeven, evenals een van de middelen (een protocol) waarmee het doel (gedragsverandering) gerealiseerd dient te worden. De ontwerpaanpak is gericht op de afstemming van protocollen op zowel de beleidsdoelen als op de gebruikers.

Procesfactoren

Onderstaande procesfactoren zijn ontleend aan praktijkstudies naar het totstandkomen en implementeren van beleid en protocollen. Er is slechts weinig onderzoek vanuit een communicatieve invalshoek verricht naar het totstandkomen van protocollen, bovendien beperkt dat onderzoek zich doorgaans tot behandelprotocollen. Door de aandacht voor kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg verschijnen wel steeds meer publicaties over de implementatie van instellingsbrede of multidisciplinaire protocollen, daarin wordt steevast geconstateerd dat er te weinig oog is voor motivatiebevorderende factoren waardoor protocollen genegeerd worden. De bevindingen uit (praktijk)studies over het protocolleren worden bij de bespreking van de procesfactoren ondersteund met inzichten uit het onderzoek naar het totstandkomen en implementeren van beleid en communicatie.

Betrokkenheid van het (lijn)management

Betrokkenheid van het *management* in een vroeg stadium van het ontwerpproces van protocollen blijkt gewenst, omdat verschillen in beleidsopvattingen tussen ontwerpers en management tot uitvoeringsproblemen kunnen leiden (Kobus en Carlier, 1989; Lomas, 1993; Steman en Zomerplaag 1995; Brown, e.a., 1995; Wassens, 1997; Leape, e.a., 2000; Wensing, e.a., 2000). De inbreng van het management is nodig om de randvoorwaarden voor invoering van protocollen in de organisatie te garanderen. De invoering van voorschriften brengt (vaak) kosten met zich mee. Om de uitvoering ervan mogelijk te maken, is oriëntatie op de haalbaarheid in de vorm van tijd, geld, middelen en personeel nodig. Juist bij instellingsbrede protocollen is betrokkenheid van het management van belang bij beslissingen over afdelingsoverstijgende zaken (Kobus en Carlier, 1989; Steman en Zomerplaag, 1995; Van Duijn, 1995).

Dat betrokkenheid van het management een belangrijke succesfactor is, blijkt ook uit onderzoek naar het ontwerpen van communicatiebeleid (Adema, e.a., 1993). Daarmee wordt bedoeld dat het management de noodzaak van het beleid moet inzien, medewerking moet verlenen aan de totstandkoming en implementatie en zelf de communicatiestrategie moet uitdragen. Inzichten uit de communicatie-adviesliteratuur (Meyer, 1996; Koeleman, 1997; Reijnders, 1997; Van Woerkum, 1997; Conrad & Poole, 2002) bevestigen dat steun van het (lijn)management nodig is voor een succesvolle uitvoering van beleidsmaatregelen. Zonder die steun zou het moeilijk zijn om medewerking te verkrijgen van de bij de uitvoering betrokken actoren.

Betrokkenheid van sleutelactoren

Sleutelactoren of verbindingspersonen blijken een aantoonbare invloed te hebben op de acceptatie en de naleving van protocollen (Grol, e.a., 1990; Grimshaw e.a., 1994; Gross, e.a., 2001). Uit onderzoek naar de effectiviteit van implementatiestrategieën (Lomas, 1993) blijkt dat het aanstellen van sleutelactoren een van de weinige interventies is die ook op langere termijn effect hebben op de aanvaarding van beleid. De sleutelactoren dienen personen te zijn die invloed hebben op de afdeling of werkeenheid en betrokken zijn bij training en opleiding (Seto, e.a., 1991; Steman en Zomerplaag, 1995; Logister, 2000).

Het belang van sleutelactoren voor bevordering van acceptatie van communicatie wordt bevestigd door studies naar succesvolle implementatie van beleid (Coenen, 1996; Van Woerkum en Van Meegeren, 1999). Sleutelactoren zijn personen die het beleid in de organisatie propageren. Zij zouden in het tot stand komen van het beleid betrokken moeten worden, met name om inzicht te krijgen in wat haalbaar en uitvoerbaar is.

Betrokkenheid van de doelgroep

Uit onderzoek naar factoren die van invloed zijn op de naleving van protocollen blijkt dat betrokkenheid van doelgroepvertegenwoordigers bij het totstandkomen van protocollen de uitvoerbaarheid en aanvaardbaarheid van de in protocollen vastgelegde maatregelen bevordert (Logister, 2000). Gebruikers blijken onvoldoende betrokken bij protocollen die vanuit regelgeving ontworpen worden (Meurs e.a., 1999: 200).

Ook uit onderzoek naar het totstandkomen van (communicatie)beleid blijkt dat het voor een uitvoerbaar en haalbaar beleid van belang is dat het beleid door de top van de organisatie vastgesteld wordt nadat het mede ontwikkeld is door degenen die met de uitvoering ervan geconfronteerd worden (Adema, 1993: 17).

Een brede ontwerpcommissie

Voor het ontwerpen van ziekenhuisbrede protocollen zouden commissies ingesteld moeten worden waarin het (lijn)management participeert en waarin de doelgroep vertegenwoordigd is (Kobus en Carlier, 1989; Steman en Zomerplaa, 1995; Wille, 1996; Vande Putte en Reybrouck, 2000). Van belang voor het functioneren van een breed samengestelde commissie is, dat afspraken gemaakt worden over de taakverdeling (penvoerder, beoordelaar, procesbewaking etc.) en dat duidelijkheid bestaat over de status (advies, besluitvormend, uitvoerend) van de commissie in de organisatie (Steman en Zomerplaa, 1995). Een breed samengestelde commissie kan van belang zijn voor het creëren van een draagvlak voor de communicatie. Meurs, e.a., (1999) noemen echter als mogelijk probleem van multidisciplinaire commissies of teams dat bij het opstellen van richtlijnen en protocollen te veel vanuit de expertise van de verschillende professionals te werk gegaan wordt en te weinig rekening gehouden wordt met de gebruikers van protocollen of richtlijnen. Wanneer de expertise domineert in multidisciplinaire teams wordt lang niet altijd voldoende afstemming op de gebruikers bereikt met als gevolg dat diverse beroepsgroepen uiteindelijk hun eigen richtlijnen of protocollen opstellen. Daardoor is het mogelijk dat voor dezelfde problematiek meerdere protocollen in omloop zijn.

Uit onderzoek naar het ontwerpen van procedures (Van Gemert en Woudstra, 1996, 1999), adviesrapporten (Van der Geest en Van Gemert, 1997) en voorlichtingscampagnes (Klaassen en Schellens, 1999) komt naar voren dat ontwerpen van communicatie een proces is waarbij ontwerpers, besluitvormers en gebruikers gezamenlijk onderhandelen over het gewenste eindresultaat. Uit genoemd onderzoek blijkt dat beslissingen over een “best haalbare oplossing” in een ontwerpproces niet zonder meer het resultaat zijn van wetenschappelijke inzichten of onderzoek. Geleidelijk aan en gedurende het ontwerpproces komen beslissingen over het gewenste eindresultaat tot stand door overleg en onderhandeling. De hiërarchische en politieke status van de betrokkenen in het onderhande-

lingsproces en de uiteenlopende belangen die met communicatie nagestreefd worden, blijken van invloed te zijn op het eindresultaat.

Een van de manieren om het onderhandelingsproces in het ontwerpen te integreren, is beoordeling van tussenproducten. In de praktijk blijkt dat voorschriften en protocollen inhoudelijk beoordeeld worden door experts. Over de invloed van beoordeling van tussenproducten op acceptatie van voorschriften of protocollen is weinig bekend. Uit onderzoek naar het ontwerpen van adviesrapporten over externe veiligheid blijkt dat door beoordeling in het totstandkomingsproces te integreren een gemeenschappelijk referentiekader ontwikkeld wordt voor de te bereiken communicatiedoelen (Van Gemert en Woudstra, 1999).

Coördinatie van het ontwerpproces door het management

De ontwerpers van infectiepreventieprotocollen maken geen deel uit van de lijnorganisatie, zij hebben alleen een adviesbevoegdheid. De coördinatie van het ontwerpproces bij ziekenhuisbrede protocollen zou dan ook de taak van het (lijn)management moeten zijn (Kobus en Carlier, 1989; Steman en Zomerplaa, 1995).

Wanneer diverse partijen een rol spelen in het ontwerpproces is coördinatie vereist voor de bewaking van procesafspraken (Van Woerkum en Van Meegeren, 1999). Uit onderzoek naar arbocommunicatie (Van Gemert, 1999, 2000) blijkt dat door decentralisatie van verantwoordelijkheden en budgetten voor arbocommunicatie het ontwerpproces moeilijk te coördineren is. Op stafniveau worden beleidsafspraken gemaakt die in de lijn “vertaald en betaald” worden naar eigen inzicht en prioriteiten. De ontwerpers van arbocommunicatie fungeren als intermediair tussen staf en lijn. Hun invloed in de lijnorganisatie is dermate beperkt dat coördinatie van het ontwerpproces door hen nauwelijks uitvoerbaar is.

Planmatige aanpak van implementatie en evaluatie

Verondersteld wordt, in lijn met de uitgangspunten van Rogers (1995), dat een procesmatige en planmatige aanpak van implementatie de bekendheid en naleving van protocollen bevordert (Grol, 1994, e.a.; Steman en Zomerplaa, 1995; Effective Health Care, 1999; Wensing, e.a., 2000; Verhoeven, 2001). De implementatie dient afgestemd te zijn op een diagnostische analyse van de gebruikers omdat diverse gebruikers verschillende problemen kunnen ervaren met het gebruik van protocollen (Grol, 2001).

De vraag uit welke interventies een planmatige aanpak van implementatie en evaluatie van protocollen zou moeten bestaan, is op basis van onderzoek niet eenduidig te beantwoorden. Volgens Grimshaw (1994) is het effect van een implementatiestrategie moeilijk vast te stellen. Vaak is niet duidelijk welke middelen ingezet zijn om een protocol te implementeren, onderzoek naar de invoering van protocollen heeft vaak betrekking op tal van verschillende typen protocollen (behandelplannen, voorschriften etc.) die mogelijk om een specifieke implementatiestrategie vragen en het onderzoek betreft vaak gevalsbeschrijvingen. Uit verschillende studies naar het effect van interventies op het gebruik van protocollen (Lomas; 1993; Effective Health Care, 1999) komt naar voren dat een breed opgezette strategie met een combinatie van diverse interventies die gedurende langere tijd

worden volgehouden, nodig is om gedragsverandering en -behoud te bereiken en dat de effectiviteit van interventies situationeel bepaald lijkt:

“Multifaceted interventions targeting different barriers to change are more likely to be effective than single interventions (...). There are a range of interventions that if used appropriately are effective under some circumstances; but none is effective under all circumstances”.
(Effective Health Care, 1999: 2 en 4)

Een breed opgezette strategie zou bestaan uit diverse vormen van interactie tussen de bij de verandering betrokken partijen: actieve betrokkenheid van het management, participatie van uitvoerenden bij beslissingen over implementatie, regelmatig overleg tussen participanten, feedback op gedrag en uit het gebruik van reminders (Barnhoorn en Walda, 1992; Grol e.a., 1994; Gross, e.a., 2001). Feedback en reminders blijken effectief als ze onderdeel zijn van het dagelijks werk en er continuïteit is in de toepassingen ervan (Wensing en Grol, 1994; Wensing e.a., 2000).

Feedback op gedrag in de vorm van intercollegiale toetsing (Grol 1991; Grol e.a., 1994; Wijna-Lemstra, 2000), collegiaal toezicht (Wensing, 1999) of via sleutelactoren (Lomas, 1993; Grimshaw, 1994) kan inzicht in de eigen werkwijze bevorderen en terugval in oude gewoontes voorkomen, mits dergelijke interventies onderdeel uitmaken van een breed opgezette strategie. Door werknemers te confronteren met incidentregistraties zou het inzicht in eigen handelen ook bevorderd kunnen worden. Gedoeld wordt op registratie van incidenten op ziekenhuisniveau waarbij een relatie gelegd wordt tussen de uitgevoerde handelingen en de geregistreerde incidenten. Op die manier zouden verbeteringen voor veilig werken beter te beargumenteren zijn (Wille, 1996; Mouton, 1993; Vandembroucke-Grauls, 1998; Logister, 2000). Confrontatie van personeel met incidenten sluit aan bij de ideeën van integrale kwaliteitszorg. Door continue en systematische gegevensverzameling en -analyse wordt vastgesteld of verbeteringen opgetreden zijn. In de gezondheidszorg worden dergelijke principes van integrale kwaliteitszorg steeds vaker toegepast (Harteloh en Casparie, 1991; Schellekens, 2001). Er zijn wel kanttekeningen te plaatsen bij registratie van incidenten uit oogpunt van kwaliteitsverbetering. In de eerste plaats is registratie vertrouwelijk. Gegevens verzameld op landelijk niveau, bijvoorbeeld via PREZIES (PREventie van ZIEkenhuisinfecties door Surveillance) mogen niet herleidbaar zijn naar een individueel ziekenhuis. Ten tweede, zou registratie er toe kunnen leiden dat gegevens voornamelijk gebruikt worden om “slechte zorg” publiekelijk aan de kaak te stellen wat ten nadele kan zijn voor het verlenen van medewerking aan dergelijke registratiesystemen omdat zorgverleners zich bedreigd voelen (Van Everdingen, 2002).

Voorlichting of nascholing waarbij via kennisoverdracht getracht wordt verandering van gedrag te bewerkstelligen, blijkt in de praktijk nauwelijks zinvol als kennis niet te vertalen is naar het dagelijks handelen (Kobus en Carlier, 1989; Van der Kruk en Tesselaar, 1997; Wijna-Lemstra, 2000). Als informatieoverdracht aangepast is aan individuele behoeften van de doelgroep en gecombineerd wordt met discussiegroepen en zelfstudiematerialen blijkt het effect op deskundigheidsbevordering groter (Grol, e.a., 1994).

Ter bevordering van de invoering van protocollen in de organisatie worden in de praktijk-literatuur ook organisatorische maatregelen voorgesteld, zoals de instelling van een per-

manente protocollencommissie voor coördinatie en procesbewaking en de instelling van een organisatiebreed netwerk van contactpersonen als procesbegeleiders (Tysma en Van Overbeek, 1994; Wassens, 1997).

Het instellen van procesbegeleiders is ook een van de maatregelen die voorgesteld worden voor de invoering van integrale kwaliteitssystemen (kwaliteit-, arbo- en milieuzorg). Aan bepaalde functionarissen wordt een zekere positionele macht en gezag gegeven om als procesbegeleiders de beoogde integratie van kwaliteit-, arbo- en milieuzorg te faciliteren (Maas en Doeleman, 1996). Het gaat om personen die contact hebben met de doelgroep en door de doelgroepen als procesbegeleider geaccepteerd worden (Van Woerkum en Van Meegeren, 1999).

Beschikbaarheid van voorzieningen

Een belemmering voor de toepassing van voorzorgsmaatregelen blijkt vooral de werkdruk (De Graaf, 1993; Van der Veen, 1998; Effective Health Care, 1999; Ruiters en Akse, 2002) en een tekort aan financiële middelen (Duckworth e.a., 1990; De Meerleer, 1996).

Voor de uitvoering van beleidsmaatregelen is het van belang dat er voldoende voorzieningen zijn, zoals tijd, geld en personeel (Hoppe, 1998; Van Woerkum en Van Meegeren, 1999).

Productfactoren

Besproken worden productfactoren die van invloed zijn op de aanvaarding en bruikbaarheid van een protocol.

Helderheid over de functies van een protocol

Bij het ontwerpen van een voorschrift of protocol dient duidelijkheid verkregen te worden over de status van een protocol om uitvoeringsproblemen te voorkomen (Kobus en Carlier, 1989). De status van een protocol verwijst naar de gebruiksfuncties die in de praktijk aan een protocol toegekend worden.

Protocollen kunnen als instrument beschouwd worden voor professionalisering van zorgprocessen, maar ook als instrument voor de beheersing en verantwoording van die processen. Bij beheersing en verantwoording van zorgprocessen ligt de nadruk vooral op standaardisatie van handelingen, vergelijkbaar met procedures in de industrie. Voor de inrichting van protocollen betekent dit dat de nadruk ligt op definiëring van verantwoordelijkheden voor de uit te voeren handelingen. Professionalisering van zorgprocessen houdt in dat het protocol beoogt de kwaliteit van zorgverlening te bevorderen. Afhankelijk van de problematiek en de aard van de zorgverlening dient bepaald te worden of het protocol een beslissingsondersteunend instrument, een voorschrijvend instrument, een coördinatie-instrument of een discussie-instrument is (Kobus en Carlier, 1989; Berg, 1991, 1996). De keuze van de functies beïnvloedt niet alleen de manier waarop de informatie in het protocol vastgelegd wordt, maar ook wie er bij dat totstandkomingsproces betrokken wordt (wie zijn de belanghebbende partijen?) en op welke wijze effectmeting plaats vindt.

Misverstand over de status van een protocol of voorschrift betreft vaak een verschil van mening over de mate van dwingendheid (Van Gemert, 2000). In de praktijk blijkt dat protocollen door ontwerpers en besluitvormers als een bindende leidraad beschouwd worden voor de handelwijze. In die opvatting ligt besloten dat het protocol een middel is dat moet leiden tot één goede uitkomst. Anderen (ontwerpers en sommige gebruikers) beschouwen het als een hulpmiddel voor besluitvorming waarbij op basis van professionele inzichten en kenmerken van de unieke situatie een besluit genomen wordt.

Juist bij instellingsbrede protocollen is het van belang dat de status van een protocol of voorschrift als communicatiemiddel helder is. De gebruikers vormen een heterogene groep qua professionele achtergrond, qua autonomie en beslissingsbevoegdheid. Uit eerder onderzoek naar protocollen komt naar voren dat in de praktijk conflicten ontstaan, omdat het streven naar uniformering in handelwijze soms gepaard gaat met beperkingen in de zorg- of dienstverlening, een situatie die zich voordoet bij ziekenhuisinfecties zoals *MRSA* (Van Gemert, 1999, 2000). Wanneer het protocol bedoeld is om bij een collectief probleem (zoals *MRSA*) de samenwerking te bevorderen tussen de diverse beroepsgroepen vereist dat consensus over de mate van bindendheid van een protocol.

Gebruik als uitgangspunt voor de inrichting van de protocollen

Protocollen dienen zodanig opgesteld te zijn dat de presentatie van de informatie het gebruik faciliteert. Dat betekent dat protocollen vanuit het perspectief van de gebruikers en hun werkwijzen ontworpen moet worden. Ontwerpers van protocollen dienen als het ware in de huid te kruipen van de gebruikers om de identificatie met de in protocollen vastgelegde werkwijzen te bevorderen (Holtgrave e.a., 1995). Hoe kleiner de afstand tussen ontwerpers en gebruikers, des te gemakkelijker is het voor ontwerpers om zich in de rol van de gebruikers te verplaatsen (Meurs, e.a., 1999).

De gebruikers van de beide infectiepreventieprotocollen vormen een heterogene groep: medisch personeel (artsen, verpleegkundigen), paramedisch personeel (zoals laboratoriumpersoneel) en niet-medisch personeel (zoals personeel van de civiele dienst). Al het personeel dient uit de voeten te kunnen met de protocollen, wat in ieder geval vereist dat er consensus is over de betekenis van begrippen die in het protocol worden gehanteerd. De centrale vraag is echter welk inrichtingsperspectief geschikt is gezien de gebruikssituatie van protocollen. Gebruikers die zichzelf in staat achten om in verschillende praktijksituaties zelf problemen op te lossen, lijken meer baat te hebben bij een protocol dat hen daarvoor de ingrediënten levert dan bij een protocol dat stapsgewijs voorschrijft hoe te handelen (Grimshaw, 1994).

Bij het opstellen van regelgestuurde protocollen doet zich een probleem voor dat de handelwijze deels gedicteerd is door de regelgeving. De ruimte voor individuele interpretaties wordt daardoor beperkt. De moeilijkheid die zich voordoet bij de inrichting van dergelijke documenten is, dat ontwerpers moeten laveren tussen wat vanuit regelgeving gewenste of voorgeschreven handelingen zijn, wat vanuit de gebruikssituatie gezien als haalbaar wordt geacht en wat vanuit de organisatie als wenselijk wordt beschouwd.

Handelingsprotocollen worden in de praktijk vaak ingericht als stappenplannen of algoritmes die elk onderdeel van de handeling expliciteren en de vrijheid voor afwijkend handelen beperken. Dergelijke protocollen zijn vanuit een rationeel probleemoplossingproces opgesteld waarbij geabstraheerd wordt van de context waarin het protocol moet functioneren. Een dergelijke benadering is vanuit beheersingsoptiek waarbij via standaardisatie gestreefd wordt naar vermindering van variëteit in handelwijze tussen de gebruikers voorstelbaar. Vanuit gebruikersoogpunt maakt deze benadering protocollen minder uitvoerbaar omdat praktijkrichtlijnen fundamentele onzekerheid, die onlosmakelijk verbonden is met de medische praktijk, nooit kunnen wegnemen (Giard, 1994; Berg, 1996).

De infectiepreventieprotocollen die onderwerp van deze studie zijn, kenmerken zich door een zekere mate van onzekerheid over het probleemverloop in geval van besmetting (Hepatitis, *HIV*) of calamiteit (*MRSA*). De te verrichten handelingen om besmetting en infecties te voorkomen worden in protocollen vaak, afgedwongen door regelgeving, als universele dwingende voorzorgsmaatregelen voorgesteld. Uit praktijkstudies blijkt dat de gebruikers een dergelijke optiek niet onderschrijven en behoefte hebben aan een instrument dat hen ondersteunt in een afwegingsproces over mogelijke en haalbare oplossingen (Le Duc, 1989, Verstege, 1993; Van der Veen, 1998).

Relevantie voor gebruikers

Voor het verkrijgen van acceptatie is het van belang dat gebruikers de in voorschriften of protocollen vastgelegde maatregelen als relevant beschouwen. Dat betekent dat de inhoud van protocollen niet moet conflicteren met de opvattingen van gebruikers over hun taakuitvoering (Steman en Zomerplaag, 1995), wat bevestigd wordt uit studies naar acceptatie en naleving van beleidsmaatregelen (Hoppe, 1998; Van Woerkum, Kuiper en Bos, 1999).

Ter bevordering van de acceptatie dienen protocollen opgesteld te zijn volgens wetenschappelijke normen (evidence-based), maar ook aan te sluiten op de in de praktijk ervaren problematiek (Kobus en Carlier, 1989; Wassens, 1997, Brown, e.a., 1995; van Everdingen en Klazinga, 2002). Hier schuilt wat infectiepreventieprotocollen betreft mogelijk een probleem omdat de protocollen zowel een verantwoordingsfunctie hebben als een praktijkrichtlijn zijn voor diverse gebruikers. De paradox is dat aan de ene kant een protocol bondig en gebruikersvriendelijk moet zijn 'It must be quick and simple and efficient to use or it will have no value'. (Brown, e.a., 1995:15). Aan de andere kant dient een protocol de relevante kennis over een bepaalde problematiek te bevatten zodat een beargumenteerd besluit genomen kan worden. De oplossing wordt vooral gezocht in samenvattingen en tabellen die onderzoeksresultaten relateren aan de in de protocollen verwoorde handelingen.

Helderheid van verantwoordelijkheden

Bij de uitvoering van protocollen die disciplineoverstijgend zijn, is het relevant dat inzichtelijk is wie voor welke taken verantwoordelijk is. Dit speelt vooral bij de *MRSA*-protocollen waar bij calamiteiten (onverwachte uitbraak) snelle en adequate informatieoverdracht van belang is (Duckwarth, e.a., 1990; Wenzel, e.a., 1998).

Verantwoordelijkheden voor distributie, introductie, onderhoud en beheer van protocollen dienen vastgelegd te zijn om te voorkomen dat de gebruikers onbekend zijn met de maatregelen of handelen volgens verouderde inzichten (Wijnia-Lemstra, 2000). Vanuit praktijkstudies wordt voorgesteld om protocollenhouders te benoemen die verantwoordelijk zijn voor onderhoud en beheer van protocollen (Steman en Zomerplaaag, 1995; Wassens, 1997).

Eenduidigheid van begrippen

Protocollen blijken voor degenen die er mee moeten werken soms onbegrijpelijke termen en algoritmen te bevatten (Van Gemert, 1999, 2000). Protocollen worden in de praktijk nauwelijks getoetst op de begrijpelijkheid van begrippen, termen en schema's. Het gevolg is dat werknemers protocollen negeren of anders interpreteren dan bedoeld: 'Als protocollen al bekend zijn, blijken ze vaak te worden omzeild of op uiteenlopende wijze geïnterpreteerd' (Berg, 1996:366).

Duidelijkheid over de gehanteerde termen en begrippen is met name van belang voor protocollen die naar aanleiding van wettelijke regelingen (*Arbowet*, milieuwetgeving) vervaardigd worden. Deze protocollen sturen het handelen van medewerkers door middel van aanbevelingen en verplichtingen. Dat medewerkers zelf verantwoordelijk zijn voor nalatig gedrag wordt in de protocollen niet duidelijk genoeg gecommuniceerd. In geval van twijfel over de aansprakelijkheid bij incidenten leidt dat mogelijk tot misverstanden omdat onduidelijk is wie voor welke taken verantwoordelijkheid draagt.

Uit onderzoek (Hastings, 1993:337) blijkt dat het taalgebruik in protocollen nogal ambigue is waardoor in geval van een geschil "a jury will decide what was meant". Volgens Hastings beseffen opstellers van protocollen onvoldoende wat de wettelijke consequentie is van:

"words that allow flexibility (may, may not)",

"words that have very unclear legal meaning (will, which could mean something that you must do or something that is going to be done in the future)",

"words that convey a vague but unspecified degree of preference"(1993: 337).

1.4 Gebruikersfactoren van invloed op succes van protocollen

Gebruikersfactoren zijn factoren die op individueel niveau van invloed zijn op het succes van protocollen. De gebruikersfactoren die in deze paragraaf besproken worden, zijn ontleend aan literatuur over gepland of beredeneerd gedrag (Fishbein en Ajzen, 1975; Kok., 1985, 1998; Brug e.a., 2000) en aan praktijkliteratuur over het succes en falen van protocollen.

Bekendheid met en begrip van het protocol

Personeel in zorginstellingen moet weten voor welke problematiek er protocollen bestaan en op de hoogte zijn van de vindplaats van protocollen. Voor een effectieve kennisoverdracht is de kwaliteit van de protocollen relevant.

Uit onderzoek naar aspecten die bepalend zijn voor het protocolgebruik, blijkt dat begrip van het protocol en inzicht in eigen handelen een significante bijdrage leveren aan de

voorspelling van het gebruik van protocollen (Logister, 2000). Van invloed op raadpleging van protocollen blijkt ook de geloofwaardigheid van de samenstellers ervan. Uit onderzoek onder medici naar wat onder acceptabele richtlijnen wordt verstaan, komt naar voren dat deze eenvoudig en inzichtelijk moeten zijn, door een betrouwbare bron vervaardigd en bedoeld om complexe klinische problemen aan te pakken (Watkins, 1999). De betrokkenheid van de doelgroep bij het onderwerp van de protocollen is van invloed op de aandacht die men heeft voor de over te brengen boodschap. Uit onderzoek naar arbocommunicatie (Van Gemert, 1999, 2000) blijkt dat infectiepreventieprotocollen geen hoge prioriteit hebben in de lijnorganisatie. De geringe interesse in de infectiepreventieproblematiek kan een passieve informatieverwerking tot gevolg hebben en leiden tot een slechts globale kennis van maatregelen (Grol, e.a., 1994; Brug, e.a., 2000).

Risico-inschatting

De inschatting van risico's voor de gezondheid blijkt gebaseerd op kennis van risicofactoren, ervaringen met incidenten (van zichzelf en van personen uit de directe werkomgeving) en van de inschatting van de beheersbaarheid van risico's (Brug e.a., 2000). Risico's die dicht bij de eigen belevingswereld liggen, lijken relatief lager ingeschat te worden. Dit wordt als een vorm van zelfbescherming van het individu gezien (Ballemans, e.a., 2001). De inschatting van de eigen kwetsbaarheid zou van invloed kunnen zijn op het nemen van voorzorgsmaatregelen (Boer, 1993; Boer en Seydel, 1996). Wanneer de doelgroep de kans op een risico laag inschat dan kan dat negeren van de maatregelen tot gevolg hebben. In het geval van een accidenteel bloedcontact is er sprake van een "gespreid" risico. De werknemer heeft kans op een accidenteel bloedcontact als hij of anderen onzorgvuldig handelen. Het gevolg van een accident kan een besmetting zijn. De kans daarop is afhankelijk van de vaccinatiestatus (bescherming tegen hepatitis-B) van de werknemer en van de status van de bron (risicopatiënt).

Bezorgdheid

De angst voor besmetting kan een drijfveer zijn om de maatregelen op te volgen en kan verband houden met kennis van risicofactoren, inschatting van de eigen kwetsbaarheid en van ervaring met incidenten. Uit onderzoek (Verstege, 1993) naar toepassing van infectiepreventieprotocollen (*HIV*-maatregelen) blijkt dat bezorgdheid de sterkste determinant is voor de toepassing. Personeel blijkt met name bezorgd in situaties waarbij men een geringe controle heeft over de risico's (Van der Kruk en Tesselaar, 1997). Uit angst voor besmetting blijken, al dan niet georganiseerd, extra voorzorgsmaatregelen genomen te worden. Dat blijken maatregelen die in principe overbodig zijn (paniekvoetbal) en geen relatie hebben met infectiepreventie (Van der Veen, 1998).

Attitude ten aanzien van het voorgeschreven gedrag

Van invloed op het opvolgen van de maatregelen is de persoonlijke overweging van de voor- en nadelen ervan en de verwachting dat het gedrag bijdraagt aan het doel, een vermindering van de kans op besmetting en infectie.

Uit onderzoek (Le Duc, 1989; Verstege, 1993; Van der Veen, 1998) blijkt dat preventie-maatregelen in de praktijk niet automatisch uitgevoerd worden; niet omdat men er geen voordelen van inziet maar omdat de maatregelen belastend of niet doeltreffend gevonden

worden. Vooral bij hectische situaties, hoge werkdruk en gecompliceerde handelingen worden preventiemaatregelen als belastend ervaren (Le Duc, 1989; Verstege, 1993; De Graaf, 1993). De effectiviteit van beschermende materialen, zoals handschoenen, ter voorkoming van een besmetting wordt betwijfeld (Wijna-Lemstra, 2000; Pronk, 2000).

Eigeneffectiviteitsverwachting

De ingeschatte eigeneffectiviteit (uitvoerbaarheid) is afhankelijk van reeds opgedane ervaring met het uitvoeren van de maatregelen en van de ervaren belemmeringen daarbij (hectiek, bereikbaarheid en beschikbaarheid van voorzieningen, Grol, e.a., 1994). Doelgroepen kunnen bijvoorbeeld de vaardigheden die nodig zijn voor het gedrag als moeilijk inschatten, of inschatten dat in bepaalde omstandigheden (hectiek, werkdruk, buiten kantooruren, gebrek aan voorzieningen) het gedrag moeilijk uitvoerbaar is. Het zelfvertrouwen dat men heeft over het kunnen uitvoeren van de maatregelen speelt eveneens een rol.

Sociale invloed

De opvattingen (normen en waarden) van voor de doelgroep relevante personen uit de werkomgeving (collega's, afdelingshoofden) kunnen van invloed zijn op het negeren of opvolgen van maatregelen. Uit onderzoek naar aspecten die het gebruik van protocollen beïnvloeden, blijkt dat het gebruik beïnvloed wordt door de druk die collega's en leidinggevenden uitoefenen om protocollen te gebruiken (Logister, 2000).

De opvattingen van personen uit de directe werkomgeving zouden bij twijfel over het nut van de maatregelen van doorslaggevend belang kunnen zijn. Uit eerder onderzoek (Van Gemert, 1999, 2000) blijkt dat twijfels vooral voorkomen bij maatregelen waar men geen direct persoonlijk nut van inziet (melden van accidenten, gebruik van handschoenen). Uit praktijkstudies naar toepassing van handhygiëne (Geratz en Tazelaar, 1985; Nijdam, 1996) blijkt dat personeel weinig gestimuleerd wordt door de directe werkomgeving en dat negatieve reacties van collega's leiden tot het achterwege laten van handhygiëne.

Stimulans vanuit de organisatie

Organisaties kunnen het opvolgen van de maatregelen stimuleren door te zorgen voor voldoende voorzieningen (tijd, geld, personeel, middelen), personeel de benodigde vaardigheden bij te brengen (opleiding, training) en adequate voorlichting te vertrekken. Om terugval van gedrag te voorkomen is feedback op gedrag en continuïteit in voorlichting en training gewenst (Grol e.a., 1994; Nauta en Bessems, 1998).

De in dit hoofdstuk besproken factoren dienen als basis voor de te ontwikkelen onderzoeksinstrumenten. De gebruikersfactoren dienen als basis voor het vragenlijstonderzoek naar het functioneren van de protocollen. De proces- en productfactoren dienen als basis voor de interviews over ontwerp, implementatie en evaluatie van de protocollen.

1.5 Opzet proefschrift

In dit hoofdstuk is de aanleiding, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek naar protocollen behandeld. Het onderzoek richt zich op het ontwerp, de implementatie en evaluatie van protocollen en op het functioneren van de protocollen in de praktijk. De protocollen die in het onderzoek centraal staan zijn voorbeelden van regelgestuurde com-

municatie: het protocol voor Accidenteel Bloedcontact en het *MRSA*-protocol. De relatie tussen wet- en regelgeving en de beide protocollen wordt uiteengezet.

Het onderzoek houdt een reconstructie van het ontwerp, de implementatie en evaluatie van de voornoemde protocollen in, daarnaast wordt een onderzoek onder de gebruikers uitgevoerd naar het functioneren van de protocollen. Het doel van het onderzoek is aanbevelingen te doen voor procesoptimalisatie (ontwerp, implementatie en evaluatie van regelgestuurde communicatie) en productoptimalisatie (vastlegging regelgeving in protocol of voorschrift).

In *hoofdstuk 2* wordt de onderzoeksopzet nader toegelicht. Het onderzoek is te typeren als een casestudie. In vijf ziekenhuizen is op identieke wijze het ontwerp- en implementatieproces van de beide typen protocollen beschreven en op identieke wijze een onderzoek uitgevoerd naar het functioneren van de protocollen. Het onderzoek naar het functioneren van de protocollen is aan de hand van vragenlijsten uitgevoerd om vast te stellen of de doelgroep bekend is met de protocollen en de vereiste preventie maatregelen, in staat en bereid is om de maatregelen toe te passen en of men in voldoende mate gestimuleerd wordt om de maatregelen te blijven uitvoeren. De bruikbaarheid van de protocollen als handelingsleidraad is vastgesteld aan de hand van een praktijktoets. Door middel van interviews wordt het ontwerp- en implementatieproces van beide protocollen gereconstrueerd. De opzet van de vragenlijsten, de praktijktoets en de interviews, en de dataverwerking worden in hoofdstuk 2 besproken.

In *hoofdstuk 3* worden de resultaten van het vragenlijstonderzoek en in *hoofdstuk 4* van het gebruiksonderzoek (de praktijktoets) besproken. In hoofdstuk 4 wordt op basis van de resultaten van zowel het vragenlijstonderzoek als de praktijktoets een conclusie getrokken over het functioneren van de beide protocollen.

Hoofdstuk 5 behandelt het beleid dat in de vijf ziekenhuizen gevoerd wordt voor instellingsbrede protocollen. Daarbij wordt ingegaan op het kwaliteitsbeleid, het infectiepreventiebeleid en de proces- en productafspraken die uit het protocolleringbeleid voortkomen. De bevindingen zijn gebaseerd op beleidsdocumentatie en op interviews met beleidsvertegenwoordigers. In *hoofdstuk 6* worden de onderzochte protocollen met elkaar vergeleken op inhoud en vorm. Er wordt een beschrijving gegeven van het totstandkomen, implementeren en evalueren van de protocollen. Aan de orde komen de organisatie van ontwerp, implementatie en evaluatie, de gevolgde aanpak om de protocollen af te stemmen op de onderscheiden doelen en doelgroepen en de daarbij ervaren problemen. In de samenvatting van hoofdstuk 5 wordt ingegaan op problemen die penvoerders, beleidsvertegenwoordigers en het lijnmanagement rapporteren met het protocolleringbeleid. In de conclusie van hoofdstuk 6 wordt de invloed van de gevolgde aanpak op het functioneren van de protocollen toegelicht.

In *hoofdstuk 7* worden conclusies getrokken over de resultaten van het onderzoek: bevordert of belemmert de gehanteerde aanpak het functioneren van de protocollen? De onderzoeksopzet en de methode van gegevens verzamelen worden in hoofdstuk 7 bediscussi-

eerd. Tenslotte volgen in hoofdstuk 7 aanbevelingen voor optimalisatie van proces en product en suggesties voor vervolgonderzoek naar regelgestuurde communicatie.

2

Onderzoeksopzet

“Researchers have reported that processes in organizations are better understood through investigation of qualitative comments because they have storytelling values and filled with emotions (...). Qualitative data enhance understanding of the organization by providing descriptive dialogue and unique points of view that disclose underlying employee schema used in making quantitative judgements. Therefore, an integration of quantitative and qualitative methods captures a broader view of the organization”. (Di Pofi, 2002)

“Health Care research includes many studies that combine quantitative and qualitative methods (...).The paradigms upon which the methods are based have a different view of reality and therefore a different view of the phenomenon under study (...) quantitative and qualitative methods cannot be combined for cross-validation of triangulation purposes. However, they can be combined for complementary purposes.(...).We rarely know the extent of disagreement between quantitative and qualitative results because that is not often reported”. (Sale, e.a., 2002)

In deze studie naar het totstandkomen en functioneren van protocollen wordt gebruik gemaakt van kwalitatieve en kwantitatieve methoden. Kwalitatief en kwantitatief onderzoek zijn beide van belang bij exploratief veldonderzoek om impressionisme te voorkomen en generalisaties naar vergelijkbare onderzoeksdomeinen mogelijk te maken (Miles en Huberman, 1994). De beide methoden worden waardevol geacht om een “breder” zicht te krijgen op processen die zich in een organisatie afspelen, zoals uit het eerste citaat blijkt. Toch zijn er kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van kwalitatieve en kwantitatieve resultaten. De resultaten leveren mogelijk een ander beeld op van de werkelijkheid. De twee methoden zijn hooguit uit complementaire overwegingen combineerbaar, zoals uit het tweede citaat blijkt. Waarin de resultaten verschillen of overeenkomen, blijkt vooralsnog weinig gerapporteerd.

In dit onderzoek worden beide methoden gebruikt vanuit het gezichtspunt dat kwalitatieve en kwantitatieve methoden elkaar op een interessante manier aanvullen. Via kwalitatief onderzoek is inzicht te krijgen in de strategieën die ontwerpers hanteren om de protocollen af te stemmen op de gebruikers ervan en via kwalitatief onderzoek kan een oordeel geveld worden over de protocollen. Dat oordeel heeft betrekking op de bereikbaarheid, de tekstuele begripelijkheid, de toepasbaarheid en acceptatie van de voorgeschreven maatre-

gelen. Het kwantitatieve onderzoek wordt gebruikt om op grotere schaal en op diverse aspecten uitspraken te kunnen doen over het functioneren van de protocollen. De overeenkomsten en verschillen in de verkregen resultaten worden in de studie geëxpliciteerd en besproken.

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven. In paragraaf 2.1. wordt het onderzoeksontwerp toegelicht en wordt de selectie van de vijf ziekenhuizen verantwoord. In de paragrafen 2.2, 2.3 en 2.4 van dit hoofdstuk wordt per onderzoeksmethode uiteengezet hoe de data in de vijf ziekenhuizen verzameld en verwerkt zijn.

2.1 Onderzoeksontwerp

Het onderzoeksontwerp is te omschrijven als een exploratieve case-study (Yin, 1994). Een case wordt gevormd door de ontwerp- en implementatiecontext van een protocol. In het onderzoek bestaat een case uit twee voorbeelden van protocollen (*MRSA*, Accidenteel Bloedcontact). Per case worden gegevens verzameld over de totstandkoming en het functioneren van de protocollen. De observatie richt zich op de actoren die betrokken zijn bij het ontwerp-, implementatie- en evaluatieproces en op de doelgroep van de protocollen:

- vertegenwoordigers van het protocolleringsbeleid (kwaliteitsfunctionarissen, leden van een protocollencommissie),
- penvoerders van de beide protocollen (ziekenhuishygiënist, arts microbioloog),
- degenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie van de protocollen (lijnmanagement),
- de gebruikers ofwel de doelgroep van de protocollen.

De vraagstelling van het onderzoek is op te vatten als een “hoe” vraag: hoe gaan professionals te werk om de protocollen op de doelen en doelgroepen af te stemmen, wat is de ratio achter de gehanteerde aanpak? Hoe functioneren de protocollen in de praktijk? Het object van onderzoek is een proces dat in een natuurlijke context bestudeerd wordt (het totstandkomen en functioneren); bovendien is het te onderzoeken proces niet gemanipuleerd zoals bij een experimenteel onderzoeksontwerp.

Er is om praktische redenen (zie hoofdstuk 1) gekozen voor een onderzoeksopzet waarbij eerst het functioneren van de protocollen op gebruikersniveau onderzocht wordt. Vervolgens wordt het ontwerp-, implementatie- en evaluatieproces via interviews met betrokken actoren beschreven. Het gebruikersgericht onderzoek geeft een indicatie van het succes van het functioneren van de protocollen. De procesbeschrijving geeft inzicht in de mate waarin de gehanteerde aanpak bijdraagt aan het succes of falen van het functioneren van de protocollen.

Het onderzoeksontwerp bestaat uit vijf cases die niet a-select getrokken zijn. De cases zijn geselecteerd aan de hand van kenmerken van de organisatiecontext (zie paragraaf 2.1.1.). Per case is dezelfde onderzoeksprocedure gevolgd om de vergelijkbaarheid van resultaten te bevorderen. Door middel van vragenlijsten zijn allereerst gegevens verzameld over het functioneren van de beide protocollen (zie paragraaf 2.2). Om een gedetailleerder beeld te verkrijgen van het functioneren van de protocollen zijn vervolgens praktijkscenario's (gebruiksonderzoek) voorgelegd aan een representatief deel van de respondenten van het vragenlijstonderzoek, zie paragraaf 2.3. Aan de hand van voorgeselecteerde onderwerpen

zijn tenslotte interviews afgenomen bij degenen die betrokken zijn bij de inhoudelijke vastlegging (penvoerders), bij degenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie (operationeel verantwoordelijken zoals het lijnmanagement) en bij degenen die verantwoordelijk zijn voor het beleid dat als norm dient voor de protocollen (kwaliteitsfunctio-narissen, leden protocollencommissie), zie paragraaf 2.4.

Het onderzoek naar het functioneren van de protocollen omvat vragenlijsten (133) en interviews op basis van de praktijkopdrachten van het gebruiksonderzoek (92). Het onder-zoek naar het ontwerp en de implementatie omvat in totaal 48 interviews. De vragenlijsten en interviews zijn zo evenredig mogelijk over de vijf cases verdeeld. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode van december 1999 tot en met juli 2000. Voorafgaand aan het onderzoek is de opzet van de vragenlijsten en de interviews van het gebruiksonderzoek gepretetst met experts en vertegenwoordigers van de doelgroep. De data zijn per case (in 1 ziekenhuis) in een aaneengesloten periode van ruim twee weken verzameld. In een van de vijf ziekenhuizen (Z5) is het ontwerpproces van één protocol (*MRSA*) langere tijd ge-volgd. Ten tijde van het onderzoek bleek het *MRSA*-protocol als gevolg van de vele inci-denten in revisie. Het revisieproces is in het onderzoek betrokken.

Uit oogpunt van de uitvoerbaarheid van de onderzoeksopzet is in overleg met de vijf zie-kenhuizen gekozen voor een korte aaneengesloten periode. Er is per case een contactper-soon aangewezen voor de organisatie van het onderzoek. De ziekenhuizen hebben mede-werking verleend in ruil voor rapportage over de onderzoeksbevindingen. Het kwalitatieve onderzoek is uitgevoerd door de onderzoeker, het kwantitatieve onderzoek is groten-deels uitgevoerd door de onderzoeker en deels (30%) met medewerking van twee getrain-de doctoraalstudenten van de opleiding Toegepaste Communicatiewetenschap (Universi-teit Twente).

Selectie ziekenhuizen

De vijf ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van:

- Bereidheid tot medewerking.
- Typering ziekenhuis.
- Regionale spreiding.

De medewerking is schriftelijk gevraagd aan de directie van de ziekenhuizen. Om de respons te vergroten is de opbrengst van het onderzoek benadrukt, de belasting van het totale onderzoek voor de organisatie in uren weergegeven en de totale onderzoeksopzet zo exact mogelijk beschreven. Op verzoek van de ziekenhuizen is een mondelinge toelichting verstrekt op de onderzoeksopzet. Vijf van de zes gevraagde ziekenhuizen hebben inge-stemd met het verzoek, het zesde ziekenhuis stemde toe maar de uitvoering bleek slechts mogelijk buiten de geplande onderzoeksperiode. Om verschillende redenen is besloten om het onderzoek te beperken tot algemene ziekenhuizen. Ten eerste om vergelijking tussen ziekenhuizen mogelijk te maken en zo de generaliseerbaarheid van de resultaten te bevorderen; er zijn veel meer algemene ziekenhuizen dan categorale of academische. Ten twee-de omdat in algemene ziekenhuizen de onderzoeksopzet beter uitvoerbaar is dan in aca-demische vanwege de kortere communicatielijnen. Uit oogpunt van generaliseerbaarheid van de resultaten zijn drie regio's (Noord-, Oost-, en Zuid-Nederland) geselecteerd die boven regionaal niveau geen overkoepelend overleg voeren over het infectiepreventiebe-

leid. Uit het vooronderzoek bleek dat per regio inhoudelijke afspraken gemaakt worden over het infectiepreventiebeleid. Deze afspraken vormen de basis voor de protocollen; op lokaal niveau vinden organisatorische aanpassingen plaats. Per regio zijn ziekenhuizen geselecteerd die wel gezamenlijke afspraken over het infectiepreventiebeleid gemaakt hebben, maar een eigen protocollenbeleid voeren. De spreiding van incidenten kan per regio verschillen. De beide ziekenhuizen uit regio Noord hebben mogelijk minder ervaring met *MRSA* dan de andere drie ziekenhuizen die als grensziekenhuizen te typeren zijn. Nederlandse ziekenhuizen voeren een stringenter *MRSA*-beleid dan onze buurlanden, de grensziekenhuizen hebben door hun locatie mogelijk meer te maken met de *MRSA*-problematiek.

De vijf ziekenhuizen zijn geanonimiseerd in de verslaggeving. De ziekenhuizen Z1 en Z2 zijn gelokaliseerd in regio Zuid-Nederland. Ziekenhuis Z1 heeft 458 bedden, ziekenhuis Z2 is kleiner van omvang met 297 bedden. De ziekenhuizen voeren een vergelijkbaar infectiepreventiebeleid en de protocollen zijn inhoudelijk op elkaar afgestemd. Ziekenhuis Z3 (304 bedden) en Z4 (372 bedden) zijn beide gesitueerd in Noord-Nederland. Deze ziekenhuizen voeren eveneens een gezamenlijk infectiepreventiebeleid, er zijn op regionaal niveau afspraken gemaakt om de protocollen inhoudelijk op elkaar af te stemmen. Ziekenhuis Z5 vertegenwoordigt Oost-Nederland (1070 bedden). Op regionaal niveau zijn met de omliggende ziekenhuizen afspraken gemaakt over infectiepreventie en protocolontwikkeling.

De beide infectiepreventieprotocollen zijn ziekenhuisbreed verspreid en bedoeld voor alle werknemers. Niet alle werknemers lopen echter even veel kans op een incident (bloedbloedcontact of een *MRSA*). Afdelingen waar personeel een verhoogde kans heeft op een incident (bloedbloedcontact, *MRSA*) zijn daarom in het onderzoek betrokken. Voor het onderzoek naar preventie van bloedbloedcontacten zijn de afdelingen Interne Geneeskunde, Operatie Kamer, Spoed Eisende Eerste Hulp (SEH), het Klinisch Chemisch Laboratorium en de Civiele Dienst (Huishouding) geselecteerd. De afdelingen Intensive Care, Chirurgie en Civiele Dienst (huishouding) zijn geselecteerd voor het *MRSA*-preventieonderzoek.

2.2 Functioneren van protocollen: vragenlijsten

In deze paragraaf worden de vragenlijsten die gebruikt zijn voor het onderzoek naar het functioneren van de protocollen toegelicht. In paragraaf 2.2.1 komen de opzet en het doel van het vragenlijstonderzoek aan de orde. De steekproeftrekking wordt behandeld in paragraaf 2.2.2 de afnameprocedure in paragraaf 2.2.3. Tenslotte wordt in paragraaf 2.2.4 de dataverwerking toegelicht.

2.2.1 Opzet vragenlijsten

In vijf ziekenhuizen zijn bij 133 respondenten gestandaardiseerde vragenlijsten afgenomen. In totaal zijn 63 vragenlijsten over de *MRSA*-maatregelen en 70 over de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact afgenomen. De beide vragenlijsten zijn aan een verschillende groep respondenten mondeling voorgelegd. Het doel van het vragenlijstonderzoek is om op een willekeurig moment bij een geselecteerd deel van de doelgroepen vast te stellen of de protocollen functioneren: zijn doelgroepen bekend met de protocollen en preven-

tiemaatregelen, in staat en bereid de maatregelen op te volgen en wordt men in voldoende mate gestimuleerd om de maatregelen uit te voeren. In alle vijf ziekenhuizen zijn zowel protocollen ter voorkoming van een accidenteel bloedcontact als *MRSA* in gebruik.

De resultaten van het vragenlijstonderzoek geven een indicatie van het succes van de afstemming van protocollen op de doelgroepen. Vertrouwen van respons kan door sociaal wenselijke antwoorden ontstaan. Vragen over gedrag dat een gewoonte is of mogelijk als morele verplichting beschouwd wordt, zouden in de hand kunnen werken dat respondenten gaan nadenken over dat gedrag. Een gevolg daarvan is dat men achteraf dat gedrag gaat rationaliseren of dat men probeert aan de ondervrager een consistent beeld van het gedrag te verschaffen (Ajzen en Fishbein, 1980; Brug, e.a., 2000). Dergelijke vertrouwen zijn nooit geheel te voorkomen. Bij de uitnodiging van de respondenten is nadrukkelijk vermeld dat het vragenlijstonderzoek niet op verzoek van het management plaats vindt, dat anonimiteit gegarandeerd is, dat meedoen op vrijwillige basis plaats vindt en dat het onderzoek uitgevoerd wordt in diverse ziekenhuizen en bedoeld is voor verbetering van protocollen. Rationalisatie van gerapporteerd gedrag wordt beïnvloed door het moment waarop de vragen voorgelegd worden (Ajzen en Fishbein, 1980). De items van de vragenlijst refereren aan situaties die in de praktijk grotendeels door respondenten ervaren zijn, voor de postaccidentmaatregelen geldt dat in mindere mate. De tijdsspanne tussen zelfrapportage en gedrag is wisselend. Sommige handelingen zijn mogelijk langere tijd geleden uitgevoerd, andere vrij recent.

Tabel 2.1 bevat een overzicht van variabelen en items van de beide vragenlijsten. De nummering van de items verwijst naar de vragenlijsten die in bijlage A en B zijn opgenomen. Bij de items is het meetniveau vermeld.

De variabelen zijn gebaseerd op determinanten van gedrag (zie hoofdstuk 1), de selectie van de items op de volgende uitgangspunten:

- Relevante thema's ter voorkoming van risico's.
- Betrekking hebbend op preaccident- en postaccidentmaatregelen.
- Herkenbaar voor diverse beroepsgroepen.
- Vergelijkbare items vragenlijsten Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*.

De *richtlijnen* van de Werkgroep Infectie Preventie¹, eerder onderzoek naar protocollen (Van Gemert, 1999, 2000) en een vergelijking van protocollen uit diverse ziekenhuizen dienen als bron voor de selectie van items. De *richtlijnen* van de Werkgroep Infectie Preventie blijken de basis van veel ziekenhuisprotocollen. De preventiemaatregelen bestaan uit maatregelen om incidenten te voorkomen en uit postaccidentmaatregelen ter voorkoming van besmetting met *HIV* of hepatitis en ter voorkoming van verdere verspreiding van *MRSA*. De items hebben zowel betrekking op preaccident- als postaccidentmaatregelen.

¹ De richtlijnen voor infectiepreventie van de Werkgroep Infectie Preventie, 1994 (no 35a), 1996 (no 36a), 1999 (no 1); het draaiboek Landelijk Coördinatiecentrum voor Infectieziektenbestrijding 1997; de Revised *MRSA* Infection Control Guidelines for Hospitals, 1998.

Tabel 2.1 Overzicht van variabelen en items van de vragenlijsten

Variabelen	Accidenteel Bloedcontact		MRSA	
	items	meetniveau	items	meetniveau
<i>Achtergrondgegevens respondenten</i>				
verdeling mannen, vrouwen	1-8	n	1-8	n
gemiddelde leeftijd				
gemiddelde werkervaring				
<i>Risicosituatie</i>				
confrontatie met risico	9-12	n	9-13	n
kansinschatting risico				
bezorgdheid over besmetting				
bescherming via vaccinatie				
<i>Bekendheid</i>				
bekendheid met protocol	13-15, 59	n	14-16, 60	n
bekendheid met maatregelen	17-30	n	18-33	n
bekendheid met risico's	16	n	17	n
<i>Gerapporteerd gedrag</i>				
raadplegen protocol	31	n	34	n
uitvoering van pre- en postaccidentmaatregelen	32-41	n	35-40	n
<i>Attitude maatregelen en protocol</i>				
beoordeling voor en nadelen maatregelen	42-51	o	41-50	o
oordeel over protocol (effect, eisen)	52-59	o	51-50	o
effectiviteit maatregelen	60-62	o	61-63	o
<i>Eigeneffectiviteit</i>				
inschatting uitvoerbaarheid maatregelen	63-73	o	64-67	o
<i>Sociale stimulans</i>				
inschatting opvolgen maatregelen directe werkomgeving	74-79	o	68-71	o
<i>Institutionele stimulans</i>				
voorbereiding op preventie	80-86	o	72-78	o
voorzieningen (materieel, immaterieel)	87-89	o	79-81	o
continuïteit in preventie	90-97	o	82-89	o
<i>Oordeel infectiepreventiebeleid</i>				
sterke en zwakke punten	98	ov	90	ov

¹ n = nominaal; o = ordinaal; ov = openvraag

De vragenlijsten worden in alle vijf ziekenhuizen aan een vertegenwoordiging van de doelgroep voorgelegd. Van belang voor de respons is dat de diverse beroepsgroepen zich herkennen in de geselecteerde items over de preventie maatregelen (Ajzen en Fishbein, 1980). Om te voorkomen dat respondenten geen mening kunnen geven over de voorgelegde items, is de herkenbaarheid vergroot door ook beroepsspecifieke vragen in de lijsten op te nemen.

Om uitspraken te kunnen doen over overeenkomsten en verschillen tussen de twee vormen van preventie maatregelen (MRSA, Accidenteel Bloedcontact) is waar mogelijk gestreefd naar een correspondentie tussen de items (en schalen) van beide vragenlijsten. Bijvoorbeeld, in beide vragenlijsten wordt gevraagd of men de kans op een accident tamed

lijk groot vindt. In de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact is het item toegesneden op het “oplopen van een prik-, snij- of spataccident”, in de *MRSA*-vragenlijst op het “opdoen van *MRSA*” (zie bijlage A en B). Vergelijking van de resultaten van beide vragenlijsten is slechts in beperkte mate mogelijk, omdat de vragenlijsten aan verschillende respondentengroepen zijn voorgelegd.

Er zijn voornamelijk gesloten vragen gebruikt. Ja/nee vragen zijn gebruikt voor de items over de onderwerpen: achtergrondgegevens respondenten, risicosituatie, kansinschatting, bezorgdheid, bekendheid met de preventiemaatregelen en toepassing van gedrag. Bij de overige items is gebruik gemaakt van een vijf puntsschaal. Er is gekozen voor een consequente volgorde van hoog (1) naar laag (5). Om verstoring van de respons te voorkomen is gestreefd naar zo weinig mogelijk variatie in schaaltypen.

De beide vragenlijsten zijn besproken met experts en uitgetest bij een aantal vertegenwoordigers van de doelgroepen (vragenlijst Accidenteel Bloedcontact, $n=10$; *MRSA*-vragenlijst, $n=6$). De respondenten die meegewerkt hebben aan de pretest van de vragenlijst zijn buiten de resultaatverwerking gehouden. Een punt dat naar voren kwam uit de pretest van de vragenlijsten is dat preventiemaatregelen door respondenten van belang worden geacht, maar bij bepaalde omstandigheden achterwege gelaten worden (als kans op risico gering is en bij hectiek). De *richtlijnen* voor infectiepreventie en veel protocollen benadrukken juist dat het vermijden van incidenten een routinehandeling moet worden. In een tweede versie zijn de vragen aangescherpt door toevoeging van woorden die het routinekarakter van maatregelen benadrukken (altijd, uitvoering ook bij hectiek), op die manier is na te gaan onder welke omstandigheden het gedrag wel of niet vertoond wordt (Ajzen en Fishbein, 1980). Bij een hertest leidde dat tot een grotere variëteit in de antwoorden op ordinale schalen.

De volgorde van de items is zodanig dat eerst de problematiek (risicosituatie en bezorgdheid) aan de orde komt en dan de maatregelen ter voorkoming van risico's. Deze volgorde komt overeen met de protocolstructuur en de structuur van de *richtlijnen* van de Werkgroep Infectie Preventie. Er is gestreefd naar een volgorde van algemene vragen over bekendheid met preventiemaatregelen naar specifiekere vragen over bepaalde onderdelen van de maatregelen (de vragen over attitude, effectiviteit maatregelen, eigeneffectiviteit en sociale stimulans). De vragen over de toepassing van gedrag vormen een moeilijke categorie, omdat ze gevoelig zijn voor sociaal wenselijke antwoorden. Bij de introductie van de vragenlijst is gewezen op het doel van het onderzoek en op waarborging van de anonimiteit. Nadrukkelijk is vermeld dat het onderzoek geen controle is van de handelwijze in de praktijk. De vragen over het gedrag zijn vermoedelijk deels een verwoording van reeds uitgevoerd gedrag en deels van gedragsintentie.

De vragen over de institutionele stimulans zijn als laatste onderdeel in de vragenlijsten opgenomen om een negatieve beïnvloeding vanwege mogelijke ergernis te vermijden. Uit eerder onderzoek (Van Gemert 1999, 2000) blijkt namelijk dat werknemers vooral ontevreden zijn over de voorlichting over de preventiemaatregelen en dat de voorzieningen om de maatregelen uit te kunnen voeren niet voldoende toereikend zijn. Afsluitend is een oordeel gevraagd over het infectiepreventiebeleid van het ziekenhuis. De gerapporteerde

sterke en zwakke punten vormen een aanvulling op de resultaten van het vragenlijstonderzoek.

2.2.2 Steekproeftrekking

De respondenten zijn geselecteerd op basis van werkzaamheden met een verhoogd risico. Bovendien dient de respondentengroep een zo breed mogelijke afspiegeling te zijn van de doelgroepen van de beide protocollen. De volgende selectiecriteria zijn gehanteerd voor het samenstellen van de respondentengroep:

- Risicogroep.
- Evenredige spreiding over beroepsgroepen.
- Evenredige spreiding over afdelingen.
- Geruime tijd werkzaam in het ziekenhuis.

Beroepsgroepen met een verhoogde kans op een incident (prikaccident, *MRSA*) zijn geselecteerd op basis van de indeling in de richtlijnen van de Werkgroep Infectie Preventie (*richtlijn Accidenteel Bloedcontact*) en op basis van literatuur over *MRSA*-incidenten. Het maximum aan variatie in beroepsgroepen is van doorslaggevend belang geacht dan de omvang van de steekproef.

Er is voor het onderzoek naar de preventie van Accidenteel Bloedcontact een keuze gemaakt voor respondenten die patiëntgebonden handelingen verrichten (verpleegkundigen, OK-assistenten, specialisten, arts(assistenten)) en respondenten die geen patiëntgebonden handelingen verrichten maar wel een verhoogde kans hebben op een incident (analisten, huishoudelijk personeel werkzaam op risicoafdelingen). Gestreefd is naar een selectie van huishoudelijk personeel dat werkzaam is op de geselecteerde afdelingen. In tabel 2.2 is de verdeling van de beroepsgroepen van de respondentengroep Accidenteel Bloedcontact over de vijf ziekenhuizen gepresenteerd.

De *MRSA*-vragenlijst is afgenomen bij beroepsgroepen die gezien hun werkzaamheden in contact kunnen komen met *MRSA*-patiënten. In het onderzoek is personeel betrokken van

Tabel 2.2 Beroepsgroepverdeling respondenten accidenteel bloedcontact in 5 ziekenhuizen (in aantallen; n=70)

Ziekenhuizen	Beroepsgroepen					Totaal
	Patiëntgebonden beroepsgroepen			Niet-patiëntgebonden beroepsgroepen		
	Verpleging ¹	OK-assistenten	Specialisten /arts-assistenten	Paramedisch	Niet-medisch	
1	4	3	2	3	2	14
2	3	2	3	3	2	13
3	3	2	3	3	3	14
4	3	2	3	3	3	14
5	2	6	2	3	2	15
Totaal	15	15	13	15	12	70

¹ De beroepsgroep verpleegkundig personeel en huishoudelijk personeel zijn als verpleging en huishouding in de tabellen weergegeven.

Tabel 2.3 Beroepsgroepverdeling respondenten MRSA-preventie in 5 ziekenhuizen (in aantallen; n=63)

Ziekenhuizen	Beroepsgroepen					Totaal
	Medisch personeel			Niet-medisch personeel		
	Uitvoerend personeel		Leidinggevend	Uitvoerend	Leidinggevend	
	Verpleging	Specialisten	Afdelingshoofden behandelafdeling	Huishouding	Afdelingshoofd Huish.Dienst	
1	5	2	1	1	2	11
2	6	2	1	2	1	12
3	4	2	2	2	1	11
4	5	2	3	2	1	13
5	7	2	2	3	2	16
Totaal	27	10	9	10	7	63

afdelingen die relatief vaker in aanraking komen met risicopatiënten (open wonden; intensive care-patiënten). De MRSA-preventiemaatregelen zijn bedoeld voor medisch en niet-medisch personeel; zowel uitvoerend als leidinggevend. In het onderzoek is daarom per ziekenhuis en per afdeling een selectie gemaakt van drie verpleegkundigen, een behandelaar, een afdelingshoofd en twee medewerkers van de huishoudelijke dienst (werkzaam op de geselecteerde behandelafdeling). In tabel 2.3 is de verdeling van de beroepsgroepen van de MRSA-respondentengroep over de vijf ziekenhuizen gepresenteerd.

Uit de tabellen 2.2 en 2.3 blijkt dat de beroepsgroepen redelijk gelijkmatig verspreid zijn over de vijf ziekenhuizen.

De verdeling van de respondenten over de in het onderzoek betrokken afdelingen is in de tabellen 2.4 en 2.5 gepresenteerd. Tabel 2.4 laat de verdeling zien van de respondenten van de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact over de afdelingen van de vijf ziekenhuizen; tabel 2.5 presenteert de verdeling van de respondenten van de MRSA-vragenlijst over de afdelingen.

In principe zijn die respondenten geselecteerd die ervaring hebben met het preventiebeleid dat in de ziekenhuizen gevoerd wordt. Dat betekent dat co-assistenten of leerlingverpleegkundigen niet betrokken worden in het onderzoek. Het onderzoek is in overleg met de ziekenhuizen uitgevoerd. Uit praktische overwegingen is per ziekenhuis gekozen voor een korte, onafgebroken tijdsperiode. De respondenten zijn aan de hand van vooraf vastgeleg-

Tabel 2.4 Verdeling respondenten accidenteel bloedcontact over de afdelingen (in aantallen; n=70)

Behandelafdeling	aantal	Respondenten accidenteel bloedcontact
Spoedeisende Eerste Hulp (SEH)	7	Verpleegkundigen, Arts-assistenten
Interne Geneeskunde	16	Verpleegkundigen, Internisten
Operatie Kamer	20	OK-assistenten, Snijdend specialisten
Klinisch Chemisch laboratorium	15	Analisten
Civiele Dienst	12	Huishoudelijke medewerkers
Totaal	70	

Tabel 2.5 Verdeling respondenten MRSA-preventie over de afdelingen (in aantallen; n=63)

<i>Behandelaafdeling</i>	<i>aantal</i>	<i>Respondenten MRSA-preventie</i>
Intensive care	22	Verpleegkundigen; Intensivisten
Chirurgie	22	Verpleegkundigen; Chirurgen
Neurologie ²	4	Verpleegkundigen
Civiele Dienst	15	Huishoudelijke medewerkers
Totaal	63	

de criteria door een contactpersoon per ziekenhuis geselecteerd. Daarnaast is voorkomen dat een respondent zowel betrokken is bij afname van de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact als bij de afname van de MRSA-vragenlijst. Omdat deelname aan het onderzoek op vrijwillige basis geschiedt, is niet te vermijden dat mogelijk de meest gemotiveerde respondenten aan het onderzoek meedoen.

2.2.3 Afnameprocedure vragenlijsten

Van de vragenlijsten is 70% door de onderzoeker afgenomen, de overige 30% door twee getrainde doctoraalstudenten. Alle vragenlijsten zijn in het ziekenhuis afgenomen en mondeling voorgelegd aan de respondenten. Aan de respondenten zijn exemplaren van de vragenlijst overhandigd om de beantwoording te vergemakkelijken. De scores zijn alleen door de enquêteur ingevuld. Ter introductie is aan respondenten het doel van het onderzoek vermeld en de rol van de respondenten in het onderzoek verduidelijkt. Bij de afname is door de enquêteur een korte toelichting per onderdeel van de vragenlijst verstrekt om de overgang tussen de diverse onderdelen soepel te laten verlopen. Bij elk onderdeel is herhaald dat als respondenten geen antwoord op de vraag kunnen geven, men dat kan aangeven door middel van “weet niet” (voor deze variant is gekozen om vluchtgedrag in neutrale scores op een 5-puntsschaal te omzeilen). Voor de afname is per vragenlijst 30 tot 45 minuten gepland.

2.2.4 Dataverwerking

Het onderzoek is exploratief van aard. Er zijn geen hypothesen opgesteld over te verwachten verschillen tussen beroepsgroepen of ziekenhuizen, er is tweezijdig getoetst. Het doel is na te gaan of er verschillen tussen de groepen en ziekenhuizen waarneembaar zijn. Er is sprake van een beperkt aantal waarnemingen en er worden weinig assumpties over de populatieparameters verondersteld (Den Boer, e.a., 1994). Er is wel sprake van een zekere rangordening (Nie et. al, 1975). Gezien de aard van de data en de doelstelling van het onderzoek is gekozen voor de non-parametrische Kruskal-Wallistest ($\alpha=.05$), (Siegel, 1956; Lehmann, 1975)³

Op grond van inhoudelijke overwegingen is niet gekozen voor een samenvoeging van groepen (Hays, 1973). Een uitzondering daarop is gemaakt voor de groep OK-assistenten

² MRSA-patiënten worden in een van de vijf ziekenhuizen verpleegd op de afdeling neurologie, daarom is deze afdeling geselecteerd.

³ Aan de toepassing van de Chi-kwadraattest is een voorwaarde gesteld dat minstens 20% een verwachte celfrequentie moet hebben die groter of gelijk 5 is (Baarda en de Goede, 2001). Uit Cochran (1954) en Everitt (1977, 1992) blijkt dat die norm arbitrair is en dat veel kleinere verwachtingen geen probleem waren. De in deze paragraaf genoemde overwegingen hebben uiteindelijk geleid tot de keuze van de Kruskal-Wallistest.

(samengevoegd met verpleegkundig personeel) en de voorwerkers of teamleiders van de huishoudelijke dienst (samengevoegd met huishoudelijk personeel). Gezien het betrekkelijk gering aantal respondenten per beroepsgroep is geen statistische verwerking toegepast van de respons binnen een groep, alhoewel de resultaten daartoe wel aanleiding zouden kunnen geven. Dat geldt met name voor de groep verpleegkundigen die bestaat uit vertegenwoordigers van de Operatiekamer, Intensive Care en verpleegafdelingen.

Om een algemeen beeld te krijgen van de antwoorden op de gestelde vragen, zijn per vragenlijst (Accidenteel Bloedcontact, *MRSA*) per item de totalen in percentages *per beroepsgroep* gepresenteerd. De gemiddelde score is gepresenteerd bij de items waarop respondenten op een vijf puntsschaal konden antwoorden. De items waarop beroepsgroepen significant van elkaar verschillen, zijn in de tabellen gemarkeerd met een *. Tegenstrijdige antwoorden of geen antwoorden zijn als *missing values* behandeld.

Voor de items waarvoor een significant verschil gevonden wordt, is nagegaan of de beroepsgroep die lijkt af te wijken van de andere beroepsgroepen, ook significant anders scoort. Hiervoor is de non-parametrische Mann-Whitneytest gebruikt ($\alpha=.05$), er is tweezijdig getoetst. In geval van significante verschillen zijn percentages ("scores mee eens; mee oneens") vermeld om de verschillen tussen beroepsgroepen te nuanceren. Afwijkende scores zijn in de tabellen in vet gemarkeerd⁴.

Het doel van het onderzoek is het opsporen van trends in de waargenomen verschillen. Is er een groep die op meerdere items scoort dan de andere beroepsgroepen? Door het beperkt aantal waarnemingen komen mogelijk niet alle significante verschillen tussen de groepen naar voren. De per item geconstateerde significante verschillen bieden aanknopingspunten voor verder onderzoek. De interpretatie van beroepsgroepverschillen zal uiteindelijk gebaseerd zijn op de resultaten van de vragenlijsten en de interviews tezamen.

De data *per ziekenhuis* zijn op vergelijkbare wijze verwerkt als bij de beroepsgroepen. Er is gebruik gemaakt van een non-parametrische toets, de Kruskal-Wallistest ($\alpha=.05$). Er is tweezijdig getoetst, er zijn geen hypothesen opgesteld over de te verwachten verschillen tussen ziekenhuizen. Voor de items waarvoor een significant verschil gevonden wordt, is nagegaan of het ziekenhuis dat van andere ziekenhuizen lijkt af te wijken, ook significant anders scoort. Hiervoor is de non-parametrische Mann-Whitneytest (tweezijdig getoetst) gebruikt ($\alpha=.05$).

2.3 Functioneren van protocollen: gebruiksonderzoek

Het tweede deel van het onderzoek naar het functioneren van protocollen omvat een beoordeling van de bruikbaarheid van de protocollen. Daarvoor is een aangepaste versie van de hardop-werkmethode gebruikt. Door middel van zo realistische mogelijke praktijkscenario's (hardop-zoektaken) is onderzocht of de protocollen succesvol afgestemd zijn op de praktijk. De afstemming op de praktijk is succesvol als gebruikers zelfstandig aan de hand van het protocol kunnen opzoeken en bepalen welke handelingen in welke situatie relevant zijn, als informatie in de protocollen toegankelijk, begrijpelijk en volledig is en als

⁴ Een overzicht van de scores van de Mann-Whitneytest is bij de onderzoeker beschikbaar.

instructies relevant, uitvoerbaar en acceptabel zijn. Het gebruiksonderzoek en de resultaten van het vragenlijstonderzoek (paragraaf 2.2) leveren gezamenlijk een gevarieerd beeld op van het functioneren van de onderzochte protocollen.

Er zijn in totaal 10 protocollen in het gebruiksonderzoek betrokken (vijf protocollen voor Accidenteel Bloedcontact en vijf *MRSA*-protocollen). Aanvankelijk was het de bedoeling om alleen protocollen te beoordelen die geaccordeerd zijn door de directie. In de praktijk bleek dat niet reëel. In vier van de vijf ziekenhuizen blijken protocollen die nog niet geaccordeerd zijn in de praktijk toch een officieus bestaansrecht te hebben. Dat geldt met name voor de protocollen Accidenteel Bloedcontact. Het ontbreken van overeenstemming over logistieke en organisatorische aanpassingen (opvang van accidenten) en over verantwoordelijkheden in de procedure (behandeling van accidenten) vertraagt de besluitvorming. De niet-officiële protocollen die in de praktijk wel als richtlijn voor de handelwijze dienen, zijn in het onderzoek betrokken in plaats van indertijd geaccordeerde maar niet meer in gebruik zijnde officiële protocollen.

De protocollen vertonen met name op regionaal niveau inhoudelijke overeenkomsten in de voorgeschreven preventiemaatregelen. Preventiemaatregelen zijn gebaseerd op landelijke richtlijnen voor infectiepreventie of op adviezen van de gezondheidsraad. Op lokaal niveau (regio en ziekenhuis) lopen de protocollen uiteen door verschillen in visie op infectiepreventie en door organisatorische variabelen (structuur, cultuur, organisatie). Juist de aanpassingen van protocollen aan de praktijksituatie is maatgevend voor de bruikbaarheid ervan.

In paragraaf 2.3.1 wordt de opzet van de hardop-zoektakensets beschreven, in paragraaf 2.3.2 wordt de selectie van proefpersonen verantwoord. In paragraaf 2.3.3 wordt de afnameprocedure van de takensets beschreven, in paragraaf 2.3.4 tenslotte wordt uiteengezet hoe de verzamelde data geanalyseerd zijn.

2.3.1 Opzet gebruiksonderzoek

Uit eerder onderzoek (Jansen en Steehouder, 1989; Schriver, 1989, 1995; Boren en Ramey, 2000) blijkt dat door middel van *hardop-werkonderzoek* bruikbare resultaten voor optimalisering van de kwaliteit van gebruiksdOCUMENTEN verkregen kan worden. De proefpersonen moeten aan de hand van de documenten hardopdenkend taken uitvoeren, de documenten dienen daarbij als informatiebron om de opdrachten correct uit te kunnen voeren. De opdrachten simuleren *werkelijke* gebruikssituaties van het document. Het hardop-werkonderzoek is gericht op het traceren van problemen die ontstaan tijdens de uitvoering van taken, zoals het doorwerken van een voorlichtingsfolder of het invullen van een formulier (Jansen en Steehouder, 1989). Het hardop-werkonderzoek onderscheidt zich van het traditioneel hardopdenkonderzoek (Ericsson en Simon, 1984, 1993) doordat het onderzoek niet in een laboratoriumsituatie wordt uitgevoerd, het primaire onderzoeksobject geen persoon maar een professioneel document is en de persoon, als representant van de doelgroep, een bewuste rol heeft in het testen van de bruikbaarheid van het document (zie Boren en Ramey, 2000).

De hardop-werkmethode heeft verschillende voordelen:

- De data kunnen synchroon aan het gebruiksproces verzameld worden. De data geven daardoor direct inzicht in de momenten waarop problemen ontstaan.
- De data geven een representatief beeld van de gebruikersproblemen (Jansen en Steehouder, 1989; De Jong en Schellens, 1997).
- Het verbaliseren blijkt de uitvoering enigszins te vertragen, maar er zijn geen aanwijzingen dat daardoor de taakuitvoering anders verloopt (Breuker e.a., 1986, Ericsson en Simon, 1984, 1993). Met andere woorden, de methode levert een redelijke betrouwbaar beeld op van het feitelijk gebruiksproces.

Een nadeel van de hardop-werkmethode is dat het verbaliseren, het hardopdenken tijdens de uitvoering van de taken, niet altijd spontaan verloopt. Eenvoudige taken, die automatisch verlopen, blijken niet tot verbaliseren te leiden (Boren en Ramey, 2000). Het verbaal repertoire van de proefpersonen schiet soms te kort om bepaalde gedachten te verwoorden die tijdens de taakuitvoering een rol spelen. Dat geldt vooral voor taken die specialistisch zijn of die een groot beroep doen op het werkgeheugen (Breuker e.a., 1986) en voor proefpersonen die weinig vertrouwd zijn met de taakuitvoering (Boren en Ramey, 2000). Proefpersonen die matig bekend zijn met de te testen documenten zijn het meest geschikt volgens Boren en Ramey (2000). Proefpersonen blijken soms ook vanuit de eigen situatie te "werken" en niet vanuit de taaksituatie (Jansen en Steehouder, 1989).

De in het onderzoek betrokken protocollen dienen de doelgroep (gebruikers) te ondersteunen in het nemen van de juiste maatregelen om een incident of accident te vermijden (preventie) en om ziekte als gevolg van besmetting te voorkomen (curatief). Daartoe bevatten de beide protocollen zowel procedurele als motiverende informatie. De procedurele informatie instrueert de gebruikers de juiste maatregelen te nemen, de motiverende informatie verklaart waarom de maatregelen relevant zijn voor gebruikers (zie hoofdstuk 1). De tekst (een protocol) dient als hulpmiddel voor probleemoplossing. De gebruikers van een protocol dienen in staat te zijn om de consequenties van de voorzorgsmaatregelen in de concrete eigen werksituatie te bepalen. Dat wil zeggen dat de tekst gebruikt wordt om op te zoeken welke handelingen nodig zijn om een zich voordoend praktijkprobleem op te lossen.

In het onderzoek naar het gebruik van protocollen wordt aan proefpersonen een praktijk-scenario (een probleem) voorgelegd waarbij gevraagd wordt of zij hardop-vertellend aan de hand van het protocol willen nagaan hoe zij moeten handelen als het gestelde probleem zich voordoet. Vervolgens is aan respondenten een oordeel gevraagd over de duidelijkheid en toepasbaarheid van de protocollen. Het *gebruiksonderzoek* onderscheidt zich in drie opzichten van het echte hardop-werkonderzoek:

1. De zoektaak is reëel maar de opgezochte maatregelen worden niet ter plekke uitgevoerd.
2. De zoektaak wordt gecombineerd met vragen die de respondent in een beoordelende rol plaatst.
3. De proefleider had een actieve inbreng.

De proefpersonen werken niet aan een oplossing van een probleem zoals bij het invullen van een formulier; de proefpersonen zoeken op wat ze zouden moeten doen als het probleem zich voordoet. Het onderzoek simuleert het *protocolgebruik in de praktijk*. Het voornoemde nadeel van het hardop-werkonderzoek dat proefpersonen soms vanuit de

eigen praktijk werken en niet vanuit de taaksituatie is in het gebruiksonderzoek verdisconteerd, omdat het gaat om teksten die reeds functioneren in een organisatie. De beoordelingsvragen dienen aanvullende informatie te verschaffen over de duidelijkheid, toepasbaarheid en acceptatie van de beide protocollen. De hardop-zoektaken geven inzicht in problemen die *ontstaan* tijdens het gebruik van de protocollen, de beoordelingsvragen geven een documentgericht oordeel over de toepasbaarheid van de protocollen. Aangezien de respondenten niet ter plekke de maatregelen uitvoeren, kan alleen op een indirecte manier inzicht verkregen worden in de toepasbaarheid van de maatregelen. Respondenten hebben met de voorzorgsmaatregelen hoogstwaarschijnlijk ervaring opgedaan omdat het reeds ingevoerde protocollen betreft. Tijdens de uitvoering van de taken heeft de onderzoeker (proefleider) een actievere inbreng gehad dan strikt genomen volgens de hardop-werkmethode toelaatbaar is. Uit Boren en Ramey (2000) blijkt dat bij het testen van de bruikbaarheid van documenten vaak afgeweken wordt van de strikte afnameprocedures (Ericsson en Simon, 1984) door onvoorziene of onbeheersbare omstandigheden ('for example the participant is stuck or the system crashes', 2000: 265). In die situaties is interventie gerechtvaardigd gezien het productbeoordelingsdoel (the usability practioner should re-affirm the participant's contribution', 2000: 274).

Door de proefleider is voorafgaand aan het onderzoek aan informanten duidelijk gemaakt wat verbalisatie inhoudt en dat het doel van het onderzoek is om na te gaan of het document bruikbaar is en op welke punten het verbeterd zou kunnen worden. Dus niet de persoon, maar het document is object van onderzoek. De uitgangssituatie waarbij proefleider en informant gezamenlijk aanwezig zijn in een ruimte beïnvloedt hoe dan ook de onderzoeksetting. De informant is in het onderzoek (in de lijn van de voorstellen van Boren en Ramey, 2000) beschouwd als een participant in het onderzoek naar optimaliseren van documenten. Uit oogpunt daarvan is een actievere positie ingenomen dan een hardop-werkonderzoek vereist. Op het moment dat informanten niet of nauwelijks verbaliseerden, vastliepen in de taakuitvoering of alleen hun eigen handelwijze in de praktijk ventileerden, is door de proefleider de taak herhaald en de rol van de informant als expertgebruiker benadrukt om het proces te continueren.

De hardop-zoektaken bestaan uit verschillende deeltaken die per onderdeel aan de informant voorgelegd zijn om het werkgeheugen niet te veel te belasten. In een instructie vooraf is de procedure uiteengezet en de rol van de informant in het onderzoek verduidelijkt. De instructie is herhaald als informanten hun denkwijze niet verbaliseren, vanuit hun eigen situatie te werk gaan of vastlopen tijdens de taakuitvoering. De informanten zijn vertegenwoordigers van de doelgroep en daardoor redelijk bekend met de in protocollen vastgelegde maatregelen.

De hardop-zoektakensets zijn door de onderzoeker samengesteld aan de hand van de volgende uitgangspunten: de taken moeten de praktijk van het protocolgebruik zo reëel mogelijk reflecteren, uitvoerbaar zijn binnen de onderzoeksetting en van toepassing zijn op alle vijf cases. Bij de opzet is gestreefd naar taken die verschillende facetten van de maatregelen (preventief, curatief en bij calamiteiten of complicaties) en verschillende handelwijze (routinematig, incidenteel) representeren. Voor beide protocoltypen zijn vergelijkbare takensets samengesteld waarbij een verdeling is gemaakt in taken die in ieder geval

door vertegenwoordigers van elke beroepsgroep uitgevoerd moeten worden en taken die kunnen variëren over de beroepsgroepen. Niet alle maatregelen zijn voor elke doelgroep bedoeld, sommige taken zijn dan ook beroepsspecifiek. De taken zijn op relevantie en uitvoerbaarheid getest bij een aantal medewerkers uit ziekenhuis Z5 die ook de vragenlijsten (paragraaf 2.2) gepretest hebben. Bijlage C bevat een overzicht van de taken.

Voor de beoordeling van de *protocollen voor Accidenteel Bloedbloedcontact* zijn de in tabel 2.6 gepresenteerde taken gebruikt. Per aard van de maatregel (preventief, curatief, onderhoud protocol) zijn een of meer onderwerpen geselecteerd voor de takensets. De onderwerpen representeren incidentele en routinehandelingen. De preventieve maatregelen zijn te beschouwen als routinehandelingen. De curatieve als incidenteel. Complicaties doen zich voor als na een accident niet (direct) na te gaan is van wie het bloed afkomstig is en/of als de bron mogelijk een risicopatiënt is. De onderhoudsmaatregel is van een andere orde dan de preventieve en curatieve maatregelen. Relevant voor het actueel houden van een protocol is dat de gebruikers ervan kritiek op de voorgestelde maatregelen kenbaar kunnen maken.

Proefpersonen krijgen een probleemsituatie en een taak voorgelegd. Vervolgens wordt gevraagd om hardop te vertellen hoe zij volgens het protocol moeten handelen als het voorgelegde probleem zich voordoet. Het zoekgedrag houdt het opzoeken van informatie in om te bepalen wat de risico's zijn (taak 1 en 3) en welke vervolgstappen na een accident uitgevoerd moeten worden (taak 4). Bij de taken 6 en 7 dient onder meer aan de hand van schema's of tabellen vastgesteld te worden welke acties nodig zijn. Bij de taken 2, 5 en 8 moeten informanten opzoeken hoe de procedure uitgevoerd dient te worden. Voor taak 5 moet soms een formulier ingevuld worden. Onderstaand voorbeeld dient ter illustratie van enkele hardop-zoektaken en beoordelingsvragen:

Taak 5 Melden van een accident (curatief)

- U heeft een prikaccident gehad. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertel-

Tabel 2.6 Takensets voor de beoordeling van de protocollen accidenteel bloedcontact

<i>Taken</i>	<i>Maatregelen</i>	<i>Aard</i>
1	aan de hand van de situatieschets bepalen wat de mogelijke risicofactoren zijn voor een prik-, snij-, of spataccident	preventief
2	procedure bepalen voor het reinigen en desinfecteren van de verwonding	curatief
3	vaststellen of sprake is van een risicosituatie	
4	vaststellen welke vervolgacties nodig zijn	
5	procedure melden van een accident uitvoeren	
6	*de ernst van het risico na een accident vaststellen; bepalen welke vervolgacties nodig zijn	<i>beroepsgebonden</i>
7a	*bepalen welke vervolgacties nodig zijn als niet bekend is wie de bron van het bloedcontact is	complicaties
7b	*bepalen welke vervolgacties nodig zijn als vermoed wordt dat HIV in het spel is	
8	procedure bepalen voor het indienen van een wijzigingsvoorstel van een protocol	onderhoud protocol

*niet aan vertegenwoordigers van elke beroepsgroep voorgelegd

len hoe u het accident meldt.

- Maakt het protocol u duidelijk waarom, wanneer, hoe u een prikaccident dient te melden en wat er met de meldingen gebeurt? (*beoordeling op duidelijkheid*)
- Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties (snel) uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld? (*beoordeling op uitvoerbaarheid, aanvaardbaarheid*)

Taken 7a, 7b Complicatietaken

- U prikt zich aan een naald die uit een overvolle container steekt, de bron blijkt onbekend. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u in dat geval moet doen?
- Zijn er voor u belemmeringen om alle acties uit te voeren? Zijn daar in het protocol oplossingen voor geregeld? (*beoordeling uitvoerbaarheid, aanvaardbaarheid*)

De *MRSA*-preventiemaatregelen zijn voornamelijk preventief. Curatief zijn de maatregelen die personeel moet toepassen als het zelf besmet is. De preventieve maatregelen zijn deels als routinehandelingen (basis handhygiëne, het herkennen van besmettingsbronnen, identificeren van risicopatiënten) te kenmerken en deels als incidentele handelingen (isotiemaatregelen, calamiteitenmaatregelen). Tabel 2.7 bevat een overzicht van de taken-sets die gebruikt zijn om de *protocollen voor MRSA* te onderzoeken.

Tabel 2.7 Takensets voor de beoordeling van de protocollen MRSA

<i>Taken</i>	<i>Maatregelen</i>	<i>Aard</i>
1	nagaan hoe overdracht van <i>MRSA</i> plaats kan vinden	preventief
2	bepalen welke handelingen nodig zijn om bij isolatie verdere verspreiding van <i>MRSA</i> te voorkomen	
3	bepalen hoe men om moet gaan met patiëntenmateriaal (gebruikte apparatuur, instrumenten linnengoed, serviesgoed)	
4	bepalen welke contactbeperkingen voor personeel gelden bij behandeling of verzorging van een <i>MRSA</i> -positieve patiënt	
5	*bepalen welk kweekbeleid gevolgd moet worden voor personeel dat <i>MRSA</i> -positieve patiënten behandelt	
6a	*procedure bepalen voor het schoonmaken van een isolatieruimte	<i>beroepsgebonden</i>
6b	*vervoerscondities nagaan voor het transport van een <i>MRSA</i> patiënt	
7	bepalen welke condities er gelden na onbeschermd contact met een <i>MRSA</i> -patiënt	calamiteiten
8a	*bepalen hoe bij onverwachte uitbraak signalering en melding van <i>MRSA</i> dient te verlopen	<i>beroepsgebonden</i>
8b	*bepalen welke taken en verantwoordelijkheden men heeft bij onverwachte uitbraak van <i>MRSA</i>	
9	bepalen welke handelingen nodig zijn als men zelf <i>MRSA</i> -positief is	curatief
10	procedure bepalen voor het indienen van een wijzigingsvoorstel van een protocol	onderhoud protocol

*niet aan vertegenwoordigers van elke beroepsgroep voorgelegd

De preventietaken omvatten handelingen om *MRSA* buiten het ziekenhuis te houden (taak 1, voorkomen van overdracht) en handelingen om verdere verspreiding in het ziekenhuis te voorkomen als een *MRSA*-positieve patiënt is opgenomen (taken 2 tot en met 6, isolatiemaatregelen). De isolatiemaatregelen zijn deels beroepsspecifiek. Calamiteiten doen zich voor als personeel onbeschermd contact heeft gehad met een *MRSA*-patiënt (taak 7) of als onverwacht *MRSA* uitgebroken is (taak 8). Bij een onverwachte *MRSA*-uitbraak is coördinatie van informatieoverdracht en eenduidigheid in de handelwijze relevant. De beroepsgebonden taken bij onverwachte *MRSA*-uitbraak zijn bedoeld voor het management dat bij een calamiteit verantwoordelijk is voor een juiste aansturing van acties. De curatieve taak (taak 9) omvat de handelingen die nodig zijn als personeel *MRSA*-positief is.

De taken houden in dat proefpersonen in het protocol moeten opzoeken hoe overdracht van *MRSA* plaats vindt (taak 1) en hoe bij isolatie van een *MRSA*-patiënt gehandeld moet worden om verdere verspreiding te voorkomen (taken 2, 3, 6). Bij de taken 4, 5, 7 en 9 dienen proefpersonen uit het protocol op te maken welke condities er gesteld worden aan personeel dat *MRSA*-patiënten verzorgt of behandelt, bij onbeschermd contact met een *MRSA*-patiënt of als personeel zelf *MRSA*-positief is. Taak 8 houdt in dat opgezocht moet worden wie men moet informeren bij een onverwachte *MRSA*-uitbraak (taak 8a) en welke taken en verantwoordelijkheden men heeft bij een dergelijke calamiteit (taak 8b).

2.3.2 Selectie van informanten

De informanten zijn geselecteerd uit de groep respondenten bij wie de vragenlijsten afgenomen zijn (zie paragraaf 2.2.2). Een deel van de proefpersonen is dus tweemaal in het onderzoek betrokken, eenmaal is een vragenlijst afgenomen en eenmaal is een protocolbeoordeling (hardop-zoektaken) uitgevoerd.

De criteria voor selectie van informanten zijn:

- Evenredige verdeling van informanten over de vijf cases.
- Elke doelgroep betrokken in de protocolbeoordeling.
- Minimaal een informant per beroepsgroep.
- Bereidheid tot medewerking aan beide onderdelen (vragenlijst en hardop-zoektaken).
- Beschikbaar gedurende de onderzoeksperiode.

Getracht is om per case een vergelijkbaar aantal informanten in de protocolbeoordeling te betrekken. Elke doelgroep (medisch en niet-medisch) dient in de protocolbeoordeling vertegenwoordigd te zijn. Voor de beoordeling van de protocollen Accidenteel Bloedcontact betekent dit dat per case informanten geselecteerd moeten worden die onderstaande beroepsgroepen vertegenwoordigen.

- Verpleegkundige (behandelafdeling of eerste hulp).
- Snijdend specialist.
- Internist (behandelaar calamiteiten).
- Arts-assistent (opvang eerste hulp, meldpunt accidenten).
- Laborant (afname bloed bij patiënten, bewerking van bloed).
- Huishoudelijke medewerker (werkzaam op risicoafdeling).

De informanten zijn, conform de respondentengroep, afkomstig van de afdelingen Interne Geneeskunde, Operatie Kamer, Klinisch Chemisch Laboratorium, Huishoudelijke Dienst (zie paragraaf 2.1.1). Voor de beoordeling van de *MRSA*-protocollen dienen per case de volgende beroepsgroepen vertegenwoordigd te zijn:

- Verpleegkundige (werkzaam op de afdeling Intensive Care of Chirurgie).
- Afdelingshoofd (werkzaam op de afdeling Intensive Care of Chirurgie, Huishoudelijke Dienst).
- Intensivist (Anesthesioloog of Internist).
- Specialist (Chirurg).
- Huishoudelijk medewerker werkzaam op afdeling Intensive Care of Chirurgie.

De beroepsgroepen hebben een rol in de *MRSA*-procedure als hoofdbehandelaar van de patiënt (chirurg), als coördinator van de Intensive Care (een risicoafdeling), als afdelinghoofd van een behandelafdeling (Chirurgie is een risicoafdeling) of Huishoudelijke Dienst, als uitvoerend werknemer (verpleegkundige, huishoudelijk werknemer). In tabel 2.8 is per protocol de verdeling van informanten over de vijf ziekenhuizen gepresenteerd.

In totaal hebben 92 informanten van de 133 respondenten (69%) aan het gebruiksonderzoek meegedaan. De bereidheid om mee te doen was groter dan verwacht. Door de aangesloten onderzoeksperiode (twee weken per ziekenhuis) was het gemakkelijker om informanten ook tijdens minder drukke uren (avonduren) in te schakelen.

Uit tabel 2.8 blijkt dat per ziekenhuis en per type protocol de verdeling van informanten redelijk overeenkomt. De verschillen in aantallen zijn terug te voeren op veranderingen in de organisatie ten tijde van het onderzoek zoals protocolaanpassingen (Z1, Z2) en *MRSA*-uitbraak (Z5). De ontwikkelingen zijn met het oog op optimalisering van protocollen relevant, daarom zijn in voornoemde situaties naar verhouding meer informanten in het onderzoek betrokken.

De informanten zijn schriftelijk uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek, daarbij is nadrukkelijk gewezen op de anonimiteit van de deelnemers aan het onderzoek. De con-

Tabel 2.8 Verdeling informanten over protocol, beroepsgroep en ziekenhuis (in aantallen)

Ziekenhuizen	Protocollen	Specialisten; arts-assistenten	Verpleging	Analisten	Huishouding	totaal
Z1	ABC ¹	2	5	2	1	10
	<i>MRSA</i>	2	4	nvt	3	9
Z2	ABC	3	2	2	2	9
	<i>MRSA</i>	2	6	nvt	3	11
Z3	ABC	3	2	2	1	8
	<i>MRSA</i>	2	3	nvt	3	8
Z4	ABC	3	2	1	1	7
	<i>MRSA</i>	3	4	nvt	2	9
Z5	ABC	3	2	1	2	8
	<i>MRSA</i>	3	6	nvt	4	13
Totaal		26	36	8	22	92

¹ABC is protocol Accidenteel Bloedcontact

tactpersonen hebben de planning van de uitvoering van het gebruiksonderzoek verder afgehandeld.

2.3.3 Afnameprocedure hardop-zoektaken

Ter inleiding zijn eerst vragen over de implementatie van het protocol gesteld. Daarbij is nagegaan of de overhandigde protocollen door de informant als normgevend beschouwd worden. Indien dat niet het geval is, is toch het protocol dat door de penvoerders als (officiële of officieuze) richtlijn beschouwd wordt als onderzoeksobject gehanteerd. De protocollen zijn aan de informanten overhandigd om de hardop-zoektaken uit te kunnen voeren. Vervolgens is in een korte instructie aangegeven dat het de bedoeling is dat de taken aan de hand van het protocol uitgevoerd worden waarbij elke gedachte die naar boven komt hardop verwoord wordt. De rol van de informant in het optimaliseren van de protocollen is toegelicht.

De taken en deeltaken zijn mondeling aan de informanten verstrekt en herhaald als informanten nadere instructie nodig hadden. Als informanten moeite hebben om aan de hand van het protocol hardop vertellend een taak uit te voeren, is door de proefleider herhaald wat de bedoeling is en opnieuw uitgelegd wat van informanten verwacht wordt. Vervolgens is beoordeeld of de informant met hulp de taak succesvol uitvoert. De beoordelvingsvragen zijn steeds na de taakuitvoering voorgelegd. Per informant was minimaal 30 en maximaal 60 minuten beschikbaar. Gestreefd is naar een opzet met een evenredige verdeling van taken over beroepsgroepen. De hardop-zoektaken zijn door de onderzoeker zelf aan de informanten voorgelegd, de uitvoering is op audioband opgenomen.

2.3.4 Analyse interviews gebruiksonderzoek

De interviews van het gebruiksonderzoek zijn per informant volledig uitgeschreven. De voorgelegde taken zijn per protocoltype gerubriceerd in succesvol en niet succesvol uitgevoerde opdrachten. Succesvol betekent dat informanten in staat zijn om de voorgelegde opdrachten conform protocol uit te voeren. Vervolgens is geanalyseerd bij welke taken zich vooral problemen voordoen en wat de verdeling van problemen is over de beide protocolsoorten en de beroepsgroepen.

Het doel van de analyse is een gedetailleerde beschrijving te geven van de door de gebruikers ondervonden en gesignaleerde problemen, en een indicatie te geven van de omvang van problemen die zich voordoen. Het accent ligt in de beschrijving op het in beeld brengen van de diversiteit in de problematiek. Er wordt alleen een globale indicatie gegeven van de omvang van de problematiek; genoemd wordt het percentage informanten bij wie zich een probleem voordoet. De omvang van problemen per informant is niet vermeld. Verklaringen van problemen kunnen afgeleid worden uit de door de informant geuite opmerkingen en gerelateerd worden aan de protocolkenmerken (inhoud, vormgeving).

Problemen komen in beeld tijdens de uitvoering van de taken. De beschrijving van die problemen is onderverdeeld in contactproblemen, tekstgerelateerde problemen en toepassings- en acceptatieproblemen. Tabel 2.9 presenteert een overzicht van de probleemcategorieën. Van een probleem is sprake als gebruikers de voorgelegde taken niet zelfstandig kunnen uitvoeren of als ze te kennen geven in de praktijk afwijkend te handelen.

Tabel 2.9 Analyse van de protocolproblemen

<i>Contactproblemen</i>	
niet op hoogte van protocol	informant weet niet dat voor de infectieproblematiek een protocol bestaat
onbekend met vindplaats protocol	informant weet niet waar het protocol te vinden is
rekent zichzelf niet tot doelgroep	informant denkt dat het protocol niet voor hem bedoeld is
<i>Tekstgerelateerde problemen</i>	
opzoekproblemen	informant kan de benodigde gegevens voor adequaat handelen niet in de tekst traceren
begripsproblemen	informant begrijpt de informatie niet
volledigheidsproblemen	informatie is voor de informant ontoereikend om de taak correct uit te voeren
herkenningsproblemen	informant kan de informatie niet transponeren naar de eigen beroepspraktijk
<i>Toepassingsproblemen</i>	
actualiteitsproblemen	de informatie in het protocol strookt volgens de informant niet (meer) met de huidige praktijk
logistieke en organisatorische belemmeringen	informant schat in dat de uitvoering niet mogelijk is door belemmeringen van logistieke of organisatorische aard
fysieke of emotionele belemmeringen	informant vindt dat de uitvoering fysiek of emotioneel belastend is
<i>Acceptatieproblemen</i>	
twijfels over maatregelen	het nut, de effectiviteit, rechtvaardigheid van de maatregel wordt door de informant betwijfeld
twijfels over personeel (expertise, inzet)	informant aanvaardt de deskundigheid van in de procedure betrokken functionarissen niet
afwijzingen van verantwoordelijkheid, verplichtingen	informant aanvaardt de toekenning van verantwoordelijkheden in de procedure of de regelgeving niet

Collega-onderzoekers die vertrouwd zijn met het onderzoeksveld hebben interviewfragmenten geanalyseerd aan de hand van het concept analyseschema. De resultaten (problembenoeming en labeling subproblemen) zijn vervolgens vergeleken op overeenkomsten in interpretatie van de data. Op grond van deze controle is het analyseschema besproken en bijgesteld. In een tweede ronde is door drie collega's het bijgestelde schema uitgetest.

De data van de interviews zijn aan de hand van het gepresenteerde schema op vergelijkbare wijze geanalyseerd, op die manier wordt de generaliseerbaarheid bevorderd. Allereerst is een totaalanalyse (over de vijf cases) uitgevoerd om de samenhang tussen problematiek en probleemhebbers (medisch en niet-medische beroepsgroepen). Er is geen analyse uitgevoerd op het niveau van één afzonderlijk ziekenhuis of één afzonderlijk ziekenhuisprotocol.

2.4 Ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen: interviews

Bij het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van de protocollen zijn verschillende actoren met verschillende belangen betrokken: functionarissen die zorg dragen voor de kwaliteit van de protocollen, penvoerders die verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de

protocollen en operationeel verantwoordelijken die belast zijn met de implementatie van de protocollen. De interviews zijn afgenomen bij functionarissen die voornoemde rollen in het proces van het ontwerp, de implementatie en de evaluatie vervullen. Door middel van interviews wordt getracht inzicht te verkrijgen in de methoden die professionals (de betrokken actoren) gebruiken om de protocollen af te stemmen op doelen en doelgroepen.

In paragraaf 2.4.1 wordt de opzet van de interviews beschreven, in paragraaf 2.4.2 wordt de selectie van informanten toegelicht. In de daarop volgende paragrafen worden de procedure van afname van de interviews (2.4.3) en de data-analyse behandeld (2.4.4).

2.4.1 Opzet interviews

Er is gekozen voor gedeeltelijk gestructureerde interviews (Baarda, 1997) om het proces van totstandkoming en implementatie te reconstrueren. Over een aantal onderwerpen zijn interviews afgenomen aan de hand van een standaardvragenlijst. Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek zijn open vragen gebruikt om voldoende ruimte te laten voor exploratie (Bijlage D bevat het interviewschema). Aan open vragen zijn vervolgvragen toegevoegd om na te gaan of actoren bepaalde activiteiten uitgevoerd of gepland hebben. De vervolgvragen dienen voor de informanten als stimulans om zich te herinneren wat zij gedaan hebben om de protocollen af te stemmen op de praktijk. Professionals gaan te werk vanuit hun ervaring; de beslissingen die zij nemen om de informatie af te stemmen op de beoogde doelen of doelgroepen zijn soms zo routinematig geworden dat via confrontatie met uitgevoerde activiteiten of gerealiseerde (tussen)producten pas inzichtelijk wordt hoe zij te werk zijn gegaan (Van der Geest en van Gemert, 1997).

Nadelen van een interviewmethode zijn, volgens Wester (1987), Yin (1994) en Baarda (1997):

- Manipulatie bij afname van de vragen. De interviewer stuurt al dan niet bewust het vragenproces. De respons is niet betrouwbaar.
- Inadequate respons door onvolledige, onjuiste reacties. Door een weglateffect kan vertekening in resultaten optreden.
- Reflexiviteit, de geïnterviewde geeft dat wat de interviewer graag wil horen. De respons laat een eenzijdig beeld zien.

Bij een reconstructie via gedeeltelijk gestructureerde interviews kan een verschil optreden tussen het referentiekader van de onderzoeker en dat van de informanten (Wester, 1987). Een te rationele aanpak van processen die in de praktijk routinematig verlopen, zou de respons kunnen belemmeren of vertekenen. In de interviews is dat ondervangen door eerst vragen te stellen over de achtergrond en de bedoeling van de protocollen en wat de betekenis ervan is voor de toekomstige gebruikers. Vervolgens is specifieker aan de hand van de respons ingegaan op de gerealiseerde producten en op de ratio achter de beslissingen.

Een reconstructie van een ontwerpproces kan via interviews redelijk goed beschreven worden (Kleimann 1989; Spilka 1993). De beschrijving van ontwerpprocessen die lang geleden hebben plaats gevonden, is echter moeizaam omdat informanten geen duidelijk inzicht meer hebben in hun aanpak, documentatie over het proces ontbreekt en betrokkenen soms niet meer beschikbaar zijn in de organisatie. Het protocol Accidenteel Bloedcontact is vaak jaren geleden voor het eerst opgesteld, maar door allerlei ontwikkelingen

in behandel mogelijkheden en door regelgeving van de overheid steeds vernieuwd of bijgesteld. Het *MRSA*-protocol is van recentere datum dan het protocol Accidenteel Bloedcontact, maar ook dat protocol wordt op basis van verkregen inzichten steeds bijgesteld. Een reconstructie van het ontwerp van protocollen is dan ook te beschouwen als een reconstructie van herontwerpprocessen.

De genoemde nadelen zijn zo veel mogelijk ondervangen door de interviews af te nemen na het onderzoek naar het functioneren van de protocollen en door de interviewvragen te relateren aan geproduceerde documenten. Voorafgaand aan de interviews is documentatie over het proces (onder meer voorafgaande producten, afgeleide producten, conceptontwerp, notulen) en beleid (onder meer beleidsvoorstellen en jaarverslag kwaliteitsbeleid, beleidsvoorstel en jaarverslag infectiepreventie) doorgenomen om de interviewvragen nader te specificeren. Documenten (proces, beleid) zijn als hulpmiddelen gebruikt tijdens de interviews om aanvullende informatie te verkrijgen over genomen beslissingen (inhoud en vorm). Bijlage E bevat een overzicht van de geraadpleegde documenten.

Er is per case een identieke interviewopzet gehanteerd: interviewonderwerpen voor alle actoren en specifieke onderwerpen per actor. Tabel 2.10 bevat een overzicht van de verdeling van interviewonderwerpen over de actoren.

2.4.2 Selectie van informanten

De informanten zijn geselecteerd op grond van hun betrokkenheid in het proces:

- Degenen die zorg dragen voor de afstemming van protocollen op het gevoerde kwaliteitsbeleid (kwaliteitsfunctionarissen, leden protocollencommissie).
- Degenen die verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit (inhoud, onderhoud) van de protocollen (penvoerders).

Tabel 2.10 Verdeling interviewonderwerpen over de in het onderzoek betrokken actoren

<i>Interviewonderwerp</i>	<i>Voorgelegd aan alle actoren</i>	<i>Voorgelegd op basis van rol in proces</i>
Beleid	aansturing beleidsontwikkeling (proces/product)afspraken protocollen: ontwerp, implementatie, evaluatie; beheer, onderhoud	<i>beleidsvertegenwoordigers</i> integratie infectiepreventiebeleid in het kwaliteitsbeleid
Ontwerp	globaal procesverloop (initiatief, beoordeling, goedkeuring) productverwachtingen: doel, doelgroep, gebruik	<i>penvoerders</i> organisatie ontwerpproces: setting, tijdsbesteding, tijdsbestek, ondersteuning (tijd, middelen, instructie) anticipatie op doelen, doelgroepen en gebruik (hoe en waarom)
Implementatie	bekendmaking van protocollen stimulans naleving protocollen	<i>actoren betrokken bij implementatie</i> organisatie implementatie (taken, verantwoordelijkheden) uitvoering implementatie (hoe en waarom)
Evaluatie	evaluatieprocedure	<i>actoren betrokken bij evaluatie</i> organisatie evaluatie; uitvoering evaluatie (methode, instrumenten)
Problemen	ervaren problemen (beleid, ontwerp, implementatie, evaluatie)	

- Degenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie en evaluatie van de protocollen (lijnmanagement, penvoerders).

In tabel 2.11 is per rol in het proces de verdeling van geselecteerde informanten over de cases weergegeven.

De informanten zijn in eerste instantie door de onderzoeker geselecteerd aan de hand van beleidsdocumenten (jaarverslagen, jaarplannen). De selectie is vervolgens in samenspraak met de contactpersonen bijgesteld.

2.4.3 Afnameprocedure interviews

Ter voorbereiding op de interviews zijn beleidsdocumenten en procesverslagen verzameld en doorgenomen (zie bijlage E). De documenten zijn verzameld tijdens het eerste bezoek aan de organisatie en gedurende de periode waarin de uitvoering van het vragenlijst- en het gebruiksonderzoek plaats vond. Er zijn per case vergelijkbare documenten verzameld.

Er zijn 48 interviews (van minimaal een uur) afgenomen verdeeld over vijf cases. Alle interviews zijn door de onderzoeker afgenomen aan de hand van twee vragenlijsten, een standaardlijst voor alle actoren (kwaliteitsfunctionarissen, leden protocollencommissie, penvoerders, lijnmanagement) en een actorspecifieke vragenlijst gericht op de bijdrage aan het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van de protocollen (zie bijlage D).

De informanten zijn schriftelijk op de hoogte gesteld van het protocollenonderzoek en hun rol daarin. Vooraf aan de interviews heeft een korte instructie plaatsgevonden over de afnameprocedure. De documenten (protocollen, concepten, brondocumenten) zijn aan de informant overhandigd, de vragen zijn vervolgens aan de hand van deze producten gesteld. Fragmenten uit beleidsdocumenten zijn aan de informanten voorgelegd ter verklaring van genomen beslissingen.

Tabel 2.11 Verdeling van informanten over vijf cases (n=48)

<i>Case</i>	<i>Beleid protocolleren</i> (n=12)	<i>Ontwerp, implementatie, evaluatie</i> (n=13)	<i>Implementatie, evaluatie</i> (n=23)
Z1	kwaliteitsfunctionaris voorzitter protocollen commissie	artsmicrobioloog ziekenhuishygiënist	afdelingsleiders (4)
Z2	kwaliteitsfunctionaris (zorgcluster) leden van de protocollen- commissie (2)	artsmicrobioloog ziekenhuishygiënist	afdelingsleiders (4)
Z3	kwaliteitsfunctionaris kwaliteitsfunctionaris OK hoofd automatisering	artsmicrobioloog ziekenhuishygiënist	afdelingsleiders (5)
Z4	kwaliteitsfunctionaris c.q. ziekenhuishygiënist staffunctionaris kliniek voorzitter infectiecommissie	artsmicrobioloog ziekenhuishygiënisten (2)	afdelingsleiders (6)
Z5	kwaliteitsfunctionaris (zorg- diensten)	artsmicrobioloog bedrijfsarts ziekenhuishygiënisten (2)	afdelingsleiders (4)

Tabel 2.12 Analyse interviews (beleid)

<i>Beleid protocolleren</i>	<i>Toelichting</i>
implicaties beleid voor protocolleren	beleid en afspraken proces (ontwerp, implementatie, evaluatie) en product (vormgeving, inhoud) taken en verantwoordelijkheden (beheer, onderhoud, implementatie en evaluatie van protocollen)
problemen beleidstoepassing	status beleid, status integratie beleid in kwaliteitsbeleid, status processen productafspraken voorzieningen (tijd, geld, middelen, personeel)

2.4.4 Analyse interviews

Alle 48 interviews zijn op een audioband opgenomen en letterlijk uitgewerkt. De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de in tabellen (2.12-2.15) gepresenteerde schema's.

De *beleidsanalyse* is gericht op de implicaties van het gevoerde (kwaliteits)beleid voor het ontwerp, de implementatie en evaluatie van instellingsbrede protocollen in het algemeen en infectiepreventieprotocollen in het bijzonder, en op de integratie van het protocolleringsbeleid in het (integrale) kwaliteitsbeleid. De onderwerpen voor de beleidsanalyse (zie de toelichting in tabel 2.12) zijn gebaseerd op criteria voor de invoering van kwaliteitsbeleid (Kwaliteitsmodellen in de zorgsector, 1999; Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg, 2001). Het opstellen van beleid is structureel onderdeel van de bevordering van kwaliteitszorg. Voor een daadwerkelijke toepassing dienen taken en verantwoordelijkheden voor de uitvoering van het protocolleringsbeleid vastgesteld en gecommuniceerd te worden. De probleemanalyse is gebaseerd op criteria die van invloed zijn op het succes of falen van beleid (betrokkenheid bij beleid en afstemming tussen staf en lijnorganisatie, zie hoofdstuk 1). De *ontwerpanalyse* is gericht op de aanpak (keuze van activiteiten en genomen beslissingen) om de protocollen af te stemmen op doelen, doelgroep en gebruik. De *implementatieanalyse* brengt in kaart welke middelen en activiteiten gewenst en uitgevoerd zijn om doelgroepen te attenderen op de protocollen, te instrueren en te motiveren, zodat zij in staat en bereid zijn de maatregelen toe te passen en te zorgen dat zij dat blijven doen. De *evaluatieanalyse* is gericht op methoden en instrumenten die gebruikt zijn om te beoordelen of de protocollen functioneren. De door professionals gesignaleerde *problemen* (beleid, ontwerp, implementatie en evaluatie) worden gerelateerd aan de ontwerp-, implementatie- en evaluatiestrategie. De gebruikersproblemen geven een indicatie van het succes of falen van de implementatie.

Tabel 2.13 Analyse interviews (ontwerp)

<i>Ontwerp protocollen</i>	<i>Toelichting</i>
organisatie ontwerpproces	actoren (uitvoering, coördinatie, goedkeuring), setting, ondersteuning
productverwachtingen	overeenkomsten en verschillen tussen penvoerders, lijnmanagement, beleidsvertegenwoordigers in doelen, doelgroepen en beoogd gebruik
uitvoering ontwerpproces	aanleiding ontwerpen afstemming op doelen, doelgroep en gebruik (welke acties, ratio achter acties)
ontwerpproblemen	problemen met de afstemming op proces, product problemen met de beschikbaarheid van voorzieningen

Tabel 2.14 Analyse interviews (implementatie)

<i>Implementatie protocollen</i>	<i>Toelichting</i>
organisatie proces	rolverdeling (uitvoering, coördinatie, verantwoordelijkheden)
uitvoering implementatie	gewenste en gerealiseerde activiteiten (attenderen, instrueren, motiveren, incorporeren)
implementatieproblemen	problemen met de organisatie van implementatie (coördinatie, verantwoordelijkheden) problemen met de uitvoering van voorlichting problemen met de beschikbaarheid van voorzieningen problemen gesignaleerd door gebruikers (instructie en motivatieproblemen)

Tabel 2.15 Analyse interviews (evaluatie)

<i>Evaluatie protocollen</i>	<i>Toelichting</i>
organisatie proces	rolverdeling (uitvoering, coördinatie, verantwoordelijkheden)
uitvoering evaluatie	gewenste en gerealiseerde activiteiten (methode, instrumenten ter beoordeling functioneren van protocollen)
evaluatieproblemen	problemen met de organisatie van evaluatie (coördinatie, verantwoordelijkheden) problemen met de beoordelingsprocedure, criteria problemen met de beschikbaarheid van voorzieningen

Alle interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de gepresenteerde schema's. Per case is per onderdeel (beleid, ontwerp, implementatie en evaluatie) een analyseoverzicht gemaakt vanuit het perspectief van betrokken actoren. De analyse vindt over de beide protocolsoorten heen plaats. Er vindt per protocolsoort een vergelijking plaats van de in het onderzoek betrokken protocollen op documentniveau (inhoud en vormgeving) aan de hand van criteria die gebaseerd zijn op in de ziekenhuizen gehanteerde afspraken voor het protocolleren en op normen voor documentatie (*NIAZ/PACE*).

3

Resultaten onderzoek vragenlijsten naar functioneren van protocollen

“In de noodzakelijke voorwaarden voor accreditatie is aangegeven dat een ziekenhuis tenminste in de ‘Do’ fase van de norm Kwaliteitssysteem dient te zijn (...): het ziekenhuis kan aantonen over afspraken of ingevoerde protocollen, procedures en (schriftelijke) werkafspraken te beschikken (...). Nog niet bekend is [*in die fase*] of deze afspraken, protocollen, procedures en werkafspraken in de praktijk werken (...). In de ‘check’ fase wordt gecontroleerd of deze afspraken, protocollen, procedures en werkafspraken in de praktijk werken, en dat het ziekenhuis dat kan aantonen”. (NIAZ Kwaliteitsborgingnorm Kwaliteitssysteem, 1998, 2000)

“We stikken in de protocollen, je moet eigenlijk alleen weten waar ze te vinden zijn. Ik zie veel meer iets in een teamleider die bijvoorbeeld *MRSA* in zijn pakket heeft, als er moeilijkheden zijn dan kun je dan bij je teamleider terecht”. (Verpleegkundige, Z1)

Hoe functioneren protocollen in de praktijk? Beantwoording van deze vraag geeft inzicht in de mate waarin de kwaliteitszorg in een organisatie verankerd is. Verondersteld wordt dat ziekenhuizen die aan kwaliteitszorg doen tenminste in een fase verkeren dat men aan kan tonen over protocollen te beschikken. Dat lijkt ook het geval te zijn, alhoewel over het nut ervan getwijfeld wordt zoals uit het tweede citaat blijkt.

Denkt personeel bekend te zijn met de protocollen, wil het de erin vastgelegde afspraken uitvoeren, acht het zich daartoe ook in staat en wordt het voldoende gestimuleerd om de afspraken na te komen? Op deze vragen wordt in dit hoofdstuk een antwoord gegeven. Door middel van een vragenlijstonderzoek wordt de perceptie van respondenten over het functioneren van de protocollen Accidenteel Bloedcontact en *MRSA* vastgesteld. Of die perceptie in de praktijk ook waar te maken is, zal uit het gebruiksonderzoek blijken (hoofdstuk 4).

De vragenlijsten zijn gebaseerd op landelijke *richtlijnen voor infectiepreventie* (Werkgroep Infectie Preventie, 1994 (no 35a), 1996 (no 36a), 1999 (no 1)). Deze richtlijnen bevatten algemene voorzorgsmaatregelen voor een accidenteel bloedcontact en voor *MRSA*. De richtlijnen worden vertaald in protocollen, aangepast aan de ziekenhuissituatie. In de vragenlijsten komen voornamelijk voorzorgsmaatregelen aan de orde die als algemeen geldend beschouwd kunnen worden. De in de ziekenhuis gehanteerde protocollen worden

middels een gebruiksonderzoek beoordeeld op begrijpelijkheid, volledigheid, aanvaardbaarheid en toepasbaarheid. De resultaten daarvan staan in hoofdstuk 4.

In paragraaf 3.1 worden de achtergrondgegevens besproken van de in het onderzoek betrokken respondenten. Paragraaf 3.2 bevat de resultaten van de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact. De resultaten van de *MRSA*-vragenlijst komen aan de orde in paragraaf 3.3. De resultaten worden per beroepsgroep besproken. De verschillen tussen ziekenhuizen komen in de paragrafen 3.2.8 en 3.3.8 aan de orde. De resultaten worden per vragenlijst samengevat in de paragrafen 3.2.9 en 3.3.9. In paragraaf 3.4 vindt een vergelijking van de resultaten van de beide vragenlijsten plaats. Tenslotte volgt een conclusie over het functioneren van de protocollen in paragraaf 3.5.

Niet alle items uit de vragenlijsten zullen besproken worden. Er is gestreefd naar een selectie van items die in beide vragenlijsten voorkomen, die voorgelegd zijn aan alle respondenten en die corresponderen met de taken die voorgelegd zijn in het gebruiksonderzoek (hoofdstuk 4). Dit om vergelijking tussen de resultaten van beide vragenlijsten mogelijk te maken en om een totaalbeeld (vragenlijsten en interviews) te kunnen geven van het functioneren van de protocollen.

3.1 Achtergrondgegevens respondenten

Paragraaf 3.1.1 bevat de gegevens van de respondenten van de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact. De gegevens van de respondenten van de *MRSA*-vragenlijst staan in paragraaf 3.1.2.

3.1.1 Respondenten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact

De achtergrondgegevens betreffen de items van de rubriek “personalia” (zie bijlage A vragenlijst Accidenteel Bloedcontact). De gegevens zijn per beroepsgroep gepresenteerd. De items waarop beroepsgroepen significant van elkaar verschillen zijn in de tabellen gemarkeerd met een *. Voor de items waarvoor een significant verschil gevonden wordt, is nagegaan (Mann-Whitney U-toets) of de beroepsgroep die lijkt af te wijken ook significant anders scoort. Als dat het geval is, is in de tabellen de afwijkende score in vet gemarkeerd.

Tabel 3.1 Demografische gegevens respondenten accidenteel bloedcontact (n=70)

Demografische gegevens	Totaal	Beroepsgroepen respondenten			
		Verpleging ¹	Artsen	Analisten	Huishouding
aantal respondenten	70**	30	13	15	12
aantal mannen	23	8	10	4	1
aantal vrouwen	47	22	3 ²	11	11
gemiddelde leeftijd in jaren	38	35	40	36	43
gemiddeld aantal jaren werkzaam in ziekenhuis	12	14	8 ²	14	11

**p < .01 (Kruskal-Wallis test)

¹ De beroepsgroep verpleegkundig personeel en huishoudelijk personeel zijn als verpleging en huishouding in de tabellen weergegeven.

² De beroepsgroep artsen bestaat uit medisch specialisten en artsen in opleiding; het gemiddelde wordt door de groep artsen in opleiding verlaagd.

Tabel 3.2 Nascholing respondenten accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Nascholing	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen respondenten			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
ontvangt nascholing	81****	87	92	100	33
infectiepreventie onderdeel van bijscholing	31	37	39	27	17

****p < .0005 (Kruskal-Wallis test)

Uit tabel 3.1 blijkt dat de beroepsgroepen niet significant verschillen in leeftijd en werkervaring, wel in sekse ($\chi^2(3)=15.27$, $p < .01$). De meerderheid van de in het onderzoek betrokken beroepsgroepen is van het vrouwelijk geslacht uitgezonderd de beroepsgroep *artsen* die uit meer mannen dan vrouwen bestaat. *Huishoudelijk personeel* is voornamelijk van het vrouwelijk geslacht.

Uit tabel 3.2 blijkt dat het merendeel van de respondenten nascholing ontvangt. Volgens eenderde maakt infectiepreventie onderdeel uit van de nascholing. De beroepsgroepen verschillen significant in de ontvangen nascholing ($\chi^2(3)=23.01$, $p < .0005$). *Huishoudelijk personeel* geeft aan minder nascholing te ontvangen dan de overige beroepsgroepen.

3.1.2 Respondenten MRSA-vragenlijst

De gegevens van de rubriek “personalia” (bijlage B MRSA-vragenlijst) worden in deze paragraaf per beroepsgroep besproken.

De beroepsgroepen verschillen niet significant in leeftijd en werkervaring, wel in sekse ($\chi^2(2)=22.65$, $p < .0005$). De verdeling mannen en vrouwen over de beroepsgroepen is niet gelijk. De groep *artsen* bestaat uit meer mannen dan vrouwen, bij het verpleegkundig en huishoudelijk personeel is dat precies andersom, zie tabel 3.3.

Uit tabel 3.4 blijkt dat de beroepsgroepen verschillen in nascholing ($\chi^2(2)=6.03$, $p < .05$). *Huishoudelijk personeel* ontvangt minder nascholing dan de andere beroepsgroepen. Er is geen significant verschil in de aandacht die in de nascholing aan infectiepreventie besteed wordt.

De achtergrondgegevens van de beide respondentgroepen vertonen overeenkomsten in

Tabel 3.3 Demografische gegevens respondenten MRSA (n=63)

Demografische gegevens	Totaal	Beroepsgroepen respondenten		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
aantal respondenten	63****	36	10	17
aantal mannen	26	15	10	1
aantal vrouwen	37	21	0	16
gemiddelde leeftijd	41	38	49	41
gemiddeld aantal jaren werkzaam in ziekenhuis	14	16	12	12

****p < .0005 (Kruskal-Wallistest)

Tabel 3.4 Nascholing respondenten MRSA (in procenten; n=63)

Nascholing	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen respondenten		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
ontvangt nascholing	75*	81	90	53
infectiepreventie onderdeel van nascholing	33	36	50	17

*p ≤.05 (Kruskal-Wallis test)

leeftijd, sekse, werkervaring en ontvangen nascholing. Op grond van de overeenkomsten kan gesteld worden dat deze gegevens geen versturende factor zijn bij een vergelijking van de resultaten van de vragenlijsten (Accidenteel Bloedcontact en MRSA).

3.2 Resultaten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact

In deze paragraaf worden de resultaten besproken van de vragenlijst Accidenteel Bloedcontact. De volgende onderwerpen worden behandeld:

- Risicosituatie (3.2.1).
- Bekendheid met protocol en maatregelen (3.2.2).
- Gerapporteerd preventiegedrag (3.2.3).
- Attitude en effectiviteit van maatregelen en protocol (3.2.4).
- Eigeneffectiviteitsverwachting over maatregelen (3.2.5).
- Stimulans om maatregelen op te volgen (3.2.6).
- Totaaloordeel preventiebeleid (3.2.7).
- De verschillen tussen de vijf ziekenhuizen (3.2.8).
- Samenvatting resultaten (3.2.9).

3.2.1 Risicosituatie

In deze paragraaf worden de resultaten behandeld die een beeld geven van de risicosituatie van de respondenten:

- Ervaring met accidenten (item 9, bijlage A).
- Blootstelling aan risico (item 6, 6a en 6b).
- Kans op accident (items 10, 11).
- Bezorgdheid over besmetting (item 12, 12a).
- Inzicht in de kans op besmetting (item 16).

De helft van het aantal respondenten heeft een “prikaccident” opgelopen. Uit tabel 3.5 blijkt dat de beroepsgroepen verschillen in het oplopen van een “prikaccident” ($\chi^2(3)=11.79$, $p < .01$). Medisch personeel (verpleegkundig personeel en artsen) heeft vaker een accidenteel bloedcontact gehad dan niet medisch personeel (analisten, huishoudelijk personeel). *Huishoudelijk personeel* blijkt significant minder accidenten te hebben opgelopen dan de andere beroepsgroepen.

De beroepsgroepen blijken geconfronteerd te worden met risicoverhogende factoren zoals hectiek, risicopatiënten (verpleegkundig personeel, artsen) en risicovol patiëntenmateriaal (analisten). Uit tabel 3.5 blijkt dat respondenten inschatten dat de kans op een accident tamelijk groot is en dat zij meer risico lopen dan werknemers van andere afdelingen; toch

Tabel 3.5 Positieve antwoorden risicosituatie beroepsgroepen accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Risicosituatie	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
<i>Risico-ervaring</i>					
prikaccident opgelopen	54**	67	75	40	17
<i>Blootstelling aan risico</i>					
acute situaties tijdens werk	97	100	100	100	83
risicopatiënt behandeld (n=43)	88	86	92	nvt ¹	nvt
geïnfecteerd bloed bewerkt (n=15)	93	nvt	nvt	93	nvt
<i>Kans op risico</i>					
de kans op accidenteel bloedcontact is tamelijk groot	61****	83	77	33	25
de kans op accidenteel bloedcontact is groter dan bij werknemers van andere afdelingen	64	66	61	80	42
<i>Bezorgdheid</i>					
bezorgd over besmetting met Hepatitis of HIV	31	33	54	20	17
vaccinatie beschermt effectief tegen besmetting met hepatitis-B	80	83	92	87	50

p<.01, **p<.0005 (Kruskal-Wallis test).

¹nvt betekent dat de vraag aan de betreffende beroepsgroep niet gesteld is.

is slechts eenderde bezorgd om besmet te worden met *HIV* of hepatitis. Uit onderzoek (Centers for Disease Control and Prevention, 2000) blijkt dat de gemiddelde kans op een *HIV*-infectie bij het prikken aan een naald van een geïnfecteerd persoon 0.3% is. Bij hepatitis-B is die kans 6-30% en bij hepatitis-C is dat 1.8%. Alleen voor hepatitis-B is vaccinatie mogelijk¹. De geringe bezorgdheid kan samenhangen met de inschatting dat vaccinatie voldoende bescherming biedt tegen een besmetting met hepatitis-B. Uit tabel 3.5 blijkt dat de meerderheid van de respondenten vindt dat vaccinatie hen effectief beschermt tegen hepatitis-B. De beroepsgroepen verschillen significant in de kansinschatting op een accidenteel bloedcontact ($\chi^2(3)=18.84$, $p<.0005$). Niet-medisch personeel (*analisten en huishoudelijk personeel*) schat de kans op een accident lager in dan het medisch personeel. Respondenten van deze beroepsgroepen hebben ook minder accidenten opgelopen.

Uit tabel 3.6 blijkt dat de beroepsgroepen overeen komen in het inzicht in de kans op een besmetting. Tabel 3.6 bevat alleen de resultaten van de scores die met “ja” beantwoord zijn (op de vragen kan met “ja”, “nee” en “weet niet” geantwoord worden). Alle respondenten beschouwen terecht een bloedbloedcontact als een mogelijke risicofactor. Bijna de helft vindt bloed van een patiënt op intacte huid (dicht korstje) ook een risicofactor, alhoewel dat niet als zodanig beschouwd wordt in de *richtlijnen* (Werkgroep Infectie Pre-

¹ Hoewel de kans laag is, blijkt dat van de 56 gedocumenteerde *HIV*-infecties (ziekenhuispersoneel) er 25 Aids hebben gekregen. Van de met hepatitis-C geïnfecteerde personen blijkt bij 75 tot 85% een chronische infectie te ontstaan en bij 70% ontstaat een leverziekte.

Tabel 3.6 Positieve antwoorden inzicht in kans op besmetting accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Loopt u een kans op besmetting als:	Totaal in procenten	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
bloed van een patiënt op dicht korstje in uw huid komt	49	57	46	47	33
u zich door de huid prikt aan een naald met bloed	100	100	100	100	100
bloed van een patiënt op open eczeem komt	84	87	100	80	67
spatten lichaamsvloeistof van een risicopatiënt in uw oog komt	62	67	69	53	50
een risicopatiënt in uw gezicht hoest	21	27	15	7	33

ventie, 1999, no 1). Tweederde vindt contact van slijmvliezen (ogen) met lichaamsvloeistof van een risicopatiënt een risico, ongeacht of er bloed in het spel is. Overdracht van speeksel van een risicopatiënt via hoesten in het gezicht wordt nauwelijks als een risico gezien. Volgens de eerder genoemde *richtlijnen* is bij spataccidenten sprake van een risico als blootstelling van slijmvliezen aan bloed plaats vindt. Dit zou betekenen dat alleen met bloed verontreinigde lichaamsvloeistoffen van een patiënt een risico vormen bij contact met slijmvliezen. Twijfels over de risicofactoren doen zich vooral voor bij de spataccidenten (9% antwoordt “weet niet” bij spatten van lichaamsvloeistof in het oog; 16% bij overdracht via aanhoesten).

Sinds 1999 dienen in het kader van Infectieziektewet incidenten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemeld te worden, desondanks zijn er weinig gegevens bekend over de oorzaak van incidenten (Haks, e.a., 2001). Gegevens over incidenten in ziekenhuisinstellingen zijn nauwelijks voorhanden. Uit een, overigens niet recent, onderzoek onder 361 zorgverleners (ziekenhuizen en andere zorginstellingen) in de Verenigde Staten blijkt dat de meeste accidenten ontstaan door een naaldcontact (68%), 13% door slijmvliescontact, 10% door het snijden aan een scherp voorwerp, 9% door overdracht van verontreinigde lichaamsvloeistof op niet intacte huid (CDC, 1985).

3.2.2 Bekendheid met protocol en preventiemaatregelen

In deze paragraaf komen de resultaten aan de orde die een indruk geven van de preventiekennis:

- Bekendheid met het protocol (items 13-15, 31, 59).
- Bekendheid met preventiemaatregelen (items 17-30).

Uit tabel 3.7 blijkt dat de respondenten op de hoogte zijn van een protocol voor Accidenteel Bloedcontact. Een ruime meerderheid geeft aan globaal bekend te zijn met de instructie uit het protocol. Vrijwel iedereen vindt dat personeel moet weten welke instructies het protocol bevat. Tweederde blijkt het protocol ooit geraadpleegd te hebben. Volgens een meerderheid is het protocol voor iedereen bedoeld.

Tabel 3.7 Positieve antwoorden bekendheid met protocol accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Bekendheid met protocol	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
<i>Bekend met protocol</i>					
op de hoogte van protocol	96	97	100	93	92
globaal bekend met instructies protocol	70****	76	85	87	17
protocol is voor iedereen bestemd ¹	77	73	85	80	75
<i>Raadplegen van protocol</i>					
protocol geraadpleegd	59	69	62	67	25
<i>Norm over bekendheid</i>					
u moet weten welke instructies het protocol bevat	93	97	93	100	75

****p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

¹ Vier antwoordopties: iedereen/risicogroepen/alleen behandelaars/weet niet.

De beroepsgroepen verschillen significant in de bekendheid met de instructies van het protocol ($\chi^2(3)=19.58$, $p<.0005$). *Huishoudelijk personeel* blijkt minder bekend met de instructies dan de andere beroepsgroepen. Hoewel de vergelijking tussen beroepsgroepen geen significant verschil ($\chi^2(3)=7.35$, $p=.06$) in protocolgebruik laat zien, lijkt het erop dat huishoudelijk personeel het protocol minder geraadpleegd heeft (een kwart van het huishoudelijk personeel tegenover 60% gemiddeld).

Tabel 3.8 bevat de resultaten van de inschatting van de maatregelen die volgens respondenten voorgeschreven zijn. De voorgelegde maatregelen zijn gebaseerd op de richtlijnen voor Accidenteel Bloedcontact. In de richtlijnen is niet gespecificeerd wie de verzorgingsmaatregelen moet treffen, wel dat de directie van de gezondheidszorginstelling verantwoordelijk is voor het beleid ten aanzien van accidenteel bloedcontacten en dat duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van het vervolgsbeleid (postaccident). Een lage score op de voorgelegde vragen kan betekenen dat de maatregel onbekend is of niet in het protocol voorkomt. Dat laatste zal blijken bij de praktijktoets (hoofdstuk 4). Op de vragen kan met “ja”, “nee” en “weet niet” geantwoord worden. Uit de resultaten blijkt dat respondenten nauwelijks “weet niet” antwoorden. Omwille van de toetsingsmogelijkheden is een hercodering uitgevoerd waarbij de optie “weet niet” is veranderd in “nee”, alleen de positieve antwoorden (“ja” scores) worden besproken. Tabel 3.8 bevat de resultaten van de positief beantwoorde vragen. Uit tabel 3.8 blijkt dat eenderde denkt dat beschermingsmiddelen altijd gebruikt moeten worden ter preventie van een bloedbloedcontact. De helft gaat er van uit dat men beschermingsmiddelen alleen bij een verhoogde kans op een risico moet gebruiken. Een ruime meerderheid verwacht dat verontreinigd scherp materiaal in de daarvoor bestemde containers gestopt moet worden en dat collega’s op onzorgvuldig handelen aangesproken moeten worden.

Tabel 3.8 Positieve antwoorden bekendheid met preaccidentmaatregelen accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Voorgelegde maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
u dient ter preventie van een bloedbloedcontact standaard beschermingsmiddelen (handschoenen) te gebruiken	36**	57	23	0	42
u dient beschermingsmiddelen te gebruiken als er een verhoogde kans op een risico	51	52	55	53	42
u dient verontreinigd scherp materiaal niet met blote handen aan te raken	83	93	85	67	75
u dient verontreinigd scherp materiaal direct in de daarvoor bestemde containers te stoppen	87****	97	85	100	50
u dient collega's aan te spreken op onzorgvuldig omgaan met preventieregels	90**	100	92	93	58

p<.01, **p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

De beroepsgroepen verschillen significant in bekendheid met de maatregelen:

- het standaard gebruik van beschermingsmiddelen ($\chi^2(3)=14.94$, p<.01),
- het veilig opbergen van verontreinigd materiaal ($\chi^2(3)=19.21$, p<.0005),
- het aanspreken van collega's op onzorgvuldig gedrag ($\chi^2(3)=16.72$, p<.01).

Verpleegkundig personeel gaat er meer dan gemiddeld van uit dat beschermingsmiddelen altijd gebruikt dienen te worden. Dit in tegenstelling tot de beroepsgroep *analisten*. *Huishoudelijk personeel* blijkt er minder van uit te gaan dat het opbergen van verontreinigd materiaal en collegiaal toezicht van ze verwacht wordt. Op zich is dat niet verwonderlijk, in principe is het veilig opbergen van dergelijk materiaal de verantwoordelijkheid van medisch personeel. De kans dat huishoudelijk personeel zich prikt of snijdt wordt juist veroorzaakt door materiaal dat door anderen achtergelaten is. Toezicht op het handelen van collega's kan door huishoudelijk personeel opgevat zijn als controle op het handelen van medisch personeel of op het gedrag van andere huishoudelijke werknemers. In dat laatste geval is toezicht minder realistisch, omdat men doorgaans individueel werkt. Medisch personeel wordt mogelijk niet als "collega's" beschouwd.

Tabel 3.9 bevat de voorgelegde postaccidentmaatregelen. Volgens de *richtlijnen* Accidenteel Bloedcontact (WIP, 1996,1999) dient na een accident de verwonding gereinigd en gedesinfecteerd te worden. Voor personeel dient duidelijk te zijn welke handelingen ze zelf moeten uitvoeren, tot wie ze zich moeten richten na een accident en bij wie een accident gemeld dient te worden. Accidenten dienen in het kader van de *Arbowet* door organisaties gemeld te worden bij de regionale Inspectiedienst. Het ligt voor de hand dat de bedrijfsarts (als vertegenwoordiger van de Arbodienst) op de hoogte gesteld wordt van de accidenten. De organisatie van de afhandelingprocedure van accidenten kan per zieken-

Tabel 3.9 Positieve antwoorden bekendheid met postaccidentmaatregelen accedenteel bloed-contact (in procenten; n=70)

Voorgelegde maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
u dient de verwonding te reinigen en te desinfecteren	80**	90	92	80	42
u dient na een accident zo spoedig mogelijk voor behandeling naar de Eerste Hulp te gaan	50**	33	62	40	92
u dient contact op te nemen met de hygiënist na een accident	58	68	58	58	42
u dient zelf te achterhalen wie de bron van het bloedcontact is	62****	80	62	67	8
u dient te zorgen dat het accident gemeld wordt bij bedrijfsarts	54	50	62	47	67
u dient met het voorwerp waaraan u zich geprikt heeft naar de behandelaar te gaan	26**	17	31	7	67

p<.01, **p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

huis verschillen, waar het om gaat is dat personeel weet bij wie men terecht kan. In tabel 3.9 staan twee maatregelen (achterhalen bron; met naald naar Eerste Hulp) die doorgaans niet (meer) in protocollen voorgeschreven zijn, maar die in de praktijk wel vaak voorkomen. De maatregelen zijn aan respondenten voorgelegd om een zo reëel mogelijk zicht te krijgen op wat verschillende beroepsgroepen denken te moeten doen na een accident.

Uit tabel 3.9 blijkt dat de meerderheid er van uitgaat dat men de verwonding dient schoon te maken en dat men zelf de bron van het bloed moet achterhalen. Dat respondenten veronderstellen dat men zelf de bron van het bloedcontact moet achterhalen, duidt mogelijk op onduidelijkheid over de postaccidentprocedure. De inschattingen over wie geconsulteerd moet worden na een accident lopen uiteen, wat mogelijk samenhangt met lokale verschillen in organisatie van de afhandelingprocedure.

De beroepsgroepen verschillen significant in inzicht in de maatregelen.

- het reinigen en desinfecteren van de verwonding ($\chi^2(3)=13.92$, $p<.01$),
- het contact opnemen met de Eerste Hulp voor behandeling ($\chi^2(3)=12.77$, $p<.01$),
- het zelf achterhalen van de bron ($\chi^2(3)=18.54$, $p<.0005$),
- met voorwerp naar behandelaar ($\chi^2(3)=14.29$, $p<.01$).

De resultaten uit tabel 3.9 duiden er op dat *huishoudelijk personeel* verwacht na een accident niet zelf de vervolgtaken uit te moeten voeren, maar dat men naar de Eerste Hulp moet voor afhandeling van een accident. Dit in tegenstelling tot het *verpleegkundig personeel*. Tweederde van het huishoudelijk personeel denkt dat men het voorwerp waaraan men zich geprikt heeft mee moet nemen naar de behandelaar. Op zich is dat voorstelbaar aangezien de naald “bewijsmateriaal” is voor het achterhalen van de bron van het bloedcontact.

3.2.3 Gerapporteerd preventiegedrag

In deze paragraaf wordt verslag gedaan van het gerapporteerd gedrag (items 32-41). Tweederde van de respondenten blijkt (zie tabel 3.10) beschermingsmiddelen te gebruiken bij een verhoogde risicokans, eenderde gebruikt standaard beschermingsmiddelen om een bloedbloedcontact te voorkomen (gevraagd is of men de middelen altijd of alleen bij een verhoogd risico gebruikt). Volgens respondenten doet zich een verhoogde risicokans voor bij behandeling van risicopatiënten, bij open wonden, complexe handelingen en in geval dat veel bloedverlies verwacht wordt. In die situatie worden extra maatregelen genomen. Uit de antwoorden van deze respondenten (zie item 34) blijkt dat die extra maatregelen bestaan uit een verhoogde alertheid (65%), gebruik van handschoenen in situaties waarin anders geen handschoenen gebruikt worden (36%), dubbele handschoenen door degenen die dagelijks handschoenen dragen (44%), oog/mondbescherming (38%) of een overschort (29%).

De totaalscores “gebruik van beschermingsmiddelen” uit tabel 3.10 komen redelijk overeen met de scores uit tabel 3.8. Opvallend is dat de groep artsen en analisten anders lijken te handelen dan wat men denkt dat voorgeschreven is. Beschermingsmiddelen worden door deze beroepsgroepen vaker standaard gebruikt dan dat naar hun zeggen voorgeschreven is. Verpleegkundig en huishoudelijk personeel zegt deze middelen bij een verhoogd risico te gebruiken, uit tabel 3.8 blijkt dat minder prominent naar voren te komen. Mogelijk is dat respondenten op grond van hun eigen ervaring en expertise handelen en ontbreekt een duidelijk beeld van de regels die de organisatie stelt. Het merendeel van de respondenten zegt verontreinigd materiaal in de daarvoor bestemde containers te stoppen en collega's aan te spreken op onzorgvuldig gedrag.

De beroepsgroepen verschillen significant op de items:

- extra maatregelen bij verhoogd risico ($\chi^2(3)=10.16, p \leq .05$),
- verontreinigd scherp materiaal direct in containers ($\chi^2(3)=10.43, p \leq .05$).

Tabel 3.10 Positieve antwoorden gerapporteerd preaccidentgedrag accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Toepassing van maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
gebruik beschermingsmiddelen:					
altijd	34	30	50	27	33
alleen als er een verhoogd risico is	66	70	50	73	67
neemt extra maatregelen bij verhoogd risico	67*	87	62	46	46
stopt gebruikt verontreinigd scherp materiaal direct in de daarvoor bestemde containers	96*	97	100	100	72
spreekt collega's aan op onzorgvuldig omgaan met preventie regels	93	100	75	100	86

* $p \leq .05$ (Kruskal-Wallis test)

Van het *verpleegkundig personeel* neemt een groter aantal extra maatregelen bij een verhoogd risico dan gemiddeld. *Huishoudelijk personeel* blijkt minder dan gemiddeld verontreinigd scherp materiaal in de daarvoor bestemde containers op te bergen. Redenen daarvoor kunnen zijn dat er onvoldoende mogelijkheden zijn om gebruik te maken van containers, dat men het materiaal als “teken van onzorgvuldig gedrag” niet opruimt maar overhandigt aan het afdelingspersoneel of dat die handeling niet tot het takenpakket wordt gerekend. Uit tabel 3.8 blijkt immers dat de helft van het huishoudelijk personeel inschat dat het opbergen van scherpe voorwerpen in de daarvoor bestemde containers niet van hen verwacht wordt.

Een meerderheid van de respondenten zegt de in tabel 3.11 genoemde postaccident handelingen uit te voeren. De totaalscores van het gerapporteerd postaccidentgedrag zijn, evenals bij het preaccidentgedrag, hoger dan de scores op het gedrag dat men als voorgeschreven beschouwt (zie tabel 3.9). Dat geldt met name voor het melden van accidenten. Mogelijk is dat accidenten door respondenten gemeld worden bij een afdelingshoofd of behandelaar (Eerste Hulp, hygiënist). Op de open vraag wie men na een accident bij voorkeur consulteert, blijkt dat de voorkeur uitgaat naar het afdelingshoofd, buiten kantoor tijd naar de Eerste Hulp. Melden kan opgevat zijn als “contact opnemen met” in plaats van formele registratie van een incident. Dat verklaart mogelijk het hoge percentage dat zegt accidenten te melden. Een kanttekening bij de scores gerapporteerd postaccidentgedrag is dat voor respondenten die geen accident hebben opgelopen (de helft) de resultaten eerder als intentioneel dan als gerapporteerd gedrag beschouwd moeten worden.

De beroepsgroepen verschillen significant in het gerapporteerd postaccidentgedrag:

- de verwonding reinigen en desinfecteren ($\chi^2(3)=29.80$, $p<.0005$),
- zelf nagaan of sprake is van een risicosituatie ($\chi^2(3)=12.38$, $p<.01$),
- zelf de bron achterhalen na een accident ($\chi^2(3)=12.42$, $p<.01$).

Huishoudelijk personeel blijkt afwijkend te handelen na een postaccident. De minderheid blijkt de postaccidenthandelingen (de reparatieacties) zelf uit te voeren, in tegenstelling tot de andere beroepsgroepen. De resultaten uit tabel 3.9 en 3.11 laten zien dat huishoudelijk personeel een ander verwachtingspatroon heeft over de uit te voeren voorzorgsmaatregelen.

Tabel 3.11 Positieve antwoorden gerapporteerd postaccidentgedrag accidenteel bloedcontact (in procenten; n=70)

Toepassing van maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
reintigt en desinfecteert verwonding meteen	86****	100	100	100	25
gaat zelf na of er sprake is van een risicosituatie	63**	78	88	56	13
achterhaalt zelf de bron van het risico	74**	83	88	89	25
meldt accident altijd	81	83	58	87	92

p<.01, **p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

len dan de overige beroepsgroepen en dat men in de praktijk ook anders handelt.

3.2.4 Attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en protocol

In deze paragraaf worden de resultaten behandeld die een beeld geven van de attitude van respondenten ten aanzien van de preventiemaatregelen en het protocol voor Accidenteel Bloedcontact. De attitude wordt uitgedrukt in de persoonlijke voor- en nadelen met betrekking tot de preventiemaatregelen. De inschatting van de effectiviteit van de maatregelen geeft een beeld van de zinvolheid van de voorzorgsmaatregelen in het algemeen. De effecten van het protocol en de eisen waaraan het volgens respondenten moet voldoen, worden ook in deze paragraaf besproken.

Aan respondenten is op een 5-puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens) een oordeel gevraagd over:

- Het nut en de hinder van de maatregelen (items 42-51).
- Effectiviteit van preventiemaatregelen (items 60-62).
- Effecten van het protocol (items 52, 53).
- Eisen aan het protocol (54-58).

Om een beeld te krijgen van de verschillen tussen de scores op de items zijn naast de gemiddelde scores ook percentages (totaalscore “mee eens”, “neutraal”, “mee oneens”) per item berekend. Deze worden waar zinvol in de toelichting op de tabellen besproken.

Uit tabel 3.12 blijkt dat respondenten de preventiemaatregelen als zinvol beschouwen. Alleen het gebruik van beschermingsmiddelen wordt als hinderlijk beoordeeld. Tweederde van de respondenten vindt dat deze middelen de werkzaamheden hinderen. Dat verklaart mogelijk dat het gebruik ervan beperkt is tot situaties met een verhoogde kans op een bloedbloedcontact.

Uit een vergelijking van beroepsgroepen blijkt dat er significante verschillen waarneembaar zijn op de volgende items:

- beschermingsmiddelen zijn zinvol ($\chi^2(3)=16.16, p<.01$),
- veilig opbergen verontreinigd materiaal is hinderlijk ($\chi^2(3)=9.21, p\leq.05$),

Tabel 3.12 Beoordeling preaccidentmaatregelen accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

<i>Attitude ten aanzien van preventie-maatregelen¹</i>	<i>Gem. score</i>	<i>Beroepsgroepen</i>			
		<i>Verpleging n=30</i>	<i>Artsen n=13</i>	<i>Analisten n=15</i>	<i>Huishouding n=12</i>
beschermingsmiddelen zijn zinvol	2.60**	2.27	2.08	3.67	2.67
beschermingsmiddelen zijn hinderlijk	2.47	2.57	2.46	2.07	2.75
materiaal veilig opbergen is zinvol	1.41	1.30	1.46	1.33	1.75
verontreinigd materiaal veilig opbergen is hinderlijk	4.17*	4.23	4.31	4.27	3.50
collega's aanspreken is zinvol	1.81**	1.50	1.92	2.13	2.08
collega's aanspreken is betuttelend	3.54*	3.83	2.92	3.47	3.58

* $p\leq.05$, ** $p<.01$ (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

- aanspreken van collega's op onzorgvuldig gedrag is zinvol ($\chi^2(3)=14.22$, $p<.01$),
- collega's aanspreken op onzorgvuldig gedrag is betuttelend ($\chi^2(3)=8.25$, $p\leq.05$).

Analisten blijken het gebruik van beschermingsmiddelen ter voorkoming van een accidenteel bloedcontact het minst zinvol te vinden. Aangezien 73% van hen deze middelen alleen gebruikt in risicosituaties (tabel 3.10), kan het zijn dat de vraag geïnterpreteerd is als “een standaard gebruik” van middelen, wat vermoedelijk als minder relevant gezien wordt. *Huishoudelijk personeel* lijkt een minder uitgesproken mening te hebben over de hinder die het opbergen van verontreinigd materiaal in containers bezorgt. De maatregel wordt wel als zinvol beoordeeld. De meerderheid geeft aan deze handeling ook uit te voeren (72%), hoewel de helft denkt dat dat niet van hen verwacht wordt. *Verpleegkundig personeel* staat uiterst positief tegenover collegiaal toezicht, *huishoudelijk personeel* oordeelt minder positief over het nut ervan. *Artsen* blijken een neutralere positie in te nemen. Voor zowel artsen als huishoudelijk personeel geldt dat zij minder als een team opereren, mogelijk beïnvloedt dat de houding ten aanzien van het collegiaal toezicht.

Respondenten staan positief tegenover de in tabel 3.13 genoemde postaccidentmaatregelen. Een minderheid (41%) vindt dat melden rompslomp bezorgt. Opmerkelijk is dat respondenten positief staan tegenover het zelf achterhalen van de bron na een accident. Tweederde denkt dat dat ook van hen verwacht wordt en 74% zegt dat in de praktijk ook te doen.

Uit een vergelijking van beroepsgroepen blijkt dat er een significant verschil in attitude is ten aanzien van de last van de meldmaatregel ($\chi^2(3)=13.99$, $p<.01$) en het nut van het zelf nagaan van de bron na een accidenteel bloedcontact ($\chi^2(3)=20.51$, $p<.01$). *Huishoudelijk personeel* blijkt het zelf achterhalen van de bron het minst zinvol te vinden, in tegenstelling tot het *verpleegkundig personeel*. *Artsen* blijken het melden van accidenten als hinderlijk te beschouwen, 77% oordeelt dat het melden veel rompslomp met zich meebrengt. Dit in tegenstelling tot de analisten waarvan 13% dat vindt.

De inschatting van de effectiviteit van maatregelen kan de toepassing ervan beïnvloeden.

Tabel 3.13 Beoordeling postaccidentmaatregelen accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Attitude ten aanzien van preventie-maatregelen ¹	Gem.score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
het is zinvol om elk accidenteel bloedcontact te melden	1.84	1.77	2.23	1.73	1.75
het melden van accidenten geeft rompslomp	3.01**	2.77	2.38	3.67	3.50
bron van bloedcontact zelf achterhalen is zinvol	2.54**	2.10	2.31	2.60	3.83
bron van bloedcontact zelf achterhalen leidt tot onrust bij patiënten	2.97	3.13	2.85	3.00	2.67

**p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

Tabel 3.14 Inschatting effectiviteit preventiemaatregelen accidenteel bloedcontact (gemiddelde score n=70)

Effectiviteit maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
gebruik beschermingsmiddelen vermindert kans op besmetting aanzienlijk	2.69**	2.10	2.69	3.47	3.17
opbergen materiaal vermindert kans op accident	1.51	1.43	1.53	1.46	1.75
melden van accidenten bevordert de afstemming van preventie op de werkwijze	2.26	2.33	2.46	2.20	1.92

**p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens)

Uit tabel 3.14 blijkt dat respondenten verwachten dat toepassing van de preventiemaatregelen leidt tot een verminderde kans op een accident of besmetting. Ruim de helft vindt dat het gebruik van beschermingsmiddelen de kans op een besmetting aanzienlijk vermindert. Door het veilig opbergen van verontreinigd scherp materiaal wordt de kans op een snij- of prikaccident kleiner geacht. Tweederde vindt dat de meldmaatregel een effectieve bijdrage levert aan afstemming van het preventiebeleid op de praktijk.

De beroepsgroepen blijken significant te verschillen in de inschatting van de preventieve werking van beschermingsmiddelen ($\chi^2(3)=16.80$, $p<.01$). *Verpleegkundigen* hebben het meeste vertrouwen in de preventieve werking van beschermingsmiddelen, 77% vindt dat beschermingsmiddelen de kans op een besmetting verminderen. *Analisten* schatten het preventieve effect van beschermingsmiddelen het laagst in, 27% vindt dat beschermingsmiddelen de kans op besmetting verkleinen. Analisten blijken ook het minst positief te oordelen over het nut van de middelen ter bescherming tegen een bloedbloedcontact.

Uit tabel 3.15 is af te leiden dat respondenten een protocol als een instrument beschouwen dat normstellend is voor het handelen in de praktijk. Een protocol voorkomt discussie over taken en bevoegdheden en beperkt het zelfstandig denken nauwelijks, aldus de meerderheid van de respondenten. Een protocol dient bindend en bondig te zijn, bovendien toegesneden op de werksituatie. De meerderheid vindt dat een protocol besproken moet worden met het personeel. Een ruime meerderheid staat positief tegenover het toetsen van kennis van het protocol.

De beroepsgroepen verschillen significant op de volgende items:

- protocol voorkomt discussie ($\chi^2(3)=13.96$, $p<.01$),
- protocol moet compact zijn ($\chi^2(3)=20.70$, $p<.01$),
- protocol moet bindend zijn ($\chi^2(3)=18.44$, $p<.01$).

Verpleegkundig personeel blijkt het meest positief over een protocol te oordelen. Bijna alle verpleegkundigen vinden dat een protocol discussie over taken en bevoegdheden voorkomt. De beroepsgroep blijkt de meest uitgesproken voorstander van een bindend en compact protocol voor accidenteel bloedcontact. *Huishoudelijk personeel* blijkt de minst

Tabel 3.15 Beoordeling effecten en eisen protocol accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Beoordeling protocol ¹	Gem.score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
<i>Effecten protocol</i>					
protocol voorkomt discussie over taken, bevoegdheden	1.86**	1.50	2.08	2.00	2.33
een protocol remt zelfstandig denken	3.36	3.37	3.08	3.40	3.58
<i>Eisen protocol</i>					
protocol moet kort en bondig zijn	1.53**	1.30	1.77	1.40	2.00
protocol moet bindend zijn	1.99*	1.70	3.00	1.67	2.00
protocol moet afdelingsspecifiek zijn	2.43	2.23	2.67	2.67	2.42
protocol moet besproken worden met personeel	1.93	1.93	2.08	1.80	1.92
personeel moet getoetst worden op kennis van protocol	2.43	2.50	2.75	2.40	2.00

*p<.05, **p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

uitgesproken mening te hebben over het protocol. Driekwart van het huishoudelijk personeel vindt dat een protocol discussie voorkomt tegenover 92% gemiddeld. Huishoudelijk personeel vindt minder dan de andere beroepsgroepen dat een protocol compact moet zijn. De beroepsgroep *artsen* staat minder positief tegenover de bindendheid van een protocol voor Accidenteel Bloedcontact.

3.2.5 Eigeneffectiviteitsverwachting over toepassing van maatregelen

Aan respondenten is gevraagd (items 63-73) of men zichzelf in staat acht de maatregelen uit te voeren en of dat ook in hectische omstandigheden het geval is. Uit tabel 3.16 is af te leiden dat de uitvoerbaarheid van de preaccidentmaatregelen redelijk hoog ingeschat wordt. De meerderheid van de respondenten denkt dat het hen lukt om de maatregelen toe te passen. Uit een vergelijking van beroepsgroepen ($\chi^2(3)=7.97$, $p \leq .05$) komt naar voren dat *huishoudelijk personeel* zich minder in staat acht om accidenten te vermijden in hectische situaties, zie tabel 3.16.

De uitvoerbaarheid van de postaccidentmaatregelen wordt door respondenten eveneens redelijk hoog ingeschat, zie tabel 3.17. Hectiek blijkt de uitvoerbaarheid weinig te beïnvloeden. Respondenten zijn er minder zeker van of het lukt om zelf de bron van het bloedcontact te achterhalen. Voor een voorspoedig verloop van de behandeling van accidenten is de bereikbaarheid van behandelaars of een protocol relevant. Uit tabel 3.17 komt naar voren dat respondenten inschatten dat in kantoortijd de bereikbaarheid van behandelaars geen problemen oplevert, buiten kantoortijd denkt slechts de helft van de respondenten dat dat lukt. De meerderheid schat in dat het lukt om een protocol snel te raadplegen.

Tabel 3.16 Eigeneffectiviteitsverwachting preaccidentmaatregelen accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Eigeneffectiviteitsverwachting maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
het lukt om een prikaccident te voorkomen	2.14	1.97	2.54	1.87	2.50
voorkomen accident lukt ook in hectische situaties	2.51*	2.30	3.00	2.07	3.08
het lukt om verontreinigd materiaal in containers te deponeren	2.24	2.33	2.77	1.87	1.75

*p≤.05 (kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee)

Significante verschillen doen zich voor in de inschatting van de eigeneffectiviteit van:

- het desinfecteren van de verwonding ($\chi^2(3)=8.64$, p≤.05),
- het zelf achterhalen van de bron ($\chi^2(3)=10.40$, p≤.05),
- het melden van accidenten ($\chi^2(3)=13.45$, p<.01).

Huishoudelijk personeel blijkt minder zeker van de uitvoerbaarheid van de postaccidentmaatregelen, dat geldt vooral voor het zelf achterhalen van de bron. De scores op de items gerapporteerd gedrag (tabel 3.11) laten zien dat huishoudelijk personeel deze handelingen nauwelijks zelf uitvoert. *Verpleegkundig personeel* schat de uitvoerbaarheid het hoogst in.

Tabel 3.17 Eigeneffectiviteitsverwachting postaccidentmaatregelen accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Eigeneffectiviteitsverwachting maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
het lukt om meteen na een prikaccident de verwonding te reinigen en te desinfecteren.	1.46*	1.37	1.54	1.20	1.92
reinen en desinfecteren lukt ook in hectische situaties	2.00	2.10	2.31	1.60	1.92
het lukt om na een accident zelf na te gaan of er sprake is van een risicosituatie	2.51	2.47	2.69	2.40	2.55
het lukt om zelf de bron van het bloedbloedcontact te achterhalen	2.79*	2.27	3.08	2.67	3.92
het lukt om een accident direct te melden	1.81**	1.57	2.69	1.53	1.83
het lukt om het protocol snel te raadplegen	2.39	1.63	2.38	2.13	2.83
het lukt om in kantoor tijd de contactpersoon voor behandeling van prikaccidenten te bereiken	1.94	1.83	2.31	1.73	2.08
het lukt om buiten kantoor tijd contactpersoon te bereiken	3.00	2.97	3.23	2.80	3.09

*p<.05, **p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee)

Artsen zijn er minder zeker van dat het hen lukt om een accident zo spoedig mogelijk te melden. Snel melden is van belang voor een goed verloop van de behandeling, volgens de *richtlijnen* Accidenteel Bloedcontact. De resultaten komen overeen met het gerapporteerde gedrag (tabel 3.11). Daaruit blijkt dat het merendeel van de verpleegkundigen de postaccidenhandelingen zelf uitvoert en dat artsen, naar verhouding, minder accidenten melden.

3.2.6 Stimulans om maatregelen op te volgen

In deze paragraaf worden de resultaten besproken die betrekking hebben op de stimulans door de werkomgeving (items 74-79) en de organisatie (items 80-97). De normen die in de directe werkomgeving gehanteerd worden over het opvolgen van preventiemaatregelen kunnen een stimulans zijn om zich aan dat gedrag te conformeren. De organisatie dient er voor te zorgen dat personeel goed voorbereid is op het veilig werken en dat er voldoende voorzieningen zijn om de preventiemaatregelen uit te voeren.

In tabel 3.18 staan de resultaten over de inschatting van het opvolgen van de maatregelen door collega's uit de directe werkomgeving. Respondenten denken dat collega's uit hun directe werkomgeving te werk gaan volgens de preventiemaatregelen, dat gehandeld wordt volgens protocol en dat accidenten gemeld worden. Verwacht wordt dat collega's vinden dat men volgens protocol moet handelen en dat men accidenten moet melden. Respondenten lijken niet bereid de eigen handelswijze aan te passen aan anderen.

De beroepsgroepen verschillen niet in de inschatting van de normen die de werkomgeving hanteert ten aanzien van het opvolgen van preventiemaatregelen.

Uit tabel 3.19 blijkt dat respondenten zich voldoende vaardig achten om de maatregelen uit te voeren, wat overeenkomt met de inschatting dat het hen wel lukt om de maatregelen zelf uit te voeren. Desondanks zijn respondenten ontevreden over de voorlichting die verstrekt is over de preventiemaatregelen. Ruim de helft van alle respondenten vindt dat

Tabel 3.18 Inschatting opvolgen maatregelen door werkomgeving accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Inschatting opvolgen maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
collega's volgen de preventiemaatregelen op	2.26	2.43	2.69	1.87	1.83
collega's handelen volgens protocol bij een prikaccident	2.00	2.38	1.54	2.00	1.58
collega's melden accidenten	1.90	2.30	1.54	1.87	1.83
collega's vinden dat u volgens protocol moet handelen	1.77	2.00	1.62	1.73	1.42
collega's vinden dat u accidenten moet melden	1.79	1.90	1.69	1.93	1.42
verandert u uw handelwijze als collega's een andere mening dan u hebben over preventie	4.07	3.87	4.00	4.73	3.83

¹ vijf puntsschaal (1=ja, altijd, 2=grotendeels wel, 3=soms wel, soms niet, 4=grotendeels niet, 5=nee, nooit)

Tabel 3.19 Voorbereiding op preventie accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Voorbereiding op preventie ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
u bent voldoende vaardig om maatregelen uit te voeren	1.84	1.83	1.77	1.87	1.92
instructies uit protocol zijn voldoende doorgesproken	3.36	3.33	3.15	3.27	3.75
u heeft voldoende bijscholing over preventiemaatregelen ontvangen	3.21	3.44	2.88	2,78	3.50
u bent voldoende op de hoogte van het belang van de maatregelen voor uw eigen gezondheid	2.61	2.47	3.00	2.27	3.00
u bent voldoende op hoogte van risicopatiënten	2.97	2.83	2.77	3.27	3.17
u bent voldoende op de hoogte van aantal incidenten in organisatie	3.99	3.90	3.85	4.00	4.35
u vindt het van belang om geïnformeerd te worden over incidenten	2.66	2.57	2.67	2.73	2.75

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens)

de instructies uit het protocol onvoldoende besproken zijn en dat preventie onvoldoende aan bod komt in de bijscholing. Een ruime meerderheid (84%) vindt dat men onvoldoende geïnformeerd is over het aantal accidenten dat in het ziekenhuis voorkomt. Tweederde vindt het van belang om daarover geïnformeerd te worden. De beroepsgroepen verschillen niet in hun beoordeling over de voorbereiding op preventie.

Om te zorgen dat personeel preventief blijft werken is continuïteit in voorlichting of scholing van belang. Uit tabel 3.20 blijkt dat de meerderheid van de respondenten vindt dat preventie met te weinig regelmaat aan de orde komt in het werkoverleg of de bijscholing. De helft van de respondenten vindt wel dat het opvolgen van de maatregelen voldoende gestimuleerd wordt. Voor afstemming van de maatregelen op de praktijk is het gewenst dat er voldoende mogelijkheden zijn om kritiek op het functioneren van de maatregelen te uiten. De helft van de respondenten oordeelt dat zij voldoende gestimuleerd worden om kritiek kenbaar te maken en dat er voldoende aandacht is voor geuite kritiek. Een manier om te zorgen dat preventief werken onder de aandacht blijft, is correctie van onzorgvuldig gedrag door collega's of door middel van controle of toetsing. De helft van de respondenten vindt dat er voldoende collegiaal toezicht is op onzorgvuldig gedrag. Daarentegen vindt een ruime meerderheid dat zij zelf onvoldoende gecontroleerd worden op naleving van de maatregelen.

De beroepsgroepen blijken significant te verschillen in de waardering van:

- bespreking van het protocol in het werkoverleg ($\chi^2(3)=8.02$, $p \leq .05$),
- collegiaal toezicht ($\chi^2(3)=10.73$, $p \leq .05$).

Analisten zijn minder ontevreden over de aandacht die in het werkoverleg besteed wordt aan het bespreken van protocol. Ruim de helft van de respondenten vindt dat er voldoende

Tabel 3.20 Continuïteit in preventie accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Continuïteit in preventie ¹	Gem. score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
preventie komt met voldoende regelmaat aan de orde in werkoverleg	3.69	3.83	3.62	3.33	3.83
protocol komt met voldoende regelmaat aan de orde in werkoverleg	3.83*	4.03	3.85	3.20	4.08
preventie komt met voldoende regelmaat aan de orde in bijscholing	3.74	3.77	3.85	3.47	3.92
u wordt in voldoende mate gestimuleerd om instructies op te volgen	2.86	2.80	3.08	2.73	2.92
u wordt in voldoende mate gestimuleerd om kritiek kenbaar te maken	2.97	3.03	3.15	2.67	3.00
aan uw opmerking wordt in voldoende mate aandacht besteed	2.56	2.70	2.54	2.33	2.50
er is voldoende collegiaal toezicht	2.66*	2.63	3.38	2.40	2.25
er vindt regelmatig controle op naleving plaats	3.97	4.07	4.31	3.73	3.67

* $p \leq 0.05$ (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens)

collegiaal toezicht is. Van de beroepsgroep *artsen* vindt daarentegen een meerderheid dat niet het geval.

Het opvolgen van de maatregelen kan belemmerd worden door het ontbreken van tijd of middelen. Hoewel de meerderheid van de respondenten de voorzieningen (tijd, middelen) als voldoende beoordeeld, zie tabel 3.21, blijkt uit een vergelijking van beroepsgroepen dat er sprake is van een significant verschil in de waardering van de beschikbaarheid van tijd en middelen:

- voldoende tijd ($\chi^2(3)=9.10$, $p \leq 0.05$),
- voldoende beschermingsmiddelen ($\chi^2(3)=8.48$, $p \leq 0.05$),
- voldoende opbergmogelijkheden voor veilig werken ($\chi^2(3)=8.69$, $p \leq 0.05$).

Huishoudelijk personeel geeft aan over voldoende tijd te beschikken om de maatregelen op te volgen. Van het *verpleegkundig personeel* vindt slechts de helft dat het geval. Een kanttekening bij dit verschil is dat huishoudelijk personeel minder maatregelen zelf uitvoert dan verpleegkundig personeel. Huishoudelijk personeel is minder tevreden over de beschikbaarheid van middelen. Dat verklaart mogelijk het verschil in gerapporteerd gedrag over het opbergen van verontreinigd materiaal (tabel 3.10).

3.2.7 Totaaloordeel preventiebeleid

Aan respondenten is gevraagd wat zij de sterke en zwakke punten vinden van het preventiebeleid. De tabellen 3.22 en 3.23 presenteren de verdeling van de genoemde sterke en zwakke punten over de beroepsgroepen. De gerapporteerde sterke en zwakke punten van preventie zijn gerubriceerd in respectievelijk 3 en 5 categorieën. Het doel van dit overzicht is om per beroepsgroep een trend waar te nemen in de zorgpunten en de behoefte.

Tabel 3.21 Voorzieningen preventie accidenteel bloedcontact (gemiddelde score; n=70)

Voorzieningen preventie ¹	Gem.score	Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen. n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
u heeft voldoende tijd om maatregelen op te volgen	2.57*	2.87	2.77	2.21	2.00
er zijn voldoende opbergmogelijkheden	1.87*	1.63	2.00	1.87	2.40
er zijn voldoende beschermingsmiddelen	1.73*	1.57	1.77	1.67	2.17

*p≤.05 (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens)

De beroepsgroepen verschillen significant in wat zij als sterke punten van de preventie in de organisatie beschouwen ($\chi^2(3)=11.18$, $p\leq.05$). Uit tabel 3.22 komt naar voren dat *huishoudelijk personeel* andere punten in preventie waardeert. De kordaatheid in de afhandeling van accidenten en het serieus nemen van “prikaccidenten” door de organisatie worden door het huishoudelijk personeel vooral als sterke punten beoordeeld. Huishoudelijk personeel lijkt minder behoefte te hebben aan een protocol en meer aan een goed opvangpunt.

De kritiek (tabel 3.23) betreft vooral het gebrek aan aandacht voor preventief werken in de organisatie. Onduidelijk beleid betreft de regeling voor afhandeling van accidenten (onduidelijkheden over taken) en het vaccinatiebeleid (onduidelijke procedure vaccineren, controle beschermende werking ervan). Uit tabel 3.22 is af te leiden dat bepaalde punten zowel sterk als zwak beoordeeld zijn (stimulans, beleid). Dit kan mogelijk samenhangen met verschillen tussen ziekenhuizen (zie paragraaf 3.2.8).

De beroepsgroepen verschillen onderling niet significant in wat de beoordeling van zwakke preventiepunten betreft. De trend die naar voren komt is dat analisten vinden dat het beleid ten aanzien van de terugkoppeling op gemelde accidenten niet goed verloopt. Huis-

Tabel 3.22 Verdeling van de gerapporteerde sterke punten in preventie accidenteel bloedcontact over de beroepsgroepen (in aantallen; n=55)

Sterke punten preventie Accidenteel Bloedcontact		Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
<i>Totaal aantal respondenten dat sterke punten genoemd heeft</i>	55*	20	12	15	8
<i>Genoemde sterke punten</i>					
protocol beschikbaar	22	10	6	6	0
sluitend beleid preventie	14	4	2	7	1
snelle afhandeling accidenten	13	6	2	1	4
stimulans om maatregelen op te volgen	6	0	2	1	3

* p≤.05 (Kruskal-Wallis test)

¹ niet elke respondent heeft geantwoord op de open vraag.

Tabel 3.23 Verdeling gerapporteerde zwakke punten in preventie accidenteel bloedcontact over de beroepsgroepen (in aantallen; n=54)

Zwakke punten preventie Accidenteel Bloedcontact		Beroepsgroepen			
		Verpleging n=30	Artsen n=13	Analisten n=15	Huishouding n=12
Totaal aantal respondenten dat zwakke punten genoemd heeft ¹	54	25	11	12	6
<i>Genoemde zwakke punten</i>					
onvoldoende aandacht voor preventie (door organisatie)	16	8	4	2	2
onduidelijk preventiebeleid	15	8	2	5	0
protocol onbruikbaar	9	3	4	1	1
onvoldoende preventiekennis	9	5	1	2	1
onduidelijke afhandelingprocedure	5	1	0	2	2

¹ niet elke respondent heeft geantwoord op de open vraag.

houdelijk personeel vindt dat er te weinig aandacht is voor onzorgvuldig handelen door medisch personeel, bedoeld wordt op het onzorgvuldig omgaan met gebruikte, verontreinigde naalden. Verpleegkundigen verwijten behandelaars een gebrek aan kennis van het protocol. Artsen geven aan dat het protocol en de meldprocedure onduidelijk zijn.

3.2.8 Verschillen tussen ziekenhuizen

In deze paragraaf worden de resultaten behandeld waarop ziekenhuizen significant van elkaar verschillen. De items waarop de ziekenhuizen significant van elkaar verschillen zijn in de tabellen gemarkeerd met een *. Voor de items waarvoor een significant verschil gevonden wordt, is nagegaan (Mann-Whitney U-toets) of het ziekenhuis dat lijkt af te wijken ook significant anders scoort. De resultaten worden gerelateerd aan de *per ziekenhuis* gerapporteerde sterke en zwakke punten van het preventiebeleid. De beide respondentgroepen komen overeen in leeftijd, sekse, werkervaring en ontvangen nascholing. De *MRSA*-respondentgroep bevat alleen geen paramedisch personeel (analisten, n=15). De beroepsgroepen zijn redelijk gelijkmatig verdeeld over de vijf ziekenhuizen (zie hoofdstuk 2).

De vijf ziekenhuizen blijken op weinig onderdelen significant van elkaar te verschillen. Tabel 3.24 laat zien dat van de vijf ziekenhuizen twee zich onderscheiden door een uitgesprokener oordeel over de maatregelen en het protocol.

Respondenten uit ziekenhuis 2 oordelen vergeleken met de andere ziekenhuizen het meest positief over de eisen waar een protocol aan moet voldoen. Uit de gerapporteerde sterke en zwakke punten blijkt dat in ziekenhuis 2 de helft van de zwakke punten juist betrekking heeft op het protocol. Respondenten vinden het goed dat er een uniforme regeling is voor afhandeling van prikaccidenten. Het protocol wordt echter te omvangrijk gevonden en de instructies (preaccident en postaccident) te onduidelijk en te weinig praktijkgericht.

Tabel 3.24 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot attitude preventiemaatregelen en protocol bekendheid met preventiemaatregelen en voorbereiding op preventie accidenteel bloedcontact

<i>Attitude ten aanzien van maatregel en protocol</i>	<i>Significant meer mee eens</i>	<i>Significant minder mee eens</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
melden van accident is zinvol*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 4	$\chi^2(4)=14.06, p\leq.05$
protocol moet kort en bondig zijn*	Ziekenhuis 2		$\chi^2(4)=20.20, p\leq.05$
protocol moet besproken worden met personeel*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=17.95, p\leq.05$
personeel moet getoetst worden op kennis van protocol*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 4	$\chi^2(4)=12.92, p\leq.05$
<i>Bekendheid met preventiemaatregelen</i>	<i>Significant meer positieve antwoorden</i>	<i>Significant minder positieve antwoorden</i>	
accident dient bij bedrijfsarts* gemeld te worden	Ziekenhuis 5		$\chi^2(4)=10.69, p\leq.05$
na accident dient men met Eerste Hulp contact op te nemen**	Ziekenhuis 2		$\chi^2(4)=17.53, p<.01$
na accident moet men met hygiënist contact opnemen*		Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=13.28, p<.05$
<i>Vorbereiding op preventie</i>	<i>Significant meer mee eens</i>	<i>Significant minder mee eens</i>	
vaardig om maatregelen op te volgen*	Ziekenhuis 2		$\chi^2(4)=9.64, p\leq.05$
voldoende bijscholing over infectiepreventie*		Ziekenhuis 4	$\chi^2(4)=7.63, p\leq.05$

* $p\leq.05$, ** $p<.01$ (Kruskal Wallis test)

In ziekenhuis 4 wordt door respondenten vergeleken met de andere ziekenhuizen minder positief over het nut van het melden van accidenten geoordeeld. Het toetsen van de kennis van het protocol wordt eveneens minder als gewenst beoordeeld. In ziekenhuis 4 is vooral kritiek op de institutionele stimulans: 46% van de gerapporteerde zwakke punten heeft betrekking op een gebrek aan aandacht voor preventie van accidenteel bloedcontact. Respondenten vinden dat infectiepreventie te weinig aan bod komt in de nascholing en voorlichting. De procedure voor afhandeling van accidenten lijkt per ziekenhuis te verschillen: in ziekenhuis 2 verwacht men dat de Eerste Hulp geconsulteerd moet worden, in ziekenhuis 5 de bedrijfsarts. In de ziekenhuizen 1, 3 en 4 doet zich geen uitgesproken voorkeur voor over de procedure voor afhandeling van een accident.

3.2.9 Samenvatting resultaten vragenlijst Accidenteel Bloedcontact

De resultaten indiceren dat de in het onderzoek betrokken respondenten bekend zijn met de protocollen Accidenteel Bloedcontact. Respondenten blijken positief te oordelen over het nut van de preventiemaatregelen, men schat in dat de maatregelen uitvoerbaar zijn en dat vanuit de directe werkomgeving verwacht wordt dat men de maatregelen opvolgt. Er wordt volgens respondenten te weinig aandacht besteed aan de voorlichting over preventiemaatregelen.

Er zijn twee groepen te onderscheiden die extreem van elkaar verschillen: huishoudelijk personeel en verpleegkundig personeel. De in het onderzoek betrokken verpleegkundigen

staan het meest positief tegenover de preventiemaatregelen, huishoudelijk personeel het minst.

De resultaten duiden erop dat de beroepsgroepen verschillen in endogene motivatie:

- de ervaring met accidenten,
- de inschatting van risico's,
- de inschatting van effectiviteit van preventie,
- de inschatting van de uitvoerbaarheid van de maatregelen.

De beroepsgroepen verschillen niet of in mindere mate in de exogene motivatie: er is geen verschil in de inschatting van het gedrag van collega's uit de directe werkomgeving, er zijn weinig verschillen in de waardering van de stimulans door de organisatie. Die wordt door alle beroepsgroepen als onvoldoende beoordeeld.

Huishoudelijk personeel is significant minder bekend met de instructies, heeft het protocol minder geraadpleegd, onderscheidt zich door een andere perceptie van hun rol in het beoogd preventiegedrag en door een lagere inschatting van de uitvoerbaarheid van de postaccidentmaatregelen. De maatregelen worden naar verhouding minder toegepast. *Verpleegkundig personeel* staat zeer positief tegenover de preventiemaatregelen, de uitvoerbaarheid van preventie-instructies wordt het hoogst ingeschat, de intentie om de voorgeschreven maatregelen op te volgen is eveneens het hoogst. De andere twee beroepsgroepen, *analisten en artsen*, onderscheiden zich in de inschatting of het lukt de maatregelen uit te voeren, in de attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en in de uitkomstverwachting (preventieve effect) ervan. Artsen schatten de uitvoerbaarheid het laagst in van maatregelen waar men zelf niet altijd controle over kan hebben, zoals het voorkomen van accidenten en het zo spoedig mogelijk melden ervan. De bereidheid om maatregelen uit te voeren die bindend zijn of de werkzaamheden kunnen hinderen (gebruik beschermingsmiddelen, melden) is lager dan bij de andere beroepsgroepen. Analisten schatten het preventieve effect van beschermingsmiddelen het laagst in. Deze middelen worden naar verhouding minder gebruikt.

De *ziekenhuizen* verschillen op minder onderdelen van elkaar dan de beroepsgroepen. Bij een vergelijking van de ziekenhuizen onderscheiden zich twee ziekenhuizen in de attitude ten aanzien van preventie en in de beoordeling van de voorlichting. In ziekenhuis 2 is een positievere houding waarneembaar tegenover de preventiezorg, in ziekenhuis 4 een negatievere houding.

3.3 Resultaten vragenlijst MRSA

De resultaten van de *MRSA*-vragenlijst worden per beroepsgroep aan de hand van de volgende onderwerpen besproken:

- Risicosituatie (3.3.1).
- Bekendheid met protocol en maatregelen (3.3.2).
- Gerapporteerd preventiegedrag (3.3.3).
- Attitude en effectiviteit van maatregelen en protocol (3.3.4).
- Eigeneffectiviteitsverwachting over maatregelen (3.3.5).
- Stimulans om maatregelen op te volgen (3.3.6).
- Totaaloordeel preventiebeleid (3.3.7).

- Verschillen tussen de vijf ziekenhuizen (3.3.8).
- Samenvatting resultaten (3.3.9).

3.3.1 Risicosituatie

De resultaten die een indruk geven van de risicosituatie van respondenten komen in deze paragraaf aan de orde:

- Ervaring met *MRSA* (item 9, bijlage B).
- Kans op *MRSA* (items 10-12).
- Bezorgdheid over *MRSA* (item 13).
- Inzicht in de kans op besmetting (item 17).

Uit tabel 3.25 blijkt dat de meerderheid van de respondenten regelmatig geconfronteerd is met *MRSA*, door verzorging van een *MRSA*-patiënt of door het onderhoud van een met *MRSA*-besmette ruimte. De respondenten en afdelingen zijn geselecteerd op basis van een verhoogde kans om met *MRSA* geconfronteerd te worden. Voor de meerderheid van de respondenten blijkt dat men inderdaad tot de risicogroep behoort. De helft van de respondenten vindt dat zij ook meer kans lopen op het opdoen van een *MRSA* dan personeel van andere afdelingen. De kans dat dat gebeurt, wordt echter laag ingeschat; toch is 47% is bezorgd over een mogelijke besmetting met *MRSA*. Hoewel de meerderheid regelmatig in contact komt met *MRSA* wordt de kans dat men *MRSA* overbrengt op anderen niet hoog ingeschat. Dat zou er op kunnen wijzen dat respondenten er vanuit gaan dat de preventieve maatregelen, mits toegepast, voldoende beschermend werken.

De beroepsgroepen verschillen niet significant in de inschatting van de risico's. Er is een trend waarneembaar dat de kans op overdracht van *MRSA* door medisch personeel (verpleegkundigen, artsen) hoger ingeschat wordt dan door het huishoudelijk personeel. Dat is niet opmerkelijk aangezien medisch personeel patiëntgebonden handelingen verricht en huishoudelijk personeel in principe geen contact heeft met een mogelijk besmette patiënt.

De aan respondenten voorgelegde items uit tabel 3.26 zijn niet als een kennistoets be-

Tabel 3.25 Positieve antwoorden risicosituatie beroepsgroepen *MRSA* (in procenten; n=63)

<i>Risicosituatie</i>	Totaal in procenten %	<i>Beroepsgroepen</i>		
		<i>Verpleging</i> n=36	<i>Artsen</i> n=10	<i>Huishouding</i> n=17
<i>Risico-ervaring</i>				
regelmatig betrokken bij verzorging/behandeling <i>MRSA</i> -patiënt	70	64	70	82
<i>Kans op <i>MRSA</i></i>				
kans dat u <i>MRSA</i> oploopt is tamelijk groot	15	18	20	6
kans dat u <i>MRSA</i> -positief raakt, is groter dan bij werknemers van andere afdelingen	49	53	60	35
kans dat u <i>MRSA</i> overdraagt op anderen is tamelijk groot	25	31	40	6
<i>Bezorgdheid</i>				
bezorgd over besmetting met <i>MRSA</i>	47	50	30	53

doeld. Ze dienen om een indruk te krijgen van verschillen in wat beroepsgroepen als een mogelijke risicofactor beschouwen. Tabel 3.26 bevat alleen de positieve antwoorden (respondenten kunnen “ja”, “nee” of “weet niet” antwoorden). Uit tabel 3.26 blijkt dat onbeschermd handencontact met een *MRSA*-patiënt en rechtsreeks contact met lichaamsvloeistoffen van een *MRSA*-patiënt als mogelijke besmettingsbronnen beschouwd worden. Volgens een meerderheid is er kans op besmetting door hoestoverdracht, door overdracht van lichaamsvloeistof van een patiënt en door bloedoverdracht. Van de respondenten vindt 39% dat er kans is op besmetting als zij zonder beschermingsmiddelen serviesgoed aanraken.

Er is geen significant verschil tussen beroepsgroepen in de inschatting van de kans op besmetting. Huishoudelijk personeel scoort wel hoger in de categorie “weet niet” dan ander personeel bij de inschatting van de kans op besmetting via handencontact (18% tegenover 6% gemiddeld) en in de inschatting van de kans op besmetting via overdracht van lichaamsvloeistoffen (23% tegenover gemiddeld 11%).

Over de risicofactoren voor overdracht van *MRSA* zijn nauwelijks gegevens bekend, evenmin over de spreiding van incidenten over Nederlandse ziekenhuizen (regio's). In de *richtlijnen* voor *MRSA* wordt niet exact beschreven wat de risicofactoren zijn. Indirect is uit de instructies af te leiden wat als een risico beschouwd wordt. Echter, de *richtlijnen voor MRSA* (WIP, 1994, no 35a; *Revised MRSA Infection Control Guidelines for Hospitals*, 1990; *Isolatie-richtlijnen*, 2001, no 4b) blijken niet eenduidig in de instructies voor beschermingsmiddelen. Volgens de *MRSA*-richtlijnen (no 35a) dient personeel altijd bij strikte isolatie (*MRSA*) handschoenen en een neusmondmasker te dragen. De strikte isolatieregels (2001) schrijven handschoenen, beschermende kleding en een mondneusmasker voor. Bezoek dient beschermende kleding en een mondneusmasker te gebruiken, na het bezoek moeten de handen gedesinfecteerd worden. Onduidelijk is of paramedisch en huishoudelijk personeel als bezoek beschouwd wordt. De eerder genoemde *Guidelines* schrijven geen handschoenen voor bij sociaal contact, wel dienen voor en na een bezoek aan een *MRSA*-patiënt de handen gedesinfecteerd te worden. Het niet gebruiken van een mondneusmasker lijkt door de richtlijnen als een risicofactor beschouwd te worden, onbeschermd handencontact lijkt alleen problematisch bij verzorging of behandeling van een

Tabel 3.26 Positieve antwoorden inzicht in kans op besmetting MRSA (in procenten; n=63)

Loopt u een kans op besmetting als:	Totaal in procenten	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
een <i>MRSA</i> -patiënt in uw gezicht hoest, u draagt geen mondbescherming	84	86	78	83
u zonder handbescherming handen schudt met een <i>MRSA</i> -patiënt	60	64	60	53
u zonder handschoenen materiaal met bloed van een <i>MRSA</i> -patiënt schoonmaakt of aanraakt	81	89	80	63
u zonder handschoenen serviesgoed van een <i>MRSA</i> -patiënt aanraakt	39	33	40	50
u speeksel of andere lichaamsvloeistoffen van een <i>MRSA</i> -patiënt op uw huid krijgt	67	69	70	59

patiënt met *MRSA*. Serviesgoed wordt niet als risicomateriaal gezien. Over bloed en lichaamsvloeistoffen als mogelijke risico's worden geen concrete uitspraken in de richtlijnen gedaan. Open wonden, brandwonden, eczeem, abscessen worden als mogelijke infectiebron genoemd. Uit een vergelijking van protocollen uit diverse ziekenhuizen blijkt dat risicofactoren nauwelijks omschreven zijn en dat regels voor het omgaan met afvalmateriaal, serviesgoed en behandelapparatuur ontbreken of op zeer uiteenlopende wijze als risicobron worden behandeld. Uit rapportages in ziekenhuizen over praktijkproblemen (Z5) blijkt dat bij personeel veel onzekerheid heerst over de gevolgen van aanhoesten, speekseloverdracht en over het omgaan met afvalmateriaal en behandelapparatuur. Op grond van de resultaten in tabel 3.26 kan gesteld worden dat respondenten vermoedelijk terecht onbeschermd handencontact of een bloedcontact als onderdeel van verzorging of behandeling van een *MRSA*-patiënt als een risico beschouwen. Op grond van de *richtlijnen* is geen uitspraak te doen over overdracht via speeksel op intacte huid. Uit tabel 3.26 blijkt dat bloed en speeksel wel als een risicobron beschouwd wordt.

Uit een registratie van incidenten blijkt dat het aantal *MRSA*'s in Nederlandse ziekenhuizen ten opzicht van het buitenland laag is, maar wel enigszins toeneemt. In de eerste helft van 2001 was er sprake van 233 isolaten (1 per patiënt) en van 34 uitbraken (2 tot 16 personen). Een uitbraak varieerde van 2 weken tot 6 maanden. Bij circa 50% van de ziekenhuisuitbraken kon het desbetreffende type ook bij een of meerdere personeelsleden vastgesteld worden (Wannet, e.a., 2001).

3.3.2 Bekendheid met protocol en preventiemaatregelen

In deze paragraaf worden de items besproken die gezamenlijk een beeld geven van de bekendheid met preventiemaatregelen:

- Bekendheid met protocol (14-16, 34).
- Bekendheid met preventiemaatregelen (18-34).

Een ruime meerderheid is op de hoogte van het *MRSA*-protocol en globaal bekend met de instructies, zoals uit tabel 3.27 blijkt. Van de respondenten heeft 81% het protocol ooit geraadpleegd, 80% vindt dat zij moeten weten welke instructies het protocol bevat. Volgens tweederde is het protocol voor iedereen bedoeld.

De beroepsgroepen verschillen significant op de items:

- er is een ziekenhuisprotocol voor *MRSA* ($\chi^2(2)=7.71$, $p\leq.05$),
- protocol geraadpleegd ($\chi^2(2)=7.67$, $p\leq.05$).

Huishoudelijk personeel blijkt naar verhouding minder bekend met het ziekenhuisprotocol. Het protocol is door hen ook minder geraadpleegd. De meerderheid van het huishoudelijk personeel geeft wel aan bekend te zijn met de instructies van het protocol. Mogelijk wordt bedoeld op het afdelingswerkvoorschrift. *Verpleegkundig personeel* is nadrukkelijker in het oordeel dat het protocol voor iedereen bedoeld is die werkzaam is in het ziekenhuis.

Tabel 3.28 bevat de resultaten van de inschatting van de maatregelen die volgens respondenten voorgeschreven zijn. Op de vragen kan met "ja", "nee" en "weet niet" geantwoord

Tabel 3.27 Positieve antwoorden bekendheid met protocol MRSA (in procenten; n=63)

<i>Bekend met protocol</i>	<i>Totaal in procenten</i>	<i>Beroepsgroepen</i>		
		<i>Verpleging</i>	<i>Artsen</i>	<i>Huishouding</i>
		<i>n=36</i>	<i>n=10</i>	<i>n=17</i>
ziekenhuis heeft een MRSA-protocol	92*	97	100	77
globaal bekend met instructies protocol	87	94	80	77
protocol is voor iedereen bedoeld ¹	68	74	60	59
<i>Raadplegen van protocol</i>				
protocol is geraadpleegd	81*	91	80	59
<i>Norm over bekendheid</i>				
u moet weten welke instructies het protocol bevat	80	77	79	88

*p≤.05 (Kruskal-Wallis test)

¹ er zijn vier antwoordopties: iedereen/risicogroepen/alleen hoofd(behandelaars)/weet niet

worden. Uit de resultaten blijkt dat respondenten nauwelijks “weet niet” antwoorden. Omwille van de toetsingsmogelijkheden is een hercodering uitgevoerd waarbij de optie “weet niet” is veranderd in “nee”. Alleen de positieve antwoorden (“ja” scores) worden besproken. Tabel 3.28 bevat de resultaten van de positief beantwoorde vragen. Uit tabel 3.28 blijkt dat alle respondenten denken dat ze beschermingsmiddelen moeten gebruiken bij direct contact met MRSA-patiënten. Bijna iedereen denkt dat ze de handen en onderarmen dienen te desinfecteren zowel voor als na een bezoek aan een MRSA-patiënt en dat beschermingsmiddelen na gebruik veilig opgeborgen moeten worden. Tweederde geeft aan dat onbeschermd contact met afvalmateriaal (serviesgoed, behandelmateriaal) voorkomen moet worden. De meerderheid denkt dat het invullen van hun naam op een contactlijst, na bezoek aan een MRSA-patiënt, van hen verwacht wordt. Via een dergelijke lijst is bij verspreiding van MRSA in het ziekenhuis te traceren wie allemaal met de patiënt in contact geweest zijn. Wanneer men zelf MRSA-positief zou zijn, verwacht een ruime meerderheid dat men de bedrijfsarts daarvan op de hoogte moet stellen omdat dan een tijdelijk werkverbod geldt. In die situatie dient volgens respondenten personeel zich te laten behandelen conform de daarvoor geldende procedure. Een meerderheid denkt dat als de controlekwaken negatief zijn, men weer aan het werk mag.

De beroepsgroepen verschillen niet significant in de bekendheid met de preventie maatregelen, uitgezonderd het invullen van de contactlijst ($\chi^2(2)=18.49$, $p<.0005$). Van de *artsen* denkt slechts 20% dat van hen verwacht wordt dat zij hun naam op de contactlijst zetten tegenover 75% gemiddeld.

De maatregelen uit tabel 3.28 zijn grotendeels gebaseerd op de eerder genoemde *richtlijnen* voor MRSA. De *richtlijnen* zijn bedoeld voor personeel van ziekenhuizen of verpleeghuizen. Er wordt wat de in tabel 3.28 genoemde voorzorgsmaatregelen betreft geen onderscheid gemaakt tussen medisch, paramedisch of dienstverlenend personeel. Door ziekenhuizen worden de *richtlijnen* vertaald in protocollen. Uit tabel 3.28 komt naar voren dat een ruime meerderheid denkt dat de voorgelegde maatregelen uitgevoerd dienen te worden. Dat zou betekenen dat de protocollen uit de vijf ziekenhuizen overeenkomen of dat respondenten niet echt bekend zijn met de maatregelen en sociaal wenselijk antwoorden. Minder eenduidigheid bestaat over de maatregel voor serviesgoed en behandelmateriaal,

Tabel 3.28 Positieve antwoorden bekendheid met preventiemaatregelen MRSA (in procenten; n=63)

Voorgelegde maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
u dient altijd beschermingsmiddelen te gebruiken bij MRSA	100	100	100	100
u dient uw handen, onderarmen te desinfecteren voor en na bezoek MRSA-patiënt	93	94	100	94
u dient beschermingsmiddelen na gebruik veilig op te bergen (afvallemmer, schort binnenstebuiten)	95	97	90	94
u dient serviesgoed, (behandel)materiaal MRSA-patiënt niet onbeschermd aan te raken	60	54	33	77
u dient de contactlijst in te vullen	75****	86	20	82
<i>Maatregelen bij MRSA-positief personeel</i>				
u dient de bedrijfsarts in te lichten	73	78	50	77
u dient tijdelijk niet te werken in het ziekenhuis	77	81	70	71
u dient u te laten behandelen	86	94	70	77
u dient controlekweken te laten af nemen	86	94	80	71

****p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

uit een vergelijking van richtlijnen en protocollen uit andere ziekenhuizen blijkt dat de maatregelen daarvoor ontbreken of zeer uiteenlopend zijn.

Tabel 3.29 bevat een aantal maatregelen die bedoeld zijn voor personeel dat zorg draagt voor de MRSA-patiënt. Verpleegkundig personeel dient er op toe te zien volgens de richtlijnen of bezoek zich aan de regels voor isolatie houdt. De luchtcontrolemaatregelen hebben betrekking op de stand van deuren in sluisen of op de beregeling van de luchtdruk in de isolatiekamer en sluis. In de MRSA-richtlijnen zijn geen aanwijzingen verstrekt voor de luchtcontrole. In de isolatierichtlijnen (2001) worden wel eisen gesteld aan de isolatiekamer; niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de uitvoering ervan. In veel protocollen worden wel regels vermeld ten aanzien van de luchtcontrole, maar onduidelijk is wie de regels moet toepassen. In dit onderzoek is ervan uitgegaan dat op een afdeling medisch personeel er op toeziet dat aan de voorwaarden voldaan wordt voor verpleging van MRSA-patiënten.

Uit tabel 3.29 blijkt dat een derde van de respondenten er vanuit gaat dat zij bij isolatie de stand van de deuren in de sluis dienen te controleren. Deze deuren mogen niet tegelijkertijd open staan ter voorkoming van verspreiding van MRSA via lucht. In sommige ziekenhuizen is het mogelijk de luchtdruk in de isolatieruimten te regelen. De meerderheid gaat er van uit dat bij huidaanrakingen die een risico vormen voor overdracht van MRSA contact met een MRSA-patiënt vermeden moet worden. Van bezoekers (incl. personeel) wordt verwacht dat zij bij isolatie beschermende maatregelen treffen. Uit tabel 3.29 blijkt dat de beroepsgroepen verschillen in de controlemaatregelen (controle bezoek, $\chi(1)=24.30$, $p<.0005$; aanspreken collega's, $\chi(1)=11.31$, $p<.01$). Van het verpleegkundig

Tabel 3.29 Positieve antwoorden bekendheid met preventiemaatregelen MRSA (in procenten; medisch personeel; n=46)

Voorgelegde maatregelen	Totaal in procenten %	Beroepsgroepen	
		Verpleging n=36	Artsen n=10
u dient de luchtcontrole uit te voeren (deurenstand; luchtdruk isolatie)	35	39	20
u dient bezoekers van de patiënt te controleren op opvolgen van maatregelen	87****	100	40
u dient collega's aan te spreken op onzorgvuldig omgaan met maatregelen	94**	100	70
u dient contact te vermijden bij huidaandoeningen (eczeem, open wond)	72	75	60

p<.01, **p<.0005 (Kruskal-Wallis test)

personeel gaat iedereen er vanuit dat ze toezichthouden op het nakomen van preventiemaatregelen. Van de beroepsgroep *artsen* gaat 40% er van uit dat zij bezoekers dienen te controleren, 50% antwoordt “nee”. Ze verwachten wel dat zij collega's op onzorgvuldig gedrag moeten aanspreken (70% “ja”, 0% “weet niet”).

3.3.3 Gerapporteerd preventiegedrag

Het gerapporteerde preventiegedrag (items 35-40) wordt in deze paragraaf besproken. Aan respondenten is gevraagd of ze de voorgelegde maatregelen uitvoeren. De maatregelen die betrekking hebben op de handelwijze als men zelf *MRSA*-positief is, zijn buiten beschouwing gelaten (5% van de respondenten is *MRSA*-positief geweest).

Uit tabel 3.30 blijkt dat, uitgezonderd de luchtcontrolemaatregel, de meerderheid de in de tabel gepresenteerde basis voorzorgsmaatregelen treft. Het gerapporteerde gedrag komt redelijk overeen met de resultaten van het beoogd preventiegedrag (zie tabellen 3.28 en 3.29). Opgemerkt dient te worden dat de beroepsgroep huishoudelijk personeel zegt contact te voorkomen bij huidafwijkingen. Deze vraag is niet aan hen voorgelegd bij de items over het beoogd preventiegedrag omdat huishoudelijk personeel geen patiëntgebonden handelingen verricht. De beroepsgroepen verschillen, uitgezonderd het aanspreken van collega's op onzorgvuldig gedrag ($\chi^2(2)=11.60$, $p<.01$), niet significant in het gerapporteerde gedrag. Uit een vergelijking van beroepsgroepen blijkt dat *huishoudelijk personeel* minder dan de andere beroepsgroepen anderen aanspreekt op het niet nakomen van de maatregelen. Niet duidelijk is of zij denken dat deze maatregel ook van hen verwacht wordt (die vraag is niet aan hen gesteld).

MRSA komt in de meeste ziekenhuizen incidenteel voor. Dat betekent dat de kennis van de maatregelen bij personeel mogelijk niet paraat is op het moment dat *MRSA* zich voordoet. De vraag is welk informatiebron bij respondenten de voorkeur heeft in twijfelsituaties. In de *richtlijnen voor MRSA* (no 35a) wordt de hygiënist of artsmicrobioloog als expert genoemd voor advies over het preventiebeleid. Tabel 3.31 laat zien dat bij twijfel over preventie de voorkeur uitgaat naar een hygiënist. Slechts 22% raadpleegt in twijfelsi-

Tabel 3.30 Positieve antwoorden gerapporteerd preventiegedrag MRSA (in procenten; n=63)

Toepassing van maatregelen	Totaal in procenten	Beroepsgroepen		
		Verpleging	Artsen	Huishouding
		n=36	n=10	n=17
gebruikt altijd beschermende middelen ter voorkoming van overdracht MRSA	98	97	100	100
desinfecteert handen, onderarmen altijd voor en na bezoek aan MRSA-patiënt	100	100	100	100
controleert als routine de stand van deuren in sluis, de luchtdruk in isolatie	47	54	30	nvt ¹
voorkomt contact bij huidaanroering	79	85	60	83
spreekt collega's, bezoek aan op onzorgvuldig omgaan met preventie	85**	100	80	55

**p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹ vraag is niet aan deze beroepsgroep voorgelegd

tuaties bij voorkeur het protocol. Huishoudelijk personeel heeft een voorkeur voor het afdelingshoofd.

3.3.4 Attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en protocol

Toepassing van maatregelen is mogelijk afhankelijk van de afweging van de voor- en nadelen ervan. Aan respondenten is een oordeel gevraagd over maatregelen ter voorkoming van MRSA-overdracht en maatregelen die gelden voor personeel dat besmet is met MRSA. De inschatting dat de maatregelen leiden tot een verminderde kans op besmetting met MRSA is mogelijk eveneens van invloed op het al dan niet nakomen van preventievoorschriften. De waardering van een MRSA-protocol kan het gebruik ervan mogelijk beïnvloeden.

In deze paragraaf worden de items besproken die betrekking hebben op:

- Het nut en de hinder van de maatregelen (41-50).
- Effectiviteit van preventiemaatregelen (61-63).
- Effecten van het protocol (51-53).

Tabel 3.31 Positieve antwoorden Informatiebron bij twijfel over MRSA-preventie (in procenten; n=63)

Informatiebron bij twijfel ¹	Totaal In procenten %	Beroepsgroepen		
		Verpleging	Artsen	Huishouding
		n=36	n=10	n=17
hygiënist	36	31	70	29
leidinggevende	33	28	0	65
artsmicrobioloog	8	8	20	0
protocol	22	33	10	6
Totaal ²	100	100	100	100

¹ keuze uit vier items (zie de tabel)

² door afronding is het totaal niet altijd 100%

- Eisen waar een protocol aan moet voldoen (54-60).

Tabel 3.32 bevat paarsgewijs een beoordeling van het nut en de hinder van *MRSA*-preventiemaatregelen. De maatregelen die bevraagd zijn, hebben betrekking op het omgaan met een *MRSA*-patiënt die geïsoleerd verpleegd wordt en op beperkingen die gelden voor personeel dat in contact kan komen met een dergelijke patiënt. Uit tabel 3.32 blijkt dat de isolatiemaatregelen (gebruik beschermingsmiddelen, handdesinfectie, notatie naam op contactlijst) als zinvol maar hinderlijk beoordeeld worden. Tweederde van de respondenten beschouwt de maatregelen als hinderlijk. Desondanks zeggen respondenten de maatregelen wel toe te passen, zie tabel 3.30.

Collega's of bezoekers van de *MRSA*-patiënt aanspreken op onzorgvuldig gedrag wordt als zinvol en weinig betuttelend beoordeeld. Zowel artsen als verpleegkundig personeel blijken de maatregel toe te passen, alhoewel naar verhouding minder artsen aangeven dat die maatregel van hen verwacht wordt. De maatregel wordt ook door huishoudelijk personeel als zinvol beoordeeld, de helft zegt de maatregel uit te voeren (tabel 3.30).

De contactbeperkende maatregelen voor personeel (bij huidafwijking of als zij zelf *MRSA*-positief zijn) worden zinvol maar belastend gevonden. Ruim de helft vindt dat een contactbeperking bij huidafwijkingen (eczeem b.v.) overlast bezorgt voor de afdeling. Thuis blijven als men zelf *MRSA*-positief is wordt door 86% als belastend voor de afde-

Tabel 3.32 Beoordeling preventiemaatregelen *MRSA* (gemiddelde score; n=63)

<i>Attitude maatregel</i> ¹	Gem. score	<i>Beroepsgroepen</i>		
		<i>Verpleging</i> n=36	<i>Artsen</i> n=10	<i>Huishouding</i> n=17
beschermingsmiddelen, handdesinfectie en contactlijst invullen is zinvol	1.75	1.69	2.00	1.71
gebruik beschermingsmiddelen, handdesinfectie en invullen contactlijst hinderen de werkzaamheden	2.54	2.39	2.20	3.06
collega's of bezoek aanspreken op onzorgvuldig gedrag is zinvol	1.67	1.56	2.00	1.71
de aanspreekregel is betuttelend	3.37	3.36	3.10	3.53
bij huidaandoeningen geen contact met <i>MRSA</i> -patiënten is zinvol	2.23	2.08	2.90	2.17
contactverbod bij huidaandoeningen bezorgt de afdeling of dienst veel overlast	2.74	2.69	2.55	2.94
zelf besmet, dan thuis blijven is zinvol	2.03	1.89	2.50	2.06
zelf besmet dan thuis blijven, bezorgt de afdeling of dienst veel overlast	2.21**	2.08	1.50	2.88
controle isolatiekamer op druk of deuren stand sluis is zinvol (n=46)	2.07*	1.89	2.70	nvt ²
de luchtcontrolemaatregel hindert de werkzaamheden (n=46)	3.39*	3.58	2.70	nvt ²

*p≤.05, **p<.01 (Kruskal-Wallis test)

¹vrijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

²de vraag is alleen aan medisch personeel voorgelegd

ling of werkomgeving beschouwd. Een ruime meerderheid geeft aan bij huidafwijkingen (indien in aanzienlijke mate aanwezig) contact met een *MRSA*-patiënt te vermijden.

De maatregel gericht op controle van de lucht(druk) in de sluis van de isolatiekamer wordt door medisch personeel als zinvol beoordeeld. Ruim de helft van deze respondenten vindt de maatregel hinderlijk (30% heeft daar geen mening over). Een minderheid van medisch personeel blijkt de maatregel toe te passen, zie tabel 3.30.

De beroepsgroepen blijken nauwelijks te verschillen in de beoordeling van het nut en de hinder van de maatregelen. Significante verschillen doen zich voor bij de beoordeling van de overlast van de werkverbod-maatregel voor personeel dat zelf besmet is ($\chi^2(2)=12.95$, $p<.01$) en bij de waardering van de luchtcontrolemaatregelen (nut: $\chi^2(1)=5.85$, $p\leq.05$; hinder: $\chi^2(1)=5.16$, $p\leq.05$). *Verpleegkundig personeel* vindt de luchtcontrolemaatregel zinvoller en minder hinderlijk dan de beroepsgroep *artsen*. Er is geen noemenswaardig verschil in de uitvoering ervan. De werkverbod-maatregel wordt door *artsen* het meest hinderlijk geacht, door *huishoudelijk personeel* het minst.

Uit tabel 3.33 is af te leiden dat de *MRSA*-voorzorgsmaatregelen effectief geacht worden. De beroepsgroepen verschillen niet significant in de inschatting van de effectiviteit van de maatregelen.

MRSA-preventie bestaat deels uit organisatorische maatregelen gericht op coördinatie van informatieoverdracht en organisatie van voorzieningen die nodig zijn voor een succesvolle uitvoering van preventie. Daarnaast bestaat *MRSA*-preventie uit individuele maatregelen om overdracht van patiënt naar patiënt of personeel te voorkomen. De preventiemaatregelen zijn beschreven in een *MRSA*-protocol. De vraag is wat respondenten verwachten en verlangen van een dergelijk protocol.

Uit tabel 3.34 blijkt dat respondenten een protocol als een geschikt instrument beschouwen ter preventie van *MRSA*. De beroepsgroepen verschillen nauwelijks in hun oordeel over de effectiviteit van een protocol, uitgezonderd het oordeel over het feit dat een protocol het zelfstandig denken remt ($\chi^2(2)=9.29$, $p<.01$). Uit een vergelijking van beroepsgroepen valt op dat *verpleegkundig personeel* minder negatief over de remmende werking van een protocol oordeelt.

Tabel 3.33 Inschatting effectiviteit preventiemaatregelen *MRSA* (gemiddelde score; n=63)¹

Effectiviteit maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging. n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
gebruik beschermingsmiddelen, handendesinfectie, invullen contactlijst vermindert de kans op besmetting van patiënt naar patiënt aanzienlijk	1.94	1.83	2.00	2.11
opvolgen isolatieregels verkleint de kans om zelfbesmet te raken aanzienlijk	1.94	1.89	2.10	1.94
contactbeperking bij huidaandoeningen vermindert de kans op besmetting met <i>MRSA</i> aanzienlijk	2.21	2.11	2.30	2.35

¹vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

Een *MRSA*-protocol dient volgens respondenten de logistiek van preventie te beregelen. Dat houdt onder meer de organisatie in van isolatieruimten, beschermingsmiddelen, contactlijsten en *MRSA*-waarschuwingstekens op afdelingen en coördinatie van informatie-overdracht zoals het inlichten en instrueren van bezoek en personeel. De protocollen dienen bindend, compact en op de afdeling toegesneden te zijn en met personeel besproken te worden. Respondenten zijn opmerkelijk positief over toetsing van kennis van een *MRSA*-protocol ($\chi^2(2)=9.16$, $p \leq .05$). Tweederde vindt toetsing gewenst. Uit een vergelijking van beroepsgroepen valt op dat van het *verpleegkundig personeel* de helft dat wenselijk vindt, tegenover 94% van het *huishoudelijk personeel*.

3.3.5 Eigeneffectiviteitsverwachting over toepassing van maatregelen

Aan respondenten is gevraagd of zij zich zelf in het algemeen en bij grotere werkdruk in staat achten de maatregelen uit te voeren, of ze het protocol kunnen vinden en of ze de contactpersoon voor overleg kunnen bereiken (items 64-67). *MRSA*-preventie is geen individuele aangelegenheid, een multidisciplinaire aanpak is nodig om *MRSA* verspreiding in een ziekenhuis te voorkomen. Het protocol dient als basisinstrument, via overleg moet het preventiebeleid bepaald worden.

Respondenten schatten in dat ze in staat zijn de maatregelen uit te voeren, ook bij hoge werkdruk, zie tabel 3.35. Zij schatten in dat het protocol bij een incident snel te vinden is en dat de contactpersoon voor overleg te bereiken is, althans in kantoor tijd. Buiten kantoor tijd denkt slechts 41% dat dat lukt. Op de vraag wie zij als contactpersoon beschouwen, antwoordt de meerderheid (67%) dat de ziekenhuishygiënist dat is. De beroepsgroepen verschillen significant in wie door hen als contactpersoon beschouwd wordt ($\chi^2(6)=17.75$, $p < .01$). Voor *verpleegkundig personeel* is de hygiënist overduidelijk de

Tabel 3.34 Beoordeling effecten en eisen protocol *MRSA* (gemiddelde score; n=63)¹

Effecten protocol ⁱ	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
een protocol is het beste middel voor <i>MRSA</i> -preventie	2.29	2.39	2.20	2.12
protocol voorkomt discussie over taken, bevoegdheden	1.98	1.89	2.00	2.18
protocol remt zelfstandig denken	3.22**	3.56	2.80	2.76
<i>Eisen protocol</i>				
protocol moet logistieke maatregelen beregelen	2.00	1.97	2.00	2.06
protocol moet bindend zijn	2.02	2.08	1.90	1.94
protocol moet compact zijn	1.75	1.69	1.80	1.82
protocol moet afdelingsspecifiek zijn	2.19	2.37	2.10	1.88
protocol moet besproken worden	1.98	1.86	2.10	2.18
personeel moet getoetst worden op kennis van instructies	2.53*	2.75	2.70	2.00

* $p \leq .05$, ** $p < .01$ (Kruskal-Wallis test)

¹vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

contactpersoon (76%). *Artsen* beschouwen de hygiënist (50%) of de artsmicrobioloog (40%) als consulent voor *MRSA*. Van het *huishoudelijk personeel* vindt 41% dat de leidinggevende (afdelingshoofd, 41%) de persoon is die geraadpleegd moet worden; 59% ziet de hygiënist als *MRSA*-consulent. De resultaten komen deels overeen met de voorkeur voor de genoemde consulent in twijfelsituaties (tabel 3.31). Bij twijfel over preventie is een minder uitgesproken voorkeur voor de ziekenhuishygiënist waarneembaar.

De beroepsgroepen verschillen significant in de inschatting van de uitvoerbaarheid van:

- voorzorgsmaatregelen bij hoge werkdruk ($\chi^2(2)=8.61, p \leq .05$),
- snel protocol kunnen vinden ($\chi^2(2)=13.28, p < .01$).

Huishoudelijk personeel schat de uitvoerbaarheid van de maatregelen het hoogst in, *artsen* zijn er het minst zeker van dat het hen lukt om de preventiemaatregelen bij hoge werkdruk uit te voeren. De beroepsgroepen verschillen desondanks niet significant in de gerapporteerde uitvoering van de maatregelen (zie tabel 3.30). *Verpleegkundig personeel* schat de bereikbaarheid van het protocol het hoogst in, *artsen* het laagst.

3.3.6 Stimulans om maatregelen op te volgen

De resultaten die betrekking hebben op de stimulans vanuit de werkomgeving (items 68-71) en organisatie (72-89) komen in deze paragraaf aan de orde.

Zoals eerder vermeld, vereist preventie van *MRSA*-overdracht een multidisciplinaire aanpak, waarbij het van belang is dat consensus bereikt wordt over het te volgen beleid. De normen die gehanteerd worden door de werkomgeving zouden van invloed kunnen zijn op het al dan niet nakomen van gemaakte afspraken. Uit tabel 3.36 komt naar voren dat respondenten er vanuit gaan dat collega's uit de directe werkomgeving de maatregelen opvolgen en dat zij denken dat collega's dat ook van hen verlangen. Respondenten blijken aan hun eigen normen vast te houden als collega's anders denken over preventie.

Tabel 3.35 Eigeneffectiviteitsverwachting maatregelen *MRSA* (gemiddelde score; n=63)

Eigeneffectiviteitsverwachting maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
het lukt doorgaans om overdracht van <i>MRSA</i> te voorkomen	2.37	2.30	3.00	2.07
het lukt om de voorzorgsmaatregelen bij hoge werkdruk uit te voeren	2.54*	2.48	3.50	1.91
het lukt het <i>MRSA</i> -protocol snel te vinden	1.70**	1.39	2.90	1.65
het lukt om de contactpersoon voor overleg te bereiken in kantoor tijd	1.75	1.97	1.30	1.53
het lukt om de contactpersoon voor overleg te bereiken buiten kantoor tijd	2.90	2.92	2.10	3.35

* $p \leq .05$, ** $p < .01$ (Kruskal-Wallis test)

¹vijf puntsschaal (1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee)

De beroepsgroepen verschillen significant in de inschatting van:

- collega's volgen maatregelen op ($\chi^2(2)=10.26$, $p<.01$),
- collega's vinden dat personeel de maatregelen dient op te volgen ($\chi^2(2)=6.76$, $p\leq.05$).

Huishoudelijk personeel schat het opvolgen van preventiemaatregelen door collega's het hoogst in. Eveneens schatten zij hoger in dat collega's vinden dat personeel de maatregelen dient op te volgen. *Verpleegkundig personeel* schat het opvolgen van maatregelen het laagst in en dat geldt ook voor de norm dat collega's vinden dat de maatregelen opgevolgd moeten worden.

Respondenten vinden dat ze voldoende vaardig zijn om de maatregelen toe te passen, wat overeenkomt met de ingeschatte uitvoerbaarheid, zie tabel 3.37. Tweederde van de respondenten vindt dat ze voldoende instructie hebben ontvangen over *MRSA*-preventie. Daarentegen vindt bijna de helft dat het protocol onvoldoende besproken is. *MRSA*-preventie komt volgens een ruime meerderheid onvoldoende aan de orde in de bijscholing. Slechts eenderde van de respondenten geeft aan dat infectiepreventie onderdeel uitmaakt van bij- of nascholing. Gemiddeld ontvangt 75% nascholing, huishoudelijk personeel blijkt significant minder nascholing te ontvangen (53%). Uit tabel 3.37 blijkt dat de meerderheid vindt dat ze voldoende ingelicht zijn over het belang van *MRSA*-preventie. Daarentegen vindt de helft dat ze onvoldoende geïnformeerd zijn over aard en de oorzaak van *MRSA*-incidenten. Tweederde vindt het wel van belang om daarover geïnformeerd te worden. De beroepsgroepen verschillen niet significant in de beoordeling van de voorbereiding op preventie.

Het ontbreken van voldoende tijd of middelen kan uitvoering van preventie belemmeren. De *MRSA*-maatregelen kosten tijd, omdat personeel allerlei voorzorgsmaatregelen moet treffen voor opname van een *MRSA*-patiënt. Vooral de isolatievoorschriften leveren extra werk op aangezien personeel bij elk bezoek aan een geïsoleerde patiënt alle voorgeschreven beschermingsmaatregelen moet uitvoeren. Uit tabel 3.38 komt naar voren dat er voldoende ontsmettingspunten voor handdesinfectie zijn, 59% van het medisch personeel vindt dat er voldoende isolatieruimten zijn. Over de factor "tijd" wordt verschillend ge-

Tabel 3.36 Inschatting opvolgen maatregelen door werkomgeving *MRSA* (gemiddelde score; n=63)

Inschatting opvolgen maatregelen ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
collega's volgen de preventiemaatregelen op	1.77**	2.08	1.50	1.29
collega's vinden dat de preventiemaatregelen opgevolgd dienen te worden	1.47*	1.65	1.50	1.17
collega's vinden dat volgens protocol gehandeld moet worden	1.42	1.50	1.60	1.17
verandert u uw handelwijze als collega's een andere mening over preventie dan u hebben	4.38	4.22	4.50	4.65

* $p\leq.05$, ** $p<.01$ (Kruskal-Wallis test)

¹vijf puntsschaal (1=ja, 2=grotendeels wel, 3=soms wel, soms niet, 4=grotendeels niet, 5= nee, nooit)

Tabel 3.37 Voorbereiding op preventie MRSA (gemiddelde score; n=63)

Voorbereiding op preventie ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
u heeft voldoende vaardigheden om de maatregelen uit te voeren	1.96	1.92	2.10	1.91
protocol is voldoende met u besproken	3.00	3.13	3.30	2.52
u heeft voldoende instructie ontvangen om overdracht van MRSA te kunnen voorkomen	2.58	2.52	2.40	2.82
u heeft voldoende bijscholing ontvangen over MRSA-preventie	3.47	3.44	3.00	3.82
u bent voldoende voorgelicht over het belang van de MRSA-preventiemaatregelen voor uw gezondheid	2.38	2.41	2.30	2.35
u bent voldoende geïnformeerd over aard en oorzaken van het aantal incidenten	3.19	3.28	3.00	3.12
u vindt het van belang om geïnformeerd te worden over oorzaak van MRSA-incidenten	2.67	2.61	2.56	2.82

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

oordeeld. Ongeveer de helft vindt dat bij hoge werkdruk er voldoende tijd is om de maatregelen uit te voeren, 41% vindt van niet en 13% heeft daar geen mening over. De beroepsgroepen verschillen niet in de beoordeling van de beschikbaarheid van voorzieningen.

Tabel 3.39 presenteert de beoordeling van de continuïteit in de aandacht voor MRSA-preventie. De helft van de respondenten vindt dat de MRSA-problematiek met voldoende regelmaat aan de orde komt in het werkoverleg. Er is daarentegen te weinig aandacht voor het protocol en de instructies. Tweederde van de respondenten vindt dat MRSA-preventie onvoldoende aan bod komt in de bij- of nascholing. Het opvolgen van de maatregelen wordt in voldoende mate gestimuleerd volgens tweederde van de respondenten. Minder positief wordt geoordeeld over de stimulans om kritiek op het preventiebeleid kenbaar te maken. Aan geuite kritiek wordt volgens de helft voldoende aandacht besteed, een kwart van de respondenten heeft daar geen mening over. Controle of toetsing op naleving vindt in onvoldoende mate plaats. Wel is er, volgens tweederde, voldoende collegiaal toezicht op onzorgvuldig gedrag.

Tabel 3.38 Voorzieningen preventie MRSA (gemiddelde score; n=63)

Voorzieningen preventie ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
u heeft voldoende tijd om de maatregelen uit te voeren bij hectiek	2.93	3.11	2.70	2.64
er zijn voldoende ontsmettingspunten om uw handen te desinfecteren	2.04	2.06	2.10	1.91
er zijn voldoende isolatiemogelijkheden	2.65	2.67	2.57	nvt ²

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

² Deze vraag is niet aan de beroepsgroep huishoudelijk personeel gesteld

Tabel 3.39 Continuïteit in preventie MRSA (gemiddelde score; n=63)

Continuïteit in preventie ¹	Gem. score	Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
MRSA-problematiek komt met voldoende regelmaat aan de orde in het werkoverleg	3.00*	3.30	2.90	2.41
de instructies uit het protocol komen met voldoende regelmaat aan de orde in het werkoverleg	3.58	3.62	3.50	3.55
preventiemaatregelen komen met voldoende regelmaat aan de orde in de bijscholing	3.55	3.61	3.30	3.56
u wordt in voldoende mate gestimuleerd om de preventiemaatregelen op te volgen	2.63*	2.50	2.30	3.11
u wordt in voldoende mate gestimuleerd om kritiek op de praktijkinstructies kenbaar te maken	2.81*	2.50	2.90	3.41
aan uw opmerkingen wordt in voldoende mate aandacht besteed	2.63	2.53	2.70	2.82
er vindt regelmatig controle of toetsing plaats van het nakomen van de maatregelen	3.44	3.52	3.10	3.71
er is voldoende collegiaal toezicht op onzorgvuldig handelen	2.56	2.47	2.80	2.56

*p≤.05 (Kruskal-Wallis test)

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

De beroepsgroepen verschillen significant in de beoordeling van:

- de regelmaat waarmee MRSA-problematiek aan de orde komt in het werkoverleg ($\chi^2(2)=7.42$, $p\leq.05$),
- de stimulans vanuit de organisatie om de preventiemaatregelen op te volgen ($\chi^2(2)=5.83$, $p\leq.05$),
- de stimulans om kritiek op preventie kenbaar te maken ($\chi^2(2)=9.14$, $p\leq.05$).

Van het *verpleegkundig personeel* vindt tweederde dat MRSA-preventie in onvoldoende mate aan de orde komt in het werkoverleg, tegenover 48% gemiddeld. Daar staat tegenover dat 67% vindt dat er voldoende stimulans is om kritiek kenbaar te maken. *Huishoudelijk personeel* is het meest tevreden: 70% vindt dat er met voldoende regelmaat aandacht besteed wordt aan MRSA-preventie. De stimulans vanuit de organisatie wordt niet voldoende geacht. Desondanks schat de beroepsgroep het opvolgen van de maatregelen door collega's hoog in (tabel 3.36). De motivatie lijkt vooral vanuit de beroepsgroep zelf te komen.

3.3.7 Totaaloordeel preventiebeleid

De gerapporteerde sterke en zwakke punten van het MRSA-preventiebeleid worden in deze paragraaf besproken. In tabel 3.40 en tabel 3.41 staan de drie sterke en zwakke punten die het vaakst geuit zijn (de antwoorden op de twee open vragen zijn gerubriceerd in 6 sterke en 6 zwakke punten).

De gezamenlijke verantwoordelijkheid in preventie, de beschikbaarheid van een eenduidig protocol en de kordaatheid van de consulent komen als sterke punten naar voren. De beroepsgroepen verschillen niet significant in de gerapporteerde sterke punten, wel zijn er

Tabel 3.40 Verdeling van de gerapporteerde sterke punten in preventie MRSA over de beroepsgroepen (in aantallen; n=54)

Sterke punten MRSA-preventie ¹		Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
Totaal aantal respondenten dat sterke punten genoemd heeft	54	34	8	12
Meest genoemde sterke punten				
alle partijen vertegenwoordigd in het MRSA-preventiebeleid	12	6	2	4
protocol is eenduidig	18	14	1	3
slagvaardigheid (hygiënist, arts microbioloog)	9	6	1	2

¹ niet elke respondent heeft op de open vraag sterke punten genoemd. In de tabel zijn de drie meest genoemde punten opgenomen

accentverschillen waarneembaar. Verpleegkundig personeel waardeert vooral de eenduidigheid en uitgebreidheid van instructies in het protocol, artsen en huishoudelijk personeel waarderen dat MRSA als collectief probleem in het preventiebeleid wordt aangepakt.

Tabel 3.41 bevat een overzicht van de zwakke punten van MRSA-preventie. Als zwakke punten zijn vooral geuit: een gebrek aan onderlinge afstemming in de preventietaken en een tekort aan kennis van maatregelen. Het protocol wordt enerzijds eenduidig genoemd (sterk punt), anderzijds ontoegankelijk. Dit kan te maken hebben met een verschil in beoordeling van de protocollen per ziekenhuis (zie ook paragraaf 3.3.8).

3.3.8 Verschillen tussen ziekenhuizen

In deze paragraaf worden de resultaten behandeld waarop ziekenhuizen significant van elkaar verschillen. De items waarop de ziekenhuizen significant van elkaar verschillen zijn in de tabellen gemarkeerd met een *. Voor de items waarvoor een significant verschil gevonden wordt, is nagegaan (Mann-Whitney U-toets) of het ziekenhuis dat lijkt af te wijken ook significant anders scoort. De resultaten worden gerelateerd aan de *per ziekenhuis* gerapporteerde sterke en zwakke punten van het preventiebeleid. De beide respondentgroepen komen overeen in leeftijd, sekse, werkervaring en ontvangen nascholing. De

Tabel 3.41 Verdeling van de gerapporteerde zwakke punten in preventie MRSA over de beroepsgroepen (in aantallen; n=53)

Zwakke punten MRSA-preventie ¹		Beroepsgroepen		
		Verpleging n=36	Artsen n=10	Huishouding n=17
Totaal aantal respondenten dat zwakke punten genoemd heeft	53	31	7	15
Meest genoemde zwakke punten				
gebrek aan coördinatie in taken preventie (beleid)	15	8	1	6
onvoldoende kennis	11	7	0	4
ontoegankelijk protocol (omvangrijk)	10	8	2	0

¹ niet elke respondent heeft sterke punten genoemd. In de tabel zijn drie meest genoemde punten opgenomen

MRSA-respondentgroep bevat alleen geen paramedisch personeel (analisten, $n=15$). De beroepsgroepen zijn redelijk gelijkmatig verdeeld over de vijf ziekenhuizen (zie hoofdstuk 2). De ziekenhuizen zijn op dezelfde variabelen met elkaar vergeleken als de beroepsgroepen. De *per ziekenhuis* gerapporteerde sterke en zwakke punten van het preventiebeleid worden gerelateerd aan de gesignaleerde verschillen tussen ziekenhuizen. Een vergelijking van verschillen tussen ziekenhuizen levert informatie op over de aanpak van preventie op het niveau van beleid en protocol.

Op ziekenhuisniveau doen zich geen significante verschillen voor in bekendheid met het protocol en in de inschatting van de effectiviteit van de maatregelen. De ziekenhuizen verschillen significant op de volgende onderdelen:

- Inschatting van de risicosituatie.
- Bekendheid met isolatiemaatregelen.
- Gerapporteerd gedrag (isolatiemaatregelen).
- Attitude ten aanzien van maatregelen en protocol.
- Inschatting eigeneffectiviteit.
- Stimulans (werkomgeving, organisatie).

Uit tabel 3.42 blijkt dat respondenten uit *ziekenhuis 5* meer dan gemiddeld ervaring opgedaan hebben met *MRSA* en meer bezorgd zijn over een mogelijke besmetting. Respondenten uit *ziekenhuis 3* zijn minder dan gemiddeld geconfronteerd met *MRSA* en ook minder bezorgd over een besmetting.

De respondenten zijn geselecteerd van afdelingen die als risicoafdeling beschouwd worden. De genoemde ziekenhuizen onderscheiden zich in omvang (aantal bedden) en in positionering (regio). Ziekenhuis 5 is, evenals ziekenhuis 1, een ziekenhuis dat vlakbij de grens van Nederland ligt. Ziekenhuis 5 heeft bovendien een centrumfunctie in de regio. De ziekenhuizen 3 en 4 liggen in dezelfde regio. In “grensziekenhuizen” komt mogelijk meer *MRSA* voor door uitwisseling van patiënten en personeel. Buiten Nederland schijnt een minder stringent *MRSA*-preventiebeleid gevoerd te worden.

Uit tabel 3.43 lijkt naar voren te komen dat respondenten uit *ziekenhuis 2* uitgesprokener positief oordelen over bepaalde maatregelen en over de eisen die aan een *MRSA*-protocol gesteld kunnen worden. In dit ziekenhuis is vooral kritiek geuit op het bestaande protocol, dat te omvangrijk en te onpraktisch wordt gevonden. De resultaten uit de vragenlijst wijzen mogelijk op een behoefte aan een toegankelijker protocol. Respondenten uit *ziekenhuis 5* onderscheiden zich van de andere ziekenhuizen met name door een minder positieve attitude ten aanzien van de in tabel 3.43 gepresenteerde protocoleisen. In dit ziekenhuis

Tabel 3.42 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot de inschatting van de risicosituatie *MRSA*

<i>Risicosituatie</i>	<i>Significant meer positieve antwoorden</i>	<i>Significant minder positieve antwoorden</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
geconfronteerd met <i>MRSA</i> **	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=19.29, p<.01$
bezorgd over besmetting**	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 3 en 4	$\chi^2(4)=16.94, p<.01$

** $p<.01$ (Kruskal-Wallis test)

Tabel 3.43 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot de attitude ten aanzien van preventiemaatregelen en protocol MRSA

<i>Attitude ten aanzien van preventiemaatregel</i>	<i>Significant meer meeeens</i>	<i>Significant minder meeeens</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
collegiaal toezicht is zinvol**	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=19.17, p<.01$
luchtcontrolemaatregel isolatie is zinvol*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=11.10, p\leq.05$
isolatiemaatregelen zijn hinderlijk*	Ziekenhuis 3		$\chi^2(4)=10.87, p\leq.05$
<i>Eisen protocol</i>			
protocol moet bindend zijn*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=11.65, p\leq.05$
protocol moet compact zijn*	Ziekenhuis 2	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=13.30, p\leq.05$
protocol moet besproken worden*		Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=11.15, p\leq.05$

* $p\leq.05$, ** $p<.01$ (Kruskal-Wallis test)

is meer dan in de andere kritiek geuit op het gevoerde *MRSA*-beleid.

Uit tabel 3.44 komt naar voren dat de ziekenhuizen slechts op een punt verschillen in de preventiemaatregelen die als norm verondersteld worden en in een klein aantal punten die betrekking hebben op het gebruik van beschermingsmiddelen en de luchtcontrolemaatregel. De geconstateerde verschillen duiden mogelijk op accentverschillen in het preventiebeleid. De ziekenhuizen verschillen op preventiepunten die in de *richtlijnen* voor *MRSA* niet duidelijk omschreven zijn.

Uit tabel 3.45 kan afgeleid worden dat in *ziekenhuis 3 en 4* respondenten de uitvoerbaarheid van preventiemaatregelen en het opvolgen ervan door collega's hoger inschatten dan gemiddeld. In tegenstelling tot het ziekenhuis met meer *MRSA*-ervaring (*ziekenhuis 5*), waar respondenten lager dan gemiddeld inschatten dat het lukt om overdracht te voorkomen en dat collega's vinden dat de maatregelen opgevolgd dienen te worden. In *ziekenhuis 4* is de contactpersoon voor infectiepreventie, de hygiënist, continu bereikbaar, in tegenstelling tot *ziekenhuis 2*. Dat verklaart mogelijk het verschil in inschatting van de bereikbaarheid.

De resultaten uit tabel 3.46 indiceren dat in ziekenhuizen met meer *MRSA*-ervaring respondenten naar verhouding minder ontevreden zijn over de aandacht die door de organisa-

Tabel 3.44 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot bekendheid met preventiemaatregelen en gerapporteerd gedrag MRSA

	<i>Significant meer positieve antwoorden</i>	<i>Significant minder positieve antwoorden</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
<i>Bekendheid met maatregelen</i>			
serviesgoed niet onbeschermd aanraken**		Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=13.97, p<.01$
<i>Gerapporteerd gedrag</i>			
gebruik muts****	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 4	$\chi^2(4)=23.40, p<.0005$
gebruik slossen**	Ziekenhuis 3	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=14.77, p<.01$
controle luchtdruk isolatie**	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=15.80, p<.01$

** $p<.01$, **** $p<.0005$ (Kruskal-Wallis test)

Tabel 3.45 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot de eigeneffectiviteitsverwachting en het opvolgen van de maatregelen MRSA

<i>Inschatting opvolgen lukt</i>	<i>Significant meer mee eens</i>	<i>Significant minder mee eens</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
inschatting preventie van MRSA-overdracht lukt*	Ziekenhuis 3 en 4	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=19.09, p\leq.05$
inschatting bereiken van contactpersoon in kantoor tijd lukt*	Ziekenhuis 4	Ziekenhuis 2	$\chi^2(4)=12.52, p\leq.05$
inschatting bereiken van contactpersoon buiten kantoor tijd lukt*	Ziekenhuis 4		$\chi^2(4)=9.64, p\leq.05$
<i>Inschatting opvolgen door collega's</i>			
collega's vinden dat maatregelen opgevolgd moeten worden*	Ziekenhuis 3	Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=17.57, p\leq.05$
collega's vinden dat volgens protocol gehandeld moet worden		Ziekenhuis 5	$\chi^2(4)=10.54, p\leq.05$

* $p\leq.05$ (Kruskal-Wallis test)

tie besteed is aan MRSA-preventie. Dit suggereert dat confrontatie met MRSA leidt tot meer stimulans en regelmatig onderhoud van MRSA-preventie. Desondanks is in de ziekenhuizen 1 en 5 meer kritiek geuit op het gevoerde beleid.

3.3.9 Samenvatting resultaten vragenlijst MRSA

De respondenten blijken regelmatig in contact te komen met MRSA-patiënten. De kans dat zij MRSA overdragen op anderen wordt desondanks laag ingeschat, evenals de kans dat ze zelf besmet raken. Ruim de helft van de respondenten is niet bezorgd om zelf besmet te raken met MRSA.

De preventiemaatregelen blijken bekend en de meerderheid van de respondenten heeft het protocol geraadpleegd. Uit de resultaten blijkt dat het protocol bij een MRSA-incident als informatiebron beschouwd wordt. In twijfelsituaties gaat de voorkeur echter uit naar andere informatiebronnen, zoals het afdelingshoofd of een expert (hygiënist, arts microbioloog).

Tabel 3.46 Significante verschillen ziekenhuizen met betrekking tot de institutionele stimulans MRSA

<i>Vorbereiding op preventie</i>	<i>Significant meer mee eens</i>	<i>Significant minder mee eens</i>	<i>Kruskal-Wallis test</i>
voldoende instructie ontvangen*		Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=10.10, p\leq.05$
voldoende isolatiemogelijkheden*		Ziekenhuis 2	$\chi^2(4)=11.21, p\leq.05$
voldoende ingelicht over belang van maatregelen*	Ziekenhuis 1		$\chi^2(4)=10.93, p\leq.05$
<i>Onderhoud van preventie</i>			
preventie regelmatig aan orde in werkoverleg*	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 3	$\chi^2(4)=15.44, p\leq.05$
protocol en instructie regelmatig aan orde in overleg***	Ziekenhuis 5	Ziekenhuis 4	$\chi^2(4)=20.45, p<.001$

* $p\leq.05$, *** $p<.001$ (Kruskal-Wallis test)

De maatregelen blijken als zinvol en effectief beoordeeld te worden. De preventiemaatregelen worden in het algemeen uitvoerbaar geacht, de helft van de respondenten vindt echter dat er te weinig tijd is in hectische omstandigheden om de maatregelen uit te voeren. De isolatiemaatregelen en contactbeperkende maatregelen voor personeel worden als belastend ervaren. Personeel dat onzorgvuldig handelt, wordt daarop aangesproken. Van collega's wordt verwacht dat die de maatregelen ook toepassen. Respondenten zijn er minder zeker van of collega's dat ook van hen verlangen.

MRSA-preventie (instructies en protocol) komt volgens respondenten met te weinig regelmaat aan de orde in het werkoverleg en in de nascholing. Er wordt te weinig informatie verstrekt over de oorzaken en consequenties van *MRSA*-overdracht, respondenten blijken aan die informatie wel behoefte te hebben. Controle op naleving en toetsing van kennis van instructies vindt volgens respondenten niet regelmatig plaats. De meerderheid vindt wel dat er voldoende collegiaal toezicht is op onzorgvuldig handelen.

De beroepsgroepen verschillen, samengevat, op de volgende punten:

- Bekendheid met protocol.
- Gebruik van protocol.
- Collegiaal toezicht.
- Eigeneffectiviteitsverwachting.
- Stimulans (werkomgeving, organisatie).

Huishoudelijk personeel is minder bekend met het ziekenhuisprotocol. Het ziekenhuisprotocol blijkt ook door huishoudelijk personeel veel minder geraadpleegd te worden dan door de andere beroepsgroepen. Mogelijk dient een eigen werkvoorschrift als norm. De uitvoerbaarheid van de *MRSA*-maatregelen wordt hoger ingeschat, dat geldt ook voor de toepassing ervan door collega's. Huishoudelijk personeel is het meest tevreden over de aandacht voor de *MRSA*-problematiek in het werkoverleg, maar oordeelt het meest negatief over de mate waarin zij gestimuleerd worden door de organisatie om conform het preventiebeleid te handelen. *Verpleegkundig personeel* schat de toepassing van preventiemaatregelen door collega's het laagst in. Collegiaal toezicht wordt als vanzelfsprekend beschouwd en in de praktijk door alle respondenten van deze beroepsgroep toegepast. Zij zijn het meest ontevreden over de mate waarin *MRSA*-preventie aan de orde komt in het werkoverleg. *Artsen* schatten de uitvoerbaarheid van de maatregelen in hectische situaties het laagst in. Zij blijken vooral kritiek te hebben op de omvang van het protocol, de bereikbaarheid ervan wordt laag ingeschat. In het algemeen heeft deze beroepsgroep een minder uitgesproken oordeel over de preventiemaatregelen.

Uit de resultaten is af te leiden dat de toepassing van *MRSA*-preventie een weinig gedifferentieerd beeld laat zien. De verschillen concentreren zich, uitgezonderd de inschatting van de uitvoerbaarheid, op exogene motivatiefactoren: bereikbaarheid van de informatiebron, stimulans door werkomgeving en organisatie. Het weinig gevarieerde beeld dat naar voren komt uit een vergelijking van beroepsgroepen, zou kunnen samenhangen met een nog weinig uitgekristalliseerde opvatting over de kosten en baten van *MRSA*-preventie. *MRSA* was ten tijde van het onderzoek immers een betrekkelijk nieuw verschijnsel. Een ander punt is dat *MRSA* als een lastig, maar wel beheersbaar probleem beschouwd wordt.

De effecten van *MRSA* zijn voor de gezondheid van personeel gering. De beroepsgroepen blijken meer dan eens geconfronteerd met *MRSA*, toch wordt de inschatting van de kans op overdracht ervan naar collega's of patiënten niet groot geacht. Men acht zich blijkbaar redelijk in staat om *MRSA* onder controle te houden

Op *ziekenhuisniveau* lijken de verschillen in resultaten samen te hangen met de opgedane ervaring met *MRSA*. Hoe meer ervaring, hoe meer bezorgdheid over *MRSA*, hoe lager de uitvoerbaarheid en het opvolgen van de maatregelen ingeschat wordt. Confrontatie met *MRSA* lijkt tot minder ontevredenheid te leiden over de aandacht die de organisatie besteedt aan *MRSA*-preventie.

3.4 Vergelijking resultaten Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*

In deze paragraaf worden de resultaten van de beide vragenlijsten op onderdelen die met elkaar overeenkomen vergeleken. Daarbij dient opgemerkt te worden dat de beide vragenlijsten wel in dezelfde ziekenhuizen zijn afgenomen, maar aan een verschillende groep respondenten zijn voorgelegd.

Risicosituatie

Uit tabel 3.47 is af te leiden dat de meerderheid van beide respondentgroepen blootgesteld is aan een mogelijk risico. Confrontatie met risico's houdt in dat door contact met een geïnfecteerde patiënt of met geïnfecteerd bloed er kans is op een besmetting. Uit tabel 3.47 blijkt dat de kans op een accidenteel bloedcontact hoger ingeschat wordt dan de kans op het oplopen van een *MRSA*. In geval van een accidenteel bloedcontact is een incident op twee manieren te benoemen: het opdoen van een prik-, snij- of spataccident (ruim de helft van het aantal respondenten) en het optreden van een besmetting met *HIV* of hepatitis als gevolg daarvan. Een *MRSA*-incident betekent dat de desbetreffende medewerker *MRSA*-positief is. In de resultaten zijn geen gegevens verwerkt over het aantal respondenten dat besmet is geraakt met *HIV*, hepatitis of *MRSA*.

Uit tabel 3.47 blijkt dat naar verhouding meer respondenten bezorgd zijn over een mogelijke besmetting met *MRSA* dan over een mogelijke besmetting na een bloedbloedcontact. Mogelijk komt de hogere bezorgdheid over *MRSA* voort uit de relatieve onbekendheid met deze problematiek. Aan de andere kant kan vaccinatie tegen hepatitis-B van invloed

Tabel 3. 47 Vergelijking risicosituatie accidenteel bloedcontact en *MRSA* (in procenten)

<i>Risicosituatie</i>	<i>Accidenteel Bloed- contact</i> n=70	<i>MRSA</i> n=63
confrontatie met risico	88 ¹	70
confrontatie met mogelijk geïnfecteerd bloed	93 ²	nvt ³
ingeschatte kans op incident ⁴	63	32
bezorgdheid voor besmetting	31	47

¹ n=43 medische personeel

² n=15 analisten

³ deze vraag is alleen van toepassing voor de maatregelen Accidenteel Bloedcontact

⁴ kans is het gemiddelde percentage van de twee items kans op incident is tamelijk groot en kans is groter dan bij werknemers van andere afdelingen

Tabel 3.48 Vergelijking bekendheid protocol accidenteel bloedcontact en MRSA (in procenten)

<i>Bekendheid protocollen</i>	<i>Accidenteel Bloed- contact n=70</i>	<i>MRSA n=63</i>
op de hoogte van protocol	96	92
globaal bekend met instructies	70	87
protocol geraadpleegd	59	81

zijn op een geringe bezorgdheid over besmetting na een accident; 80% van de respondenten vindt dat vaccinatie hen effectief beschermt tegen hepatitis-B.

Bekendheid met protocol

Meer respondenten zijn naar eigen zeggen bekend met de *MRSA*-instructies dan met de instructies voor Accidenteel Bloedcontact, zoals uit tabel 3.48 blijkt. Het *MRSA*-protocol blijkt ook door meer respondenten geraadpleegd. Uit tabel 3.48 is op te maken dat het percentage respondenten dat bekend is met de instructies over Accidenteel Bloedcontact hoger is dan het percentage dat zegt het protocol geraadpleegd te hebben. Die kennis wordt mogelijk via scholing of andere bronnen dan het protocol overgebracht.

Gerapporteerd gedrag

Uit de resultaten van de beide vragenlijsten is af te leiden dat de aan respondenten voorgedragen maatregelen door de meerderheid naar eigen zeggen wordt uitgevoerd. Uit tabel 3.49 blijkt dat beschermingsmiddelen gebruikt worden als *MRSA* zich voordoet en als er een verhoogde kans is op een besmettingsrisico (risicopatiënt, complexe handelingen, open wonden). Bij *MRSA* komt naar verhouding een hoger gebruik van beschermingsmiddelen voor. Uit tabel 3.49 blijkt dat er sprake is van sociale controle op het nakomen van preventie maatregelen, het merendeel van de respondenten zegt collega's op onzorgvuldig gedrag aan te spreken.

Attitude ten aanzien van preventie maatregelen

Respondenten vinden de preventie maatregelen zinvol en effectief. Het gebruik van beschermingsmiddelen ter vermindering van de kans op besmetting met hepatitis of *HIV* wordt minder effectief geacht dan ter vermindering van de kans op overdracht van *MRSA*, zie tabel 3.50. Respondenten vinden dat de middelen de uitvoering van de werkzaamheden hinderen.

Eisen aan protocollen

De protocollen dienen compact, bindend en toegesneden te zijn op de afdelingssituatie, zoals uit tabel 3.51 blijkt. Uit de gerapporteerde kritiekpunten komt bij beide protocollen

Tabel 3.49 Vergelijking gerapporteerd gedrag accidenteel bloedcontact en MRSA (in procenten)

<i>Gerapporteerd gedrag</i>	<i>Accidenteel Bloed- contact n=70</i>	<i>MRSA n=63</i>
gebruik beschermingsmiddelen bij risico	66	98
collegiaal toezicht op veilig werken	93	85

Tabel 3.50 Vergelijking attitude preventiemaatregelen accidenteel bloedcontact en MRSA (gemiddelde score)

<i>Attitude ten aanzien van preventiemaatregelen¹</i>	<i>Accidenteel Bloed-contact n=70</i>	<i>MRSA n=63</i>
beschermingsmiddelen zijn zinvol	2.60	1.75
beschermingsmiddelen hinderen de werkzaamheden	2.47	2.54
collegiaal toezicht is zinvol	1.81	1.67
collegiaal toezicht is betuttelend	3.54	3.37
<i>Effectiviteit van preventiemaatregelen</i>		
beschermingsmiddelen verminderen de kans op besmetting aanzienlijk	2.69	1.94

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

naar voren dat ze te omvangrijk zijn waardoor niet snel inzichtelijk is welke maatregelen van personeel verlangd worden. De meningen over de protocoleisen in tabel 3.51 zijn mogelijk gebaseerd op ervaringen met de huidige protocollen. Hoewel de protocollen instellingsbreed gebruikt worden, verlangt men toch dat ze afgestemd zijn op de afdelingssituatie.

Eigeneffectiviteitsverwachting

Uit tabel 3.52 blijkt dat respondenten inschatten dat het hen lukt om de preventiemaatregelen uit te voeren. Opmerkelijk is dat er weinig verschil lijkt in de ingeschatte uitvoerbaarheid om een accidenteel bloedcontact of *MRSA* te voorkomen. De kans op een accidenteel bloedcontact wordt beduidend hoger ingeschat dan op overdracht van *MRSA*. Het verschil kan te maken hebben met de mate waarin men denkt controle te hebben over de risicosituatie. Het *MRSA*-protocol wordt beter bereikbaar geacht dan het protocol Accidenteel Bloedcontact.

Sociale norm

Respondenten denken dat collega's uit de directe werkomgeving de maatregelen meestal wel opvolgen en dat ook van hen verwachten. Uit tabel 3.53 blijkt dat het nakomen van de maatregelen Accidenteel Bloedcontact naar verhouding lager ingeschat wordt dan het opvolgen van de *MRSA*-maatregelen. De meerderheid verandert de eigen handelwijze niet

Tabel 3.51 Vergelijking eisen protocollen accidenteel bloedcontact en MRSA (gemiddelde score)

<i>Eisen protocollen¹</i>	<i>Accidenteel Bloed-contact n=70</i>	<i>MRSA n=63</i>
protocol voorkomt discussie over taken en bevoegdheden	1.86	1.98
protocol moet bekend zijn ²	2.15	2.26
protocol moet compact en bindend zijn ³	1.75	1.88
protocol moet toegesneden zijn op afdelingssituatie	2.43	2.19

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

² samenvoeging van de items: bespreken van protocol en toetsen kennis van instructies protocol (bij $\alpha > .60$)

³ samenvoeging van twee items: protocol moet compact zijn en protocol moet bindend zijn (bij $\alpha > .60$)

Tabel 3.52 Vergelijking eigeneffectiviteitsverwachting accidenteel bloedcontact en MRSA (gemiddelde score)

<i>Eigeneffectiviteitsverwachting</i> ¹	<i>Accidenteel Bloedcontact</i> <i>n=70</i>	<i>MRSA</i> <i>n=63</i>
lukt voorkomen van risico ²	2.32	2.41
lukt bereiken van consultant preventie ³	2.46	2.32
lukt snel vinden van protocol	2.39	1.70

¹ vijf puntsschaal (1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee)

² samenvoeging van 2 items: voorkomen van risico en voorkomen van risico bij hectie (bij $\alpha > .60$)

³ samenvoeging van 2 items: bereiken in kantoor tijd en buiten kantoor tijd (bij $\alpha > .60$)

als collega's een andere mening over preventie hebben dan zij zelf hebben. Uitgangspunt voor de handelwijze lijkt het preventiebeleid.

Stimulans organisatie

Tabel 3.54 laat zien dat de voorzieningen voor de uitvoering van MRSA-preventie minder toereikend worden gevonden dan voor de uitvoering van de maatregelen Accidenteel Bloedcontact. Respondenten geven aan over voldoende vaardigheden te bezitten om de preventiemaatregelen uit te voeren.

Uit tabel 3.54 blijkt dat naar oordeel van respondenten met name het protocol Accidenteel Bloedcontact niet voldoende toegelicht is. Respondenten oordelen niet positief over de ontvangen bijscholing over preventiemaatregelen. Infectiepreventie komt volgens eenderde van de respondenten aan de orde in de bijscholing. Volgens respondenten is men onvoldoende voorgelicht over de oorzaken van incidenten. In het algemeen vindt men dat er te weinig continuïteit is in de voorlichting over preventie. Het opvolgen van de maatregelen Accidenteel Bloedcontact wordt naar oordeel van respondenten onvoldoende gestimuleerd.

3.5 Conclusie functioneren van protocollen

In de conclusie wordt vastgesteld op welke punten de protocollen succesvol en niet succesvol functioneren. Het beeld dat uit het vragenlijstonderzoek naar voren komt, zal vergeleken worden met de resultaten van het gebruiksonderzoek, daarna volgt een algehele conclusie over het functioneren van de protocollen (hoofdstuk 4)

Inschatting risicosituatie en bekendheid met risicofactoren

De inschatting van risico's kan, zoals in hoofdstuk 1 gesteld is, afhankelijk zijn van de

Tabel 3.53 Vergelijking sociale norm accidenteel bloedcontact en MRSA (gemiddelde score)

<i>Sociale norm</i> ¹	<i>Accidenteel Bloedcontact</i> <i>n=70</i>	<i>MRSA</i> <i>n=63</i>
collega's volgen preventiemaatregelen op	2.26	1.77
collega's vinden dat u volgens protocol moet handelen	1.77	1.42
verandert gedrag o.g.v normen collega's	4.07	4.38

¹ vijf puntsschaal (1=ja, altijd, 2=grotendeels wel, 3=soms wel, soms niet, 4=grotendeels niet, 5=nee, nooit)

bekendheid met risicofactoren, opgedane ervaringen met incidenten (van zichzelf en van collega's uit de directe werkomgeving) en van de inschatting van beheersbaarheid van mogelijke risico's.

Uit de resultaten blijkt dat er globaal gezien onduidelijkheid is over wat als een risicofactor beschouwd moet worden. Respondenten blijken met name onzeker te zijn over de risico's van slijmvliescontact en lichaamsvloeistoffen (al dan niet met bloed verontreinigd). De *richtlijnen* voor *MRSA* en voor *Accidenteel Bloedcontact* bieden onvoldoende inzicht in wat mogelijke risicofactoren zijn. Opmerkelijk is dat de beroepsgroepen niet verschillen in de inschatting van risicofactoren (noch bij *Accidenteel Bloedcontact* noch bij *MRSA*), terwijl op andere onderdelen extreme verschillen voor komen. Er lijkt geen sprake van een gedifferentieerd risicobeeld.

Respondenten blijken ervaring opgedaan te hebben met accidenten en met *MRSA*. De helft van de respondenten zegt ooit een accidenteel bloedcontact te hebben opgelopen, een ruime meerderheid zegt regelmatig geconfronteerd te zijn met *MRSA*. De *MRSA*-problematiek wordt beter beheersbaar ingeschat dan de accidenteel bloedcontactproblematiek. Respondenten denken dat het hen lukt om risico's te beperken, de bezorgdheid over een mogelijke besmetting met *HIV*, hepatitis of *MRSA* is gering. De ingeschatte eigen kwetsbaarheid in geval van een accidenteel bloedcontact wordt mogelijk beïnvloed door de veronderstelling dat vaccinatie voldoende bescherming biedt; een ruime meerderheid

Tabel 3.54 Vergelijking institutionele stimulans accidenteel bloedcontact en MRSA (gemiddelde score)

<i>Organisatorische Stimulans¹</i>	<i>Accidenteel Bloedcontact</i> <i>n=70</i>	<i>MRSA</i> <i>n=63</i>
<i>Voorzieningen</i>		
voldoende tijd	2.57	2.93
voldoende middelen ²	1.80	2.23
<i>Vorbereiding preventie</i>		
voldoende vaardig	1.84	1.96
protocol voldoende doorgesproken	3.36	3.00
voldoende bijscholing over preventiemaatregelen	3.21	3.47
voldoende informatie over oorzaak incidenten	3.99	3.19
<i>Onderhoud preventie</i>		
voldoende continuïteit in voorlichting ³	3.75	3.31
voldoende stimulans voor kritiek op preventie ⁴	4.33	2.69
voldoende stimulans tot naleving ⁵	3.31	3.00

¹ vijf puntsschaal (1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens)

² samenvoeging van 2 items (bij $\alpha > .60$): voldoende beschermingsmiddelen en voldoende middelen om afval op te bergen (accidenteel bloedcontact); voldoende isolatieruimte en voldoende ontsmettingspunten (*MRSA*)

³ samenvoeging van 3 items (bij $\alpha > .60$): preventie met voldoende regelmaat aan de orde in werkoverleg, instructies met voldoende regelmaat aan de orde en preventie met voldoende regelmaat aan de orde in bijscholing

⁴ samenvoeging van 3 items (bij $\alpha > .60$): voldoende stimulans om maatregelen op te volgen, voldoende stimulans om kritiek kenbaar te maken, aan kritiek voldoende aandacht besteed

⁵ samenvoeging van 2 items (bij $\alpha > .60$): regelmatig controle op nakomen maatregelen en voldoende collegiaal toezicht

gaat daar immers (mogelijk ten onrechte) vanuit.

Bekendheid met protocollen en voorzorgsmaatregelen

De doelgroep blijkt op de hoogte van het bestaan van de protocollen, men zegt bekend te zijn met de maatregelen voor preventief werken. Een meerderheid zegt de protocollen geraadpleegd te hebben. De *MRSA*-maatregelen zijn bekender dan de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact, de *MRSA*-protocollen blijken ook door meer respondenten geraadpleegd te zijn dan de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact.

Uit de resultaten komt naar voren dat de meerderheid denkt dat de voorgelegde preventiemaatregelen door hen getroffen moeten worden. Een uitzondering daarop is het gebruik van beschermende middelen zoals handschoenen ter voorkoming van een bloedbloedcontact. De resultaten duiden er op dat er geen eenduidigheid is over de situaties waarin verwacht wordt dat men handschoenen dient te gebruiken.

Volgens de *richtlijnen voor Accidenteel Bloedcontact* dient duidelijkheid te bestaan over de persoon of instantie waar men na een accident terecht kan voor hulpverlening. Uit de resultaten komt geen consistent beeld naar voren over de persoon of instantie die geconsulteerd moet worden na een accidenteel bloedcontact. In principe zou volgens de *Arbowet* een accident aan de bedrijfsarts gemeld dienen te worden. Uit de resultaten blijkt dat de helft van de respondenten ook denkt dat dat de bedoeling is, maar tevens blijkt dat de beroepsgroepen nogal uiteenlopen in hun verwachting wie geraadpleegd zou moeten worden.

Attitude protocollen en preventiemaatregelen

Respondenten staan in principe positief tegenover een protocol voor Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*. Protocollen dienen naar het oordeel van respondenten compact en bindend te zijn en besproken te worden met personeel. Men vindt dat personeel de maatregelen moet kennen, ook over toetsing van de kennis van een protocol oordeelt men positief. Uit de gerapporteerde kritiekpunten komt naar voren dat de protocollen te omvangrijk zijn. Bij de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact wordt de procedure voor afhandeling van accidenten onduidelijk gevonden, bij de *MRSA*-protocollen is onduidelijkheid over de coördinatie in en onderlinge afstemming van preventietaken.

De preventiemaatregelen worden als zinvol en effectief beoordeeld. Belastend blijken maatregelen die de uitvoering van de werkzaamheden (ver)hinderen, zoals het gebruik van beschermingsmiddelen, de isolatiemaatregelen en contactbeperkende maatregelen ter voorkoming van overdracht van *MRSA*. Het gebruik van beschermingsmiddelen ter vermindering van de kans op een besmetting met hepatitis of *HIV* wordt minder effectief geacht dan ter vermindering van de kans op *MRSA*.

Bereidheid om maatregelen te treffen

De meerderheid van de respondenten zegt de preventiemaatregelen (Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*) te treffen, dat geldt ook voor de maatregelen die als belastend ervaren worden. Het gebruik van beschermingsmiddelen ter voorkoming van een accidenteel bloedcontact en besmetting als gevolg daarvan blijkt wel afhankelijk te zijn van de inge-

schatte kans op een verhoogd risico. Die situatie doet zich blijkbaar voor bij behandeling van risicopatiënten (voor zover bekend), bij complexe handelingen en als veel bloedverlies verwacht wordt. De meerderheid zegt de postaccidentmaatregelen te treffen, toch heeft de helft nooit een accident opgelopen of gemeld. De resultaten dienen mogelijk opgevat te worden als de intentie om die maatregelen te treffen of als sociaal wenselijke antwoorden. Opmerkelijk is dat er weinig verschil is tussen de beroepsgroepen in de uitvoering (bereidheid) van de preventiemaatregelen. Bij de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact komt afwijkend gedrag voornamelijk voor bij huishoudelijk personeel (postaccidentprocedure).

Eigeneffectiviteitsverwachting

De meerderheid schat in dat het hen lukt om de preventiemaatregelen toe te passen. De bereikbaarheid van een consulent voor afhandeling van accidenten of voor overleg over *MRSA*-preventie blijkt tijdens kantooruren geen probleem, buiten kantooortijd wordt die bereikbaarheid aanmerkelijk lager ingeschat. Het protocol voor *MRSA* wordt beter bereikbaar geacht dan dat voor Accidenteel Bloedcontact.

De eigeneffectiviteitsverwachting is mede afhankelijk van de opgedane ervaring met de uitvoering van de maatregelen en de daarbij ervaren belemmeringen. De meerderheid heeft naar eigen zeggen de maatregelen toegepast, respondenten achten zich ook voldoende vaardig om de maatregelen te treffen. Van een belemmering door hectiek of werkdruk blijkt nauwelijks sprake. Volgens respondenten beschikt men over voldoende middelen en tijd om de maatregelen te treffen.

Sociale norm

Volgens de meerderheid van de respondenten volgen collega's de preventiemaatregelen op en beschouwen collega's de preventiemaatregelen als norm voor het handelen. Het nakomen van de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact wordt lager ingeschat dan het opvolgen van de *MRSA*-maatregelen.

Institutionele stimulans

Over de institutionele stimulans zijn respondenten minder positief; dat geldt vooral voor de voorlichting over de maatregelen Accidenteel Bloedcontact. Volgens respondenten zijn beide protocollen onvoldoende besproken. Preventie (Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*) komt volgens respondenten onvoldoende aan de orde in de bijscholing en ze worden onvoldoende ingelicht over de aard en oorzaak van incidenten. Respondenten blijken daar wel behoefte aan te hebben.

Van belang voor naleving van preventiemaatregelen is continuïteit in de voorlichting en nascholing of training, om terugval in routines te voorkomen wordt feedback op gedrag van belang geacht. Uit de resultaten blijkt dat er onvoldoende continuïteit in de voorlichting over preventie is. Respondenten vinden vreemd genoeg wel dat ze voldoende gestimuleerd worden om de instructies toe te passen, maar ze worden te weinig gestimuleerd om kritiek op preventie kenbaar te maken. Dat geldt met name voor de Accidenteel Bloedcontactmaatregelen. Er lijkt sprake van attenderen zonder instrueren (stimulatie in de richting van doen, maar niet in de richting van waarom en hoe). Controle door de orga-

nisatie op naleving van de maatregelen wordt onvoldoende geacht. Het collegiaal toezicht wordt daarentegen wel als voldoende beoordeeld.

Verskil tussen beroepsgroepen en ziekenhuizen

De beroepsgroepen verschillen extreem in kennis, attitude en gedrag. Extreme verschillen doen zich voor tussen het huishoudelijk en verpleegkundig personeel. Huishoudelijk personeel onderscheidt zich van de andere beroepsgroepen door een geringere bekendheid met de protocollen, door minder kennis van de problematiek en door een andere houding ten aanzien van hun rol in preventie. De uitvoerbaarheid van de voorzorgsmaatregelen Accidenteel Bloedcontact wordt lager ingeschat. Deze maatregelen worden ook minder toegepast.

Verpleegkundig personeel blijkt de meest protocolgedreven beroepsgroep. De uitvoerbaarheid van de voorzorgsmaatregelen voor een Accidenteel Bloedcontact wordt hoger ingeschat. Deze maatregelen worden echter in de praktijk niet door meer respondenten van deze beroepsgroep uitgevoerd. Verpleegkundig personeel onderscheidt zich van de andere beroepsgroepen door een actievere opstelling in de preventiezorg. De vaak hogere scores op de items kunnen een gevolg zijn van een sterkere mening ten aanzien van preventie. Preventie wordt vergeleken met de andere beroepsgroepen minder als een individueel probleem van de zorgverlener benaderd. Ook de administratieve en logistieke aspecten van de preventiemaatregelen worden door verpleegkundig personeel als onderdeel van het preventiebeleid beschouwd.

De beroepsgroep artsen staat het meest gereserveerd tegenover de preventiemaatregelen. Uit de resultaten blijkt dat deze beroepsgroep infectiepreventie voornamelijk als patiëntgebonden zorg opvat; de organisatorische en administratieve aspecten worden als ballast ervaren.

Op ziekenhuisniveau doen zich voornamelijk verschillen voor in de *MRSA*-preventie. Ziekenhuizen die vaker geconfronteerd zijn met *MRSA* onderscheiden zich door een hogere bezorgdheid over een mogelijke besmetting met *MRSA* en een lagere inschatting van de uitvoerbaarheid en naleving van de voorzorgsmaatregelen. Confrontatie met *MRSA* lijkt overigens wel tot minder ontevredenheid te leiden over de institutionele stimulans.

Samengevat, er is een algemene trend waarneembaar dat bij geïndividualiseerde preventieproblemen (Accidenteel Bloedcontactpreventie) er minder verschillen tussen ziekenhuizen dan tussen beroepsgroepen voorkomen. Bij collectieve preventieproblemen (*MRSA*) lijkt het er op dat de ziekenhuizen meer van elkaar verschillen dan de beroepsgroepen.

Consequenties voor communicatie

Uit de resultaten blijkt dat de institutionele stimulans (voorbereiding op en continuïteit in preventie) als een knelpunt beschouwd kan worden. In de communicatie dient meer aandacht besteed te worden aan risicoverhogende factoren en aan de aard en oorzaak van incidenten. In het werkoverleg en de nascholing moet regelmatig aandacht besteed worden aan de protocollen en de instructies. De controle op naleving van de maatregelen dient aangescherpt te worden. Er moet meer duidelijkheid komen over de persoon of instantie

die bij twijfel over preventiezorg geraadpleegd dient te worden, buiten kantoor tijd dient duidelijk te zijn wie de consultant voor preventie is. De protocollen dienen compact en op de praktijk toegesneden te zijn. Over het gebruik ervan kan op grond van de resultaten niets anders geconcludeerd worden dat de meerderheid zegt ze te raadplegen. Wanneer en waarvoor is niet te achterhalen, op grond van de resultaten is wel aan te geven dat een protocol beschouwd wordt als een norm voor de handelwijze en dat het dient om discussies daarover te voorkomen. Bij twijfels over de maatregelen gaat de voorkeur niet uit naar een protocol maar naar een expert (de hygiënist of arts microbioloog) of naar de direct leidinggevende (zoals een afdelingshoofd). In de communicatie over de maatregelen Accidenteel Bloedcontact dient naast bovengenoemde punten meer duidelijkheid verstrekt te worden over het gebruik van beschermende middelen en over de postaccidentprocedure. In de *MRSA*-voorlichting dient duidelijker naar voren te komen welke isolatiemaatregelen voor wie van toepassing zijn en wie verantwoordelijk is voor de preventietaken.

Hoewel de voorzorgsmaatregelen als universeel beschouwd worden, blijkt uit de resultaten dat de beroepsgroepen dermate verschillen in kennis, attitude, eigeneffectiviteit, gedrag en behoefte aan ondersteuning, dat zowel in de instructies als in de voorlichting er gedifferentieerd dient worden naar beroepsgroepen die patiëntgebonden handelingen (medisch en paramedisch) verrichten en beroepsgroepen die niet direct zelf in contact komen met de patiënt (dienstverlenend personeel, zoals huishoudelijk personeel).

De resultaten van het vragenlijstonderzoek laten een vrij positief beeld (uitgezonderd de institutionele stimulans) zien van het functioneren van de protocollen. Of dit beeld overeenkomt of verschilt met de resultaten van het gebruiksonderzoek zal uit hoofdstuk 4 blijken.

4

Resultaten gebruiksonderzoek naar functioneren van protocollen

“Ik denk dat je toch een stuk verder zou komen als je per groep gebruikers, een aparte IC-groep, OK-groep, dat je naar die groepen toegaat en luistert naar de opmerkingen die die mensen hebben en dat verwerkt, dus een vertaling maakt vanuit de praktijk, een praktijkbenadering”. (Arts, Z2)

“Er is te weinig uitvoeringsbereidheid op de werkvloer, infectieziekten zijn voor veel mensen toch een ver-van-mijn-bedshow, het is allemaal onbekend alleen tot er iets dramatisch gebeurt (...).Verbeteringen in het protocol wil men wel voor die ene patiënt, die slecht gaat, uitvoeren maar niet voor allemaal en zo werkt dat niet. Men is emotioneel betrokken bij een casus, maar het gaat er natuurlijk om dat je algemene zorg verleent en daar maakt de protocollering onderdeel vanuit”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Infectiepreventieprotocollen zijn moeizame zo niet hybride documenten: ze zijn bedoeld ter verantwoording van het preventiebeleid, maar ook om individuele gebruikers te instrueren en te motiveren tot adequaat handelen. In de praktijk moeten ze bovendien concurreren met tal van andere protocollen. De diversiteit van doelen dwingt tot communicatie. Ten eerste om werkbare instructies op te stellen. Zoals uit het eerste citaat blijkt, is er behoefte om protocollen te vertalen in op de werkvloer afgestemde instructies. Ten tweede om de doelgroepen te overtuigen van het belang van de voorzorgsmaatregelen. Dit is blijkbaar nodig omdat de betrokkenheid bij infectiezorg niet groot is, zoals uit het tweede citaat blijkt.

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van het tweede deelonderzoek naar het functioneren van de protocollen. Dit tweede deel bestaat uit een gebruiksonderzoek. Aan 92 informanten zijn takensets en beoordelvragen voorgelegd om te onderzoeken of de protocollen bekend, vindbaar, toegankelijk, begrijpelijk, uitvoerbaar en acceptabel zijn voor de doelgroepen. De protocollen Accidenteel Bloedcontact zijn door 42 informanten beoordeeld, de *MRSA*-protocollen door 50. De verdeling van informanten per ziekenhuis over de beide protocollen is in hoofdstuk 2 beschreven en toegelicht. Bijlage C bevat een overzicht van de takensets en vragen die gebruikt zijn om de protocollen te beoordelen.

In ziekenhuizen zijn vaak meerdere versies van een protocol in omloop, ook bestaat een protocol soms uit diverse onderdelen die al dan niet een zelfstandig leven leiden. Boven-

dien zijn in de praktijk van het protocol afgeleide producten vervaardigd, zoals checklists of afvinklijsten. Deze situatie bemoeilijkt het afgrenzen van een protocol als document. In het onderzoek zijn alleen die protocollen, onderdelen ervan en afgeleide producten beoordeeld die in de ziekenhuizen ten tijde van het onderzoek in gebruik zijn en als formele leidraad voor de handelwijze beschouwd worden. Per ziekenhuis is per protocolsoort een exemplaar beoordeeld door middel van de voorgelegde takensets. In sommige situaties betekent dat dat informanten geconfronteerd worden met één document; soms zijn ook onderdelen en afgeleide producten voorgelegd omdat anders de opdracht niet uitvoerbaar was. Deze situatie doet zich bijvoorbeeld voor bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact waarbij de preventieve maatregelen ter voorkoming van een accident gescheiden zijn van de curatieve (behandeling na een accident). Ook de *MRSA*-protocollen verschijnen vaak in meerdere delen, een protocol voor onverwachte en verwachte *MRSA* of er wordt verwezen naar andere producten zoals isolatieregels.

In totaal zijn vijf protocollen *MRSA* en vijf protocollen Accidenteel Bloedcontact in de beoordeling betrokken. In hoofdstuk 6 (tabel 6.1) is per ziekenhuis een overzicht gepresenteerd van protocollen die in gebruik, in concept of in ontwikkeling zijn. In het overzicht is gemarkeerd uit welke onderdelen de beoordeelde protocollen bestaan.

In dit hoofdstuk wordt eerst een indicatie gegeven van het succes of falen van de uitvoering van de taken. In paragraaf 4.1 wordt per protocoltype een overzicht gegeven van taken die succesvol en niet-succesvol zijn uitgevoerd. In paragraaf 4.2 wordt per protocolsoort en per beroepsgroep een overzicht gegeven van de problemen die zich voordoen bij de uitvoering van de taken. Vervolgens worden in paragraaf 4.3 de problemen nader beschreven en toegelicht aan de hand van citaten uit de interviews. De problemen die tijdens de afname van taken en beoordelingsvragen geuit zijn, zijn door de onderzoeker geïnventariseerd en gerubriceerd aan de hand van het analyseschema dat in hoofdstuk 2 gepresenteerd is. De problemen zijn gecategoriseerd als *contactproblemen* (belemmeringen om met het document in contact te komen), *tekstgerelateerde problemen* (belemmeringen op tekstniveau die van invloed zijn op de toegankelijkheid en begrijpelijkheid van de informatie), *toepassings- en acceptatieproblemen* (belemmeringen in de uitvoering en acceptatie van de voorgeschreven maatregelen). Paragraaf 4.4 bevat een samenvatting van de resultaten. In paragraaf 4.5 wordt ten slotte een conclusie getrokken over het functioneren van de protocollen op basis van de beide deelonderzoeken (hoofdstuk 3 en 4).

4.1 Succesvol en niet succesvol uitgevoerde taken

De taken zijn verdeeld over de informanten waarbij gestreefd is naar een evenredige verdeling van taken over de protocollen en beroepsgroepen (zie hoofdstuk 2). Niet elke taak is aan elke informant voorgelegd. Er kunnen dan ook alleen uitspraken gedaan worden over het percentage informanten dat een bepaalde taak al dan niet succesvol uitgevoerd heeft. Het accent in het gebruiksonderzoek ligt op exploratie van problemen die de beide protocollen opleveren. Daarbij is de vraagstelling: wat voor soort problemen doen zich voor, wat is de omvang van de geïnventariseerde problemen en waardoor worden de problemen veroorzaakt? De verhouding tussen niet succesvol en succesvol is een indicatie van een probleemsituatie.

De tabellen 4.1 en 4.2 bevatten een overzicht van taken die succesvol (S) en niet succesvol (V en A) verlopen zijn. Succesvol is een taak die zonder hulp correct uitgevoerd wordt, correct betekent dat het gerapporteerde gedrag overeenkomt met het door het protocol gewenste gedrag. De niet succesvol benoemde taken zijn gekwalificeerd als vastlopen (V) en afwijkend handelen (A). Van vastlopen (V) is sprake als informanten bij de uitvoering van taken in het protocol vastlopen en om hulp vragen. Als informanten rapporteren dat ze in de praktijk anders handelen dan in het protocol voorgeschreven is, is dat als afwijkend handelen benoemd (A). Dat betekent in beide situaties dat de protocollen als leidraad niet optimaal functioneren.

Uit de tabellen 4.1 en 4.2 kan afgeleid worden dat bij een minderheid van de voorgelegde taken de balans doorslaat naar succesvol. Succesvol verlopen de taken “*schoonmaken en reinigen van een verwonding*” (protocollen Accidenteel Bloedcontact) en “*management van een uitbraak van een onverwachte MRSA*” (protocollen MRSA). In het eerste geval gaat het om een vrij eenvoudige routinetaak, in het tweede om een taak waarbij informanten (afdelingsmanagement) moeten vaststellen hoe de taken en verantwoordelijkheden geregeld zijn bij onverwachte uitbraak, een situatie die in de praktijk niet veelvuldig voorkomt.

We gaan er van uit dat er sprake is van een probleemsituatie wanneer de helft van de voorgelegde taken niet succesvol (vastlopen of afwijkend gedrag) uitgevoerd wordt. Deze situatie doet zich bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact (tabel 4.1) voor bij:

- vaststellen of er sprake is van een risicosituatie (62% van de 34 informanten loopt vast),
- bepalen van vervolgacties na een accident (52% van de 27 informanten handelt anders dan voorgeschreven),
- uitvoering handelingen bij complicaties (53% van de 34 informanten loopt vast),

Tabel 4.1 Overzicht uitvoering van taken protocollen accidenteel bloedcontact (in aantallen; tussen haakjes in procenten)

Taak (Deel)taak aan informanten voorgelegd	Totaal uitgevoerde taken	Vastlopen (V)	Afwijkend handelen (A)	Succesvol handelen (S)
1 Voorkomen van accident, risicofactoren bepalen	25	8 (32%)	10 (40%)	7 (28%)
2 Handwijze na een accident, schoonmaken en desinfecteren	22	2 (9%)	6 (27%)	14 (64%)
3 Handwijze na accident vaststellen of sprake is van een risicosituatie	34	21 (62%)	5 (15%)	8 (23%)
4 Handwijze na een accident, vervolgacties bepalen	27	4 (15%)	14 (52%)	9 (33%)
5 Handwijze na een accident, meldprocedure uitvoeren	32	12 (37%)	13 (41%)	7 (22%)
6 Behandeling accidenten, risico-indicatie vaststellen	10	5 (50%)	1 (10%)	4 (40%)
7a, b Handwijze bij complicaties, handwijze bij onbekende bron, risicopatiënt	34	18 (53%)	13 (38%)	3 (9%)
8 Procedure wijzigen protocol; nagaan hoe wijzigingsvoorstellen ingediend moeten worden	24	8 (33%)	6 (25%)	10 (42%)
Totaal (V:A:S)		78	68	62

Tabel 4.2 Overzicht uitvoering van taken protocollen *MRSA* (in aantallen; tussen haakjes in procenten)

Taak (Deel)taak voorgelegd aan informanten	Totaal uitgevoerde taken	Vastlopen (V)	Afwijkend handelen (A)	Succesvol handelen (S)
1 Voorkomen van <i>MRSA</i> , risicofactoren vaststellen	35	24 (68%)	2 (6%)	9 (26%)
2 Voorkomen van verdere verspreiding van <i>MRSA</i> , handelwijze bij isolatie	38	15 (39%)	6 (16%)	17 (45%)
3 Voorkomen van verdere verspreiding van <i>MRSA</i> , omgaan met besmet materiaal	16	11 (69%)	5 (31%)	0 (0%)
4 Voorkomen van verdere verspreiding van <i>MRSA</i> , nagaan welke beperkingen (contact/huid) bij isolatie voor personeel gelden	19	14 (74%)	1 (5%)	4 (21%)
5 Voorkomen van verdere verspreiding van <i>MRSA</i> , kweekbeleid personeel bepalen	18 ¹	8 (44%)	1 (5%)	9 (50%)
6a,b Voorkomen van verdere verspreiding van <i>MRSA</i> , (beroepsspecifiek taken/vervoer patiënt/onderhoud isolatie)	18	7 (39%)	3 (17%)	8 (44%)
7 Handelwijze bij calamiteiten, handelwijze na onbeschermd contact	19 ¹	12 (63%)	2 (10%)	5 (26%)
9 Handelwijze bij calamiteiten, handelwijze indien zelf <i>MRSA</i> -positief	27	17 (63%)	4 (15%)	6 (22%)
8a,b Management uitbraak <i>MRSA</i> , taak bij uitbraak nagaan	24 ¹	8 (33%)	3 (12%)	13 (54%)
10 Wijzigen protocol, nagaan hoe een wijzigingsvoorstel ingediend moet worden	17	9 (53%)	0 (0%)	8 (47%)
Totaal (V:A:S)		125	27	79

¹ door afronding is het totaal geen 100%

- risico-indicatie vaststellen (50% van de 10 informanten loopt vast).

Bij de protocollen *MRSA* (tabel 4.2) doen zich problemen voor bij:

- vaststellen van de risicofactoren voor overdracht van *MRSA* (68% van de 35 informanten loopt vast),
- handelwijze voor het omgaan met mogelijk besmet materiaal (69% van de 16 informanten loopt vast),
- vaststellen van contactbeperkingen bij isolatie (74% van de 19 informanten loopt vast),
- handelwijze bij onbeschermd contact (63% van de 19 informanten lopen vast),
- handelwijze als men zelf *MRSA*-positief is (63% van de 27 informanten loopt vast),
- indienen van een voorstel voor wijzigen van protocol (53% van de 17 informanten loopt vast).

Uit de tabellen 4.1 en 4.2 blijkt dat bij beide protocollen verhoudingsgewijs vooral vastloopproblemen voor komen. Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact concentreren de problemen zich op de postaccidentprocedure. Problematisch blijken taken waarbij informanten een afweging van risico's moeten maken en waarbij op grond van die afweging bepaald moet worden welke acties nodig zijn. Bij de *MRSA*-protocollen komen naar verhouding meer vastloopproblemen voor dan handelingen die afwijken van het protocol.

Problematisch blijkt het vaststellen van risicofactoren en het vaststellen van condities die gelden voor personeel dat betrokken is bij behandeling of verzorging van een *MRSA*-patiënt.

4.2 Verdeling geïnventariseerde problemen over protocollen en beroepsgroepen

De tijdens de uitvoering van taken naar voren gekomen problemen en de beantwoording van de beoordelingsvragen zijn geanalyseerd aan de hand van het in hoofdstuk 2 (tabel 2.9) gepresenteerde schema. Het gaat om problemen met betrekking tot het protocolgebruik en de naleving ervan. In deze paragraaf wordt een beeld gegeven van de omvang van geïnventariseerde problemen. Eerst wordt per protocoltype en per subcategorie een overzicht gegeven van de omvang van problemen, daarna per beroepsgroep.

Er is sprake van een protocolprobleem als informanten niet in contact kunnen komen met de documenten (*contactproblemen*), de informatie in het protocol niet kunnen traceren of niet adequaat interpreteren (*tekstgerelateerde problemen*) of als blijkt dat de handelingen voor hen onuitvoerbaar (*toepassingsproblemen*) of onaanvaardbaar (*acceptatieproblemen*) zijn. *Afwijkend gedrag* is als de resultante van voornoemde protocolproblemen te beschouwen. Informanten kunnen anders handelen, omdat ze onbekend zijn met de preventiemaatregelen, de maatregelen niet duidelijk zijn of onaanvaardbaar. Buiten beschouwing blijft de vraag hoe ernstig de gevolgen van de problemen in de praktijk zijn. Het onder-

Tabel 4.3 Verdeling problemen per protocoltype (in procenten; tussen haakjes aantal informanten)

<i>Geconstateerde problemen</i>	<i>Protocollen Accidenteel Bloedcontact n=42¹</i>	<i>MRSA-protocollen n=50¹</i>	<i>Totaal (over beide protocollen) n=92¹</i>
<i>Contactproblemen</i>			
niet op hoogte van protocol	45% (19)	18% (9)	30% (28)
onbekend met vindplaats protocol	19% (8)	8% (4)	13% (12)
reken zichzelf niet tot doelgroep	7% (3)	8% (4)	8% (7)
<i>Tekstgerelateerde problemen</i>			
opzoeken problematisch	31% (13)	42% (21)	37% (34)
begripsproblemen	83% (35)	62% (31)	72% (66)
volledigheidsproblemen	59% (25)	70% (35)	65% (60)
herkenningsproblemen	28% (12)	20% (10)	24% (22)
<i>Toepassingsproblemen</i>			
actualiteit problematisch	43% (18)	46% (23)	44% (41)
belemmeringen (organisatorisch, logistiek, fysiek)	90% (38)	82% (41)	86% (79)
<i>Acceptatieproblemen</i>			
twijfel over maatregelen (nut, effectiviteit of rechtvaardigheid)	50% (21)	36% (18)	42% (39)
twijfel over personeel (expertise, inzet)	33% (14)	10% (5)	21% (19)
afwijzing van verantwoordelijkheden, verplichtingen	74% (31)	48% (24)	60% (55)

¹ n betreft het aantal informanten

zoek is beperkt tot het vaststellen of de protocollen bruikbaar zijn als leidraad voor preventief handelen. Tabel 4.3 illustreert de omvang van geïnventariseerde problemen per protocoltype.

Ter duiding van de omvang van de problematiek spreken we van een probleemsituatie als een probleemtype bij de helft van de respondenten voorkomt. Als een probleem zich bij tweederde van de respondenten voordoet dan spreken we van een serieus probleem. Serieuze problemen blijken bij beide protocollen op meerdere fronten voor te komen. Op het niveau van de tekst komen vooral begrips- en volledigheidproblemen voor. De toepassing van de maatregelen wordt gehinderd door organisatorische, logistieke of fysieke belemmeringen. Maatregelen blijken acceptatieproblemen op te leveren omdat men de verantwoordelijkheden in preventie of de opgelegde verplichtingen niet aanvaardt. Uit deze resultaten blijkt dat de protocollen als leidraad voor de handelwijze niet optimaal functioneren; een minder positief beeld dan op grond van de resultaten van het vragenlijstonderzoek verwacht zou worden. De meerderheid van de respondenten in dat deelonderzoek vindt de maatregelen immers zinvol en acht ze ook uitvoerbaar, van belemmeringen lijkt nauwelijks sprake. Mogelijk is dat respondenten op de vragen sociaal wenselijk geantwoord hebben of dat zij slechts een globaal beeld hebben van de in de protocollen vastgelegde maatregelen. Uit de gerapporteerde kritiek komt wel naar voren dat de protocollen te omvangrijk en te weinig op de praktijk toegesneden zijn. Ook de aandacht voor de protocollen in werkoverleg of nascholing blijkt onvoldoende.

Afwijkend gedrag komt bij beide protocollen voor, zie tabel 4.4. Tweederde komt voort uit onwetendheid (onbekendheid met of onduidelijkheid van de maatregelen), eenderde wordt veroorzaakt door onaanvaardbaarheid van de maatregelen. Van de protocollen Accidenteel Bloedcontact wordt vaker afgeweken dan van de *MRSA*-protocollen. Irritaties over afwijkend gedrag van anderen komen vooral voor bij de *MRSA*-protocollen. Ruim een derde van de informanten ergert zich aan personeel dat zich niet aan de protocollen houdt. Dat geldt met name voor de beschermende maatregelen bij isolatie.

Uit de tabellen 4.3 en 4.4 blijkt dat de protocollen Accidenteel Bloedcontact naar verhouding vaker problemen opleveren dan de *MRSA*-protocollen: ongeveer de helft van de respondenten is niet bekend met de protocollen. Bij meer dan driekwart van de respondenten doen zich begrips- en acceptatieproblemen voor. Een ruime meerderheid signaleert belemmeringen bij de toepassing van de maatregelen. De meerderheid handelt anders dan het protocol voorschrijft, door onbekendheid met de maatregelen of door de onduidelijkheid ervan. De problemen doen zich vooral bij de postaccidentmaatregelen voor. Bij de

Tabel 4.4 Gerapporteerde redenen en irritaties over afwijkend gedrag (in procenten; tussen haakjes in aantallen)

	<i>Protocollen Accidenteel Bloedcontact n=42¹</i>	<i>MRSA-protocollen n=50¹</i>	<i>Totaal (over beide protocollen) n=92¹</i>
onbekendheid of onduidelijkheid	81% (34)	38% (19)	58% (53)
onaanvaardbaarheid	50% (21)	14% (7)	30% (28)
<i>Irritaties over afwijkend gedrag</i>	26% (11)	44% (22)	36% (33)

¹ n betreft het aantal informanten

MRSA-protocollen concentreren de problemen zich op de tekst en de toepassing van maatregelen. Bij deze protocollen kampt meer dan tweederde met begrips- en volledigheidproblemen, een ruime meerderheid signaleert eveneens toepassingsbelemmeringen. De problemen hebben betrekking op het vermijden van *MRSA* (risicofactoren) en op de condities voor personeel bij verzorging of behandeling van een *MRSA*-patiënt. Ook uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek komt naar voren dat de protocollen Accidenteel Bloedcontact minder goed functioneren dan de *MRSA*-protocollen. Respondenten achten de voorzorgsmaatregelen minder effectief, de naleving ervan wordt lager ingeschat. De protocollen blijken verder minder bekend en er is ook meer kritiek op de voorlichting.

Tabel 4.5 laat zien dat er een verschil is tussen de beroepsgroepen in aard en omvang van de problemen. De beroepsgroep analisten is niet meegerekend in de telling van de omvang van problemen bij de beroepsgroepen. De groep analisten (n=8) is alleen betrokken in de beoordeling van de protocollen Accidenteel Bloedcontact. Een vergelijking tussen de beroepsgroepen zou dan alleen per protocol te maken zijn. De groep analisten is te klein om uitspraken te doen over de omvang van gesignaleerde problemen. De groep vertoont soms overeenkomsten met het huishoudelijk personeel, soms met de artsen. Daardoor is een indeling in medisch en niet-medisch personeel niet gerechtvaardigd. Met de artsen komen analisten overeen in de acceptatieproblemen en begripsproblemen. Met het huishoudelijk personeel in de herkennings- en toepassingsproblemen (belemmeringen), met het verpleegkundig personeel in de zoek- en volledigheidproblemen.

De aantallen per beroepsgroep zijn te klein om per protocol uitspraken te doen over de

Tabel 4.5 Verdeling problemen over beroepsgroepen (in procenten tussen haakjes in aantallen, n=84)

<i>Geconstateerde problemen</i>	<i>Totaal n=84</i>	<i>Artsen n=26</i>	<i>Verpleging n=36</i>	<i>Huishouding n=22</i>
<i>Contactproblemen</i>				
niet op hoogte van protocol	30% (25)	38% (10)	14% (5)	45% (10)
onbekend met vindplaats protocol	13% (11)	19% (5)	8% (2)	18% (4)
reken zichzelf niet tot doelgroep	8% (7)	11% (3)	3% (1)	14% (3)
<i>Tekstgerelateerde problemen</i>				
opzoeken problematisch	34% (29)	23% (6)	55% (20)	14% (3)
begripsproblemen	70% (59)	81% (21)	72% (26)	54% (12)
volledigheidsproblemen	61% (51)	54% (14)	69% (25)	54% (12)
herkenningsproblemen	23% (19)	15% (4)	19% (7)	36% (8)
<i>Toepassingsproblemen</i>				
actualiteit problematisch	45% (38)	42% (11)	53% (19)	36% (8)
belemmeringen (organisatorisch, logistiek, fysiek)	84% (71)	85% (22)	80% (29)	91% (20)
<i>Acceptatieproblemen</i>				
twijfel over maatregelen (nut, effectiviteit of rechtvaardigheid)	39% (33)	69% (18)	42% (15)	0% (0)
twijfel over personeel (expertise, inzet)	20% (17)	42% (11)	11% (4)	9% (2)
afwijzing verantwoordelijkheden, verplichtingen	57% (48)	65% (17)	53% (19)	55% (12)

geconstateerde problemen. Tabel 4.5 bevat per subcategorie het percentage problemen over beide protocoltypen heen.

Op grond van het gering aantal contactproblemen valt te concluderen dat beroepsgroepen zich als doelgroep van de protocollen beschouwen en dat zij weten waar het protocol te vinden is. Echter, van het huishoudelijk personeel blijkt 45% niet op de hoogte van de protocollen, ze blijken wel te weten waar het te vinden zou moeten zijn en ook rekenen zij zich tot de doelgroep ervan. Protocollen zijn vaak gebundeld in handboeken die beschikbaar zijn op afdelingen of op daarvoor aangewezen plaatsen. Dat geldt ook voor huishoudelijk personeel. Het resultaat betekent dat zij onvoldoende geattendeerd zijn op dit protocol.

Bij de tekstgerelateerde problemen ligt het accent bij alle beroepsgroepen op begrips- en volledigheidproblemen. Bij artsen en verpleegkundigen kan van een serieus begripsprobleem gesproken worden: bij een ruime meerderheid komt dit probleem voor. Volledigheidproblemen en zoekproblemen komen bij het verpleegkundig personeel meer voor dan bij de andere beroepsgroepen. Bij huishoudelijk personeel komen naar verhouding meer herkeningsproblemen voor. Uit de praktijktoets blijkt dat huishoudelijk personeel al vrij snel vastloopt vanwege herkeningsproblemen, zij komen in feite niet toe aan het interpreteren van de informatie waardoor ze minder geconfronteerd worden met zoek-, begrips- en volledigheidproblemen. Aangezien de helft van het huishoudelijk personeel met begrips- en volledigheidproblemen kampt, is toch sprake van een probleemsituatie.

De beroepsgroepen komen overeen in de mate waarin zij uitvoeringsproblemen ervaren. Organisatorische, fysieke belemmeringen komen bij meer dan driekwart van alle beroepsgroepen voor, er is dus sprake van een serieus probleem.

Bij de acceptatieproblemen valt op dat bij artsen naar verhouding de meeste twijfels voorkomen over de relevantie van de maatregelen. Bij huishoudelijk personeel zijn geen twijfels gesignaleerd. De beroepsgroep artsen heeft ook meer twijfels over de expertise van personeel dat in de uitvoering van de maatregelen betrokken is (postaccidentprocedure). Meer dan de helft van alle beroepsgroepen heeft problemen met de aanvaarding van verantwoordelijkheden en verplichtingen in de preventiezorg. Op grond van de resultaten kan gesteld worden dat bij artsen sprake is van een serieus acceptatieprobleem en dat bij verpleegkundig en huishoudelijk personeel er een probleemsituatie is met betrekking tot acceptatie van verantwoordelijkheden.

Afwijkend gedrag komt bij alle beroepsgroepen voor, maar vooral bij huishoudelijk personeel, zie tabel 4.6. Uit tabel 4.6 blijkt dat zich bij huishoudelijk personeel een serieus probleem voordoet. Men handelt afwijkend uit onbekendheid met of onduidelijkheid van de maatregelen. Dat blijkt vooral voor te komen bij de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact. De beroepsgroep artsen handelt meer dan de andere beroepsgroepen afwijkend op grond van onaanvaardbaarheid van de maatregelen. Huishoudelijk personeel ergert zich meer dan de andere beroepsgroepen aan afwijkend gedrag van personeel bij de *MRSA*-preventiemaatregelen. Dat verschil komt voort uit andere opvattingen over protocollen en regelgeving. Voor sommigen dient een protocol als een soort collectieve norm

Tabel 4.6 Verdeling problemen over beroepsgroepen (in procenten; tussen haakjes in aantallen, n=84¹)

	Totaal (n=84)	Artsen (n=26)	Verpleging (n=36)	Huishouding (n=22)
<i>Afwijkend gedrag</i>				
onbekendheid, onduidelijkheid	51% (43) ²	42% (11)	47% (17)	68% (15)
onaanvaardbaarheid	30% (25)	46% (12)	19% (7)	27% (6)
<i>irritaties over afwijkend gedrag</i>	37% (31)	35% (9)	25% (9)	59% (13)

¹ de beroepsgroep analisten (n=8) is niet meegerekend.

² het percentage afwijkend gedrag is lager dan bij het totaal aantal respondenten (n=92). Dit komt door de beroepsgroep analisten: 6 van de 8 handelt afwijkend (gebruik van handschoenen ter preventie van een bloedbloedcontact).

waaraan iedereen zich moet conformeren, anderen zien het meer als een instrument met een relatieve waarde. In de protocollen ontbreekt echter vaak informatie over de status ervan (bindend, voor wie en wanneer), de maatregelen zijn in feite als universeel geldend gepresenteerd.

Op grond van de resultaten kan gesteld worden dat bij alle beroepsgroepen toch wel sprake is van serieus te nemen tekstuele en toepassingsproblemen. In de volgende paragraaf zal de problematiek nader gespecificeerd worden aan de hand van voorbeelden uit de interviews over de uitgevoerde taken.

4.3 Beschrijving van gesignaleerde problemen

De door informanten gesignaleerde problemen worden in deze paragraaf beschreven en toegelicht aan de hand van voorbeelden die zijn ontleend aan de interviews van het gebruiksonderzoek. Daarbij dient opgemerkt te worden dat die voorbeelden geselecteerd zijn die kenmerkend zijn voor een bepaald probleemtype en die door meerdere informanten gesignaleerd zijn. Waar mogelijk wordt een relatie gelegd tussen de aard en omvang van de problemen, de protocoltypen en de probleemhebbers (de beroepsgroepen).

De geselecteerde voorbeelden zijn als citaten opgenomen in het verslag, voorzien van de volgende notities: tussen haakjes wordt verwezen naar beroepsgroep, ziekenhuis en de voorgelegde opdracht, een taak of een beoordelingsvraag. Weggelaten fragmenten worden gemarkeerd met een (...). Tussen haakjes in cursief staan opmerkingen over het gedrag van de informanten, zoals pauzeren of stil lezen. Als informanten meer dan 5 seconden pauzeren, is dat in het citaat aangeduid met (5 sec). Tussen vierkante haken in cursief staan ter verduidelijking van de context toelichtingen van de onderzoeker op het citaat, bijvoorbeeld [*MRSA-protocol*]. Wanneer sprake is van een interactie tussen informant en proefleider is de opmerking van de proefleider gekenmerkt met pl[.]. Ter onderscheiding van de protocollen wordt bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact gesproken over prikaccidenten en bij de *MRSA*-protocollen over *MRSA*).

4.3.1 Contactproblemen

Contactproblemen belemmeren dat de doelgroep in aanraking komt met de protocollen. De doelgroep weet bijvoorbeeld niet dat er een protocol is voor een bepaald type probleem, kent alleen een bepaald onderdeel ervan (b.v. de hepatitis-B route na een accident)

of blijkt onbekend met de meest recente versie van het protocol. Mogelijk is dat informanten wel op de hoogte zijn van het protocol maar niet weten waar het te vinden is of denken dat het niet voor hen bedoeld is. Voorafgaand aan de taak is eerst aan informanten gevraagd of zij op de hoogte zijn van een protocol voor *MRSA* of Accidenteel Bloedcontact, waar het protocol te vinden is en voor wie het bedoeld is. Vervolgens is het protocol dat in het ziekenhuis in gebruik is aan informanten voorgelegd met de vraag of dat protocol hen bekend is en of ze het ooit geraadpleegd hebben.

Uit de interviews blijkt dat informanten wel op de hoogte zijn van het bestaan van een protocol voor *MRSA* of een Accidenteel Bloedcontact, maar ze zijn niet altijd op de hoogte van de meest actuele versie ervan omdat zowel verouderde als nieuwe versies in omloop zijn. Soms blijkt dat men alleen bekend is met een van het protocol afgeleid product, zoals een werkkaart of afvinklijst. Een gering aantal informanten (13%) is onbekend met de vindplaats van de protocollen, de meeste beschouwen zichzelf als doelgroep van de protocollen. Degenen die zich niet als doelgroep van het protocol beschouwen, denken dat de protocollen bedoeld zijn voor behandelaars, de hygiënisten of de infectiecommissie.

“Je zit in dit ziekenhuis met diverse overlappende protocollen. De Eerste Hulp heeft een protocol, het lab heeft er een en dit [*Accidenteel Bloedcontact*] van de eerste hulp is weer anders dan dat van het lab. En zo heb je ontzettend veel protocollen die naast en door elkaar lopen. Je moet zorgen dat er in het ziekenhuis afstemming komt op alle niveaus en geleidingen. Zodat iedereen dezelfde stappen onderneemt bij een accident. Dat je niet twee of drie protocollen hebt voor hetzelfde probleem, dat werkt gewoon niet”. (Verpleegkundige Eerste Hulp, Z1)

“Dit is in feite niet voor ons bedoeld. We hebben gewoon een rode en roze kaart [*voor isolaties*]. Met het protocol hebben we eigenlijk niets te maken”. (Huishoudelijk medewerker, Z1)

Informanten blijken vooral globaal op de hoogte te zijn van de protocollen. Bij de uitvoering van de taak kwam naar voren dat sommigen niet op de hoogte zijn van onderdelen als meldingsformulieren, beslissingstabellen of schema's voor afweging van risico's. Dat zijn juist de onderdelen die een indicatie geven van het gebruik van de protocollen in de praktijk, ze dienen immers als registratie van accidenten (melding) en als handleiding voor de afweging van mogelijke risico's. Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact blijkt dat sommigen onbekend zijn met de recente wijzigingen in het protocol.

“Ik heb dit formulier [*meldingsformulier accidenten*] nooit eerder gezien. Ik wist niet dat het er was. Dus ik neem aan dat als je een accident meldt dat dit dan bij de ziekenhuishygiënist ingevuld moet worden?” (Arts, Z3)

“Ik zou toch wel meer informatie willen, want van die regels bij *HIV* en dat *PET*-gedoe daar heb ik nog nooit van gehoord. Ook dat je je moet melden binnen 15 minuten is helemaal vreemd voor mij (...). Dat je nu naar de Eerste Hulp moet is een belangrijke verandering. Ik denk dat instructie wel nodig is als je zo'n herzien protocol krijgt. Dat leest niet iedereen door. Dan moet je op een bladzijde toch aankondigen wat de wijzigingen voor ons zijn”. (Analist, Z1)

De distributie van protocollen verloopt niet altijd vlekkeloos. Degenen die, soms toch ter voorbereiding op het onderzoek, naar de protocollen hebben gezocht, signaleren dat ze onvindbaar zijn, dat digitale systemen niet toegankelijk zijn voor iedereen of dat de recente versie niet beschikbaar is.

“Ja voor dit gesprek heb ik gezocht, waar het protocol lag. Het lag niet op de stapel. Niet op het bureau. Vorig jaar hebben we ook zo intensief gezocht, het kostte behoorlijk wat moeite om het boven tafel te krijgen (...). Ik wilde ook nog het oude protocol [M_{RS}A] zien, maar het heeft drie dagen geduurd voor ik het in handen had. En toen had ik ook nog niet de goede versie”. (Arts, Z1)

“Zo nu en dan ligt er een of ander protocol in ons postvakje. Met “let op dit is het nieuwe en het oude moet eruit”. Als het goed is, doen we dat [*verwijderen protocol*] dus zelf. Maar ik merk er nooit iets van dat het gebeurt. Door het verloop van arts-assistenten weet ik ook niet of het altijd gebeurt. Als ik een protocol uit '98 zie dan denk ik dat zal vast wel drie keer gewijzigd zijn. Dan houd ik daar wel rekening mee”. (Arts-assistent, Z4)

Contactproblemen blijken vooral bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact voor te komen, dat blijkt zowel uit het vragenlijstonderzoek als uit de praktijktoets. Door een gebrekkige implementatie zijn diverse versies van protocollen in omloop. In de voorlichting blijkt weinig continuïteit te zijn. Als protocollen verspreid zijn, wordt er vanuit gegaan dat ze ook toegepast worden.

4.3.2 Tekstgerelateerde problemen

Tekstgerelateerde problemen zijn problemen die zich in het gebruik van de tekst voordoen. Informanten kunnen bijvoorbeeld problemen hebben met het opzoeken van informatie in de protocollen (opzoekproblemen), met het begrijpen van de geselecteerde informatie (begripsproblemen), aangeven dat de informatie ontoereikend is om te bepalen welke acties gewenst zijn (volledigheidsproblemen) en zich niet herkennen in de beschreven probleemsituaties (herkenningsproblemen). Al de voornoemde problemen zijn samengevat als tekstgerelateerd. Ze worden in onderstaande subparagrafen beschreven.

Opzoekproblemen

Voorwaarde voor het opvolgen van de in het protocol vastgelegde voorzorgsmaatregelen is dat gebruikers in staat zijn om in de tekst die gegevens op te zoeken en te selecteren die van belang zijn voor het correct handelen in een bepaalde situatie. Het opzoeken van informatie verloopt problematisch, omdat gebruikers in het protocol als het ware verdwalen. De inhoudsopgave, de omvang van de protocollen en de gebruikte termen zijn te specialistisch om voldoende houvast te bieden voor het snel opzoeken van de benodigde informatie. Informanten merken op dat je eerst het protocol integraal moet lezen voordat je er iets in kunt vinden wat voor jouw probleem van toepassing is.

Uit onderstaande voorbeelden blijkt dat informanten vastlopen bij het zoeken naar informatie en vervolgens hulp vragen om een weg te vinden in het protocol. In het eerste voorbeeld kan de informant in de inhoudsopgave geen aanknopingspunt vinden voor de vraag welke maatregelen nodig zijn om een accident te voorkomen, omdat de term (universal precautions) die daarvoor gebruikt wordt, niet herkend wordt:

“Daar denk ik hè, pagina 8 even kijken hè (*12 sec stilte*). Dit is de handelwijze, maar het gaat om het voorkomen van accidenten hè? (*5 sec stilte*)”. (Huishoudelijk medewerker, Z2). (Voorkomen van een prikaccident, taak 1)

“De Eerste Hulp risico-inschatting, dus pagina 19. Starten met uitknippen en desinfectie, dat kan de verpleging wel doen. Gebruik voor (...) stroomschema bijlage 1 [*informant bladert een aantal seconden het protocol door*] je mag me niet helpen, hè?”. (Arts-assistent, Z2). (Behandelen prikaccident, taak 6)

De vraag om hulp aan de proefleider doet zich vooral voor bij personeel dat in de praktijk weinig ‘gebruik’ heeft gemaakt van infectiepreventieprotocollen of weinig ervaring heeft opgedaan met de uitvoering van de handelingen. Huishoudelijk personeel raadpleegt eerder de ziekenhuishygiënist of het afdelingshoofd over de te nemen maatregelen dan een protocol (wat ook uit het vragenlijstonderzoek blijkt), voor artsen is hetzelfde van toepassing op de *MRSA*-protocollen. Sommige informanten (bijvoorbeeld arts-assistenten) hebben de in het protocol beschreven instructies nooit daadwerkelijk toegepast. Informanten raken tijdens de taakuitvoeringen onzeker of geïrriteerd en vragen om hulp, omdat volgens het protocol wel verwacht wordt dat zij in staat zijn de handelingen uit te voeren:

“Je zal natuurlijk zien dat het altijd s’ nachts gebeurt en dan staat er voor mij helemaal geen taak in”. (Arts-assistent, Z2). (Behandelen prikaccident, taak 6)

Die taak is wel in de protocollen omschreven, maar de informant kan de omschrijving ervan niet traceren en blijkt ook niet op de hoogte te zijn van zijn rol in de procedure:

”Nee ik wist helemaal niet dat het onze taak was om toestemming te vragen voor het *HIV*, ik dacht dat de behandelend arts of gewoon de verpleegkundigen (...) Ik wist helemaal niet dat wij dat moesten doen”. (Arts-assistent, Z2). (Behandelen prikaccidenten, taak 6).

De omvang van protocollen, de niet op praktijkproblemen ingerichte documentstructuur en het vakjargon bemoeilijken het opzoeken van informatie. Onderstaande voorbeelden illustreren dat:

“Ik vind het heel moeilijk om vast te stellen wat ik moet doen, dit is natuurlijk een behoorlijk verhaal om dat even snel door te lezen als de patiënt voor je neus staat”. (Arts-assistent, Z4). (Beoordeling prikaccident, taak 6)

“Ja dan zou ik toch in de inhoudsopgave moeten gaan zoeken, want ik heb geen idee waar dat staat hoor, verantwoordelijkheden (*8 sec stilte*). Als ik zo in eerste instantie eens naar de inhoudsopgave kijk, dan, zie ik eigenlijk niet helemaal, even kijken, hoofdstuk 2 denk ik dat het dan moet zijn (...) pagina 6, ja precautions, een beetje vaag ja die term”. (Analist, Z2). (Voorkomen van prikaccident, taak 1)

Selectie van informatie wordt bemoeilijkt doordat de protocollen voornamelijk vanuit de regelgeving opgesteld zijn; de rol die personeel zelf heeft in de preventie van infecties is in de inhoudsopgave van de protocollen niet direct inzichtelijk. Informanten moeten zelf informatie uit de protocollen combineren om te achterhalen wat van hen verwacht wordt.

Dat levert problemen op omdat de regelgeving vooral patiëntgericht is, zoals uit onderstaande voorbeelden blijkt:

“Je moet in elk geval kweken, ik moet het protocol even doornemen. Hier ziekenhuismedewerkers, nee dit gaat alleen over de patiënt”. (Verpleegkundige, Z5). (Handelwijze bij calamiteiten, Onbeschermd contact, *MRSA*, taak 7)

“(7 sec stilte) Ik kan het niet vinden wat je dan moet doen (...) er staat wel van patiënten zelf hè, maar niet van het personeel, nee (...)”. (Huishoudelijk medewerker, Z2). (Handelwijze bij calamiteiten, *MRSA*-positief, taak 9)

Protocollen bevatten naast tekst ook bijlagen met schema's of tabellen die ondersteuning moeten bieden voor het nemen van beslissingen, soms zijn ook samenvattingen van de te nemen acties als bijlage toegevoegd. Selectieproblemen ontstaan als de relatie tussen tekst en schema's of afgeleide producten (zoals samenvattingen) niet helder is:

“Nou zal ik aan de hand van dat schema een risico-inschatting maken. Nou bijlage 1 hier staan de schema's, het is niet duidelijk wie wat doet. Gebruik voor inschatting van infectierisico's het stroomschema op bijlage 1 en leg dit vast op het meldingsformulier. Ik wil dat stroomschema nou wel eens hebben of hebben we dat al gezien? Die is voor *HIV*, die moet ik niet hebben, want je moet natuurlijk niet alleen naar *HIV* kijken, in de inhoudsopgave staat verder niets, je moet inschatten wat de risicofactoren zijn maar die staan hier weer niet bij”. (Arts-assistent, Z2). (Behandeling prikaccidenten, Risico-inschatting maken, taak 6)

Selectieproblemen doen zich voor als informatie niet toegesneden is op de logistiek van de organisatie of op kenmerken van specifieke afdelingen (zoals een Intensive Care of OK). Informanten moeten uit de protocollen kunnen destilleren welke informatie relevant is voor de eigen beroepspraktijk. Doorgaans zoeken zij in eerste instantie naar herkenbare elementen zoals taakomschrijvingen (in het eerste voorbeeld) of afdelingskenmerken (in het tweede voorbeeld):

“Ik denk even bij bevoegdheden kijken. (...). Het staat er niet direct in, ik neem aan bij beleid (...) ik denk dat in het nieuwe protocol dit herzien wordt (...) wie aanspreekbaar is naar buiten, er moeten afdelingen gesloten worden, er moet een coördinator aangesteld worden door de directie”. (Afdelingsmanager, Z2). (Management bij *MRSA*-uitbraak, taak 8)

“Het [*MRSA*] protocol is op zich wel duidelijk, maar je moet er altijd uithalen wat je tot je eigen verantwoordelijkheid rekent, kijk maar de IC staat als afdeling niet eens apart genoemd”. (Arts, Z2). (Voorkomen verspreiding van *MRSA*, beoordelingsvragen)

Opzoekproblemen blijken in de praktijk te leiden tot initiatieven om protocollen te vertalen in hanteerbare instrumenten:

“Het protocol is onoverzichtelijk, daarom hebben we ook een checklist ontwikkeld. In de checklist staat gewoon heel duidelijk met vaste punten en stappen wat er gedaan moet worden. Dat is overzichtelijker dan dat je in het protocol moet gaan zoeken wat er staat”. (Verpleegkundige, Z2). (Beoordelingsvragen *MRSA*-protocollen).

“Ik vind het heel moeilijk. Het is al een moeilijk verhaal om te lezen, je kan er niets in vinden, het zou anders kunnen. Op zo’n kaart [*afgeleid product door schoonmaakdienst opgesteld*] er zijn niet zoveel woorden gebruikt, het is duidelijk op de praktijk afgestemd. Ik heb er mee gewerkt toen met *TBC* dat ging heel goed”. (Verpleegkundige, Z2). (Beoordelingsvragen *MRSA*-protocollen)

Begripsproblemen

Informanten moeten de in het protocol opgezochte en geselecteerde informatie kunnen begrijpen en vertalen naar hun eigen praktijksituatie. Onduidelijk taalgebruik en vakjargon veroorzaken interpretatieproblemen.

De protocollen bevatten vakjargon en afkortingen die voor informanten niet begrijpelijk zijn. De achtergrondkennis van de informanten is niet altijd toereikend om te kunnen interpreteren wat bedoeld wordt. De omschrijving van wat onder een accidenteel bloedcontact verstaan wordt, levert tal van begripsproblemen op waardoor informanten niet in staat zijn om te bepalen in welke situaties je eigenlijk spreekt van een risico en welke vervolgcacties dan nodig zijn.

“Bloed, weefselvocht, speeksel (...) ja dan kom je weer op een hellend vlak, onduidelijk is weefselvocht dat kan van alles zijn.” (Arts, Z4). (Vaststellen wanneer sprake is van een prikaccident, taak 3)

“Ja daar heb ik moeite mee als ik dit zo lees, zichtbare verwondingen (...) ik weet dus niet of ik ergens een wondje heb dat ik niet herken (...) eczeem, is dat een wond? Dat is heel onduidelijk, die vraag heb ik me al vaker gesteld, ook als ik mensen moest prikken met eczeem. Heel vaak denk ik dan toch van oeh, je voelt je er niet lekker bij omdat de huid van de patiënt open is”. (Analist, Z2). (Vaststellen wanneer sprake is van een prikaccident, taak 3)

“Verwondingen zoals een gebruikte injectienaald, dat kan hè, Dat is duidelijk dat heb je al vast te pakken, dat zijn toch de meeste prikaccidenten. [*Leest hard op*] Snij- en spatongevallen waarbij contact optreedt met lichaamsvloeistoffen van derden. Derden ja wie is derde, ja ijzersterk. Kijk als ik de patiënt snij dan heb je te maken met mij en de patiënt. En als ik woest handel, dan spat ik een ander in het oog. Ja dat zou een derde kunnen zijn, denk ik. Maar verwondingen aan een gebruikte injectienaald, dat is duidelijk en daarna moet je stoppen [*met definiëring*]”. (Arts, Z3). (Vaststellen wanneer sprake is van een prikaccident, taak 3)

In de *MRSA*-protocollen stuiten informanten op termen die tot verwarring leiden. In sommige protocollen zijn bepaalde termen (verdacht van *MRSA* en *MRSA*-positief) uitgangspunt voor de indeling van de preventiemaatregelen. Doordat informanten de termen niet goed kunnen interpreteren, begrijpen ze de achtergrond van de indeling van maatregelen niet:

“De begrippen drager, positief, besmet, verdacht (...) nou het onderscheid zegt me niets, als je drager bent ben je toch ook positief?”. (Verpleegkundige, Z2). (Handelwijze bij calamiteiten, *MRSA*-positief, taak 9)

“Ik snap niet waarom er twee protocollen (*verdacht, positief*) zijn, zolang je verdacht bent kun je positief zijn, moet je handelen als positief zijnde, dat heeft verder geen zin om daar verschil in te maken”. (Arts, Z4). (Voorkomen van overdracht van *MRSA*, taak 1)

Volledigheidsproblemen

De protocollen blijken niet altijd voldoende informatie te bevatten om de maatregelen te kunnen uitvoeren of om het belang ervan te beseffen. In deze paragraaf worden de meest voorkomende volledigheidproblemen beschreven.

Administratieve of logistieke aspecten van maatregelen zijn onvolledig toegelicht waardoor onduidelijk is hoe de maatregelen in de praktijk te realiseren zijn:

“Ik moet toestemming hebben van degene waaraan je je geprikt hebt, daar is ook weer een apart formulier voor, dat weet ik (...) dat je dus toestemming nodig hebt dat je het bloed gebruikt voor onderzoek, maar als diegene nu weigert, wat dan? Er staat nergens bij waar dat formulier naar toe moet. [leest hardop] Ga samen na of de gegevens van de patiënt (...) maak een afdruk en noteer de gegevens van de behandelend arts van de patiënt, of van wie en waarom?”. (Hoofdanalist, Z2). (Handelwijze na een prikaccident, taak 4)

“Er komen een heleboel andere dingen bij die hier niet instaan. Het inlichten van de civiele dienst, en weet ik allemaal. Er ontbreekt allerlei informatie (...) bij een *MRSA*-epidemie zijn er zoveel onvoorziene dingen allemaal”. (Verpleegkundig hoofd, Z1). (Beoordelvingsvraag *MRSA*-protocol)

Risico-omschrijvingen blijken te onvolledig om als uitgangspunt te dienen voor het nemen van beslissingen over de te volgen handelwijze:

“Vooral mensen met wonden, zijn er erg gevoelig voor. Er staat wel in dat het [*MRSA*] haast niet te behandelen is, er is duidelijk genoemd dat je heel voorzichtig moet wezen, maar ja, ik mis hier gewoon een stukje van wat je praktisch als verpleegkundige moet doen op zo'n moment”. (Verpleegkundige, Z3). (Voorkomen van *MRSA*, beoordelvingsvraag)

“Dat lijkt mij bij een vermoeden op mogelijke besmetting een probleem (...) hoe definieer ik een vermoeden op besmetting (...) daar wordt in het protocol geen melding van gemaakt”. (Arts-assistent, Z5). (Vaststellen risico, taak 3)

Verantwoordelijkheden zijn niet benoemd of onduidelijk. Informanten weten daardoor niet wat van hen verwacht wordt. Sommigen verschuilen zich achter het feit dat ze “gelukkig er nog niet mee te maken hebben gehad” of dat anderen het wel zullen weten:

“Ik ben een keer 's avonds gebeld door een co-assistent die had zich geprikt. Toen heb ik dit protocol erbij gezocht en we kwamen bij geen verdere actie uit want hij was gevaccineerd”.
pl [*en als je niet gevaccineerd bent?*]pl
“dan had ik een probleem want die stap staat niet in dit protocol (...) toen bij die co-assistent was ik blij dat ik geen actie hoefde ondernemen”. (Arts-assistent, Z5). (Behandelen prikaccident, taak 6)

“Ik vind al die schema's onduidelijk in de [*prikaccident*] protocollen, de verantwoordelijkheden ontbreken, je kan de medewerker er niet op aanspreken, wat moet het afdelingshoofd

doen, wat de behandelende arts doen, het moet in ieder geval zodanig geregeld zijn dat het afgedekt is. Dat ontbreekt in dat protocol”. (Hoofdanalist, Z5). (Beoordelingsvragen, protocollen Accidenteel Bloedcontact)

Sommige maatregelen hebben een dwingend karakter, dat is vooral van toepassing op de meldprocedure bij de protocollen accidenteel bloedcontact. In de protocollen is onvoldoende toegelicht waarom bepaalde maatregelen dwingend of verplicht zijn gesteld. Informanten begrijpen de ratio achter dergelijke verplichtingen niet of zijn onzeker over de juridische consequenties van verplichting en aansprakelijkheid:

“Melden moet (...) arbo-verplichting (...) melden bedrijfsgezondheidsdienst (...). Ik weet niet waarom dat verplicht is, misschien dat ze willen weten wie er besmet is, hoeveel mensen er positief zijn”. (Verpleegkundige, Z5). (Handelwijze na prikaccident, taak 5)

“Medewerker gaat volledig akkoord met behandeling (...) dat is mij onbekend”.
pl[en al je niet akkoord gaat, wat voor oplossingen biedt het protocol dan?/pl
“dan heb je dus een probleem (...) voor de werkgever, de werknemer (...). De werkgever kan altijd zeggen achteraf, je bent niet met ons meegegaan met het beleid. Ik denk dat dat verzekeringstechnisch van belang is (...). Ik denk niet dat we daar als zodanig over voorgelicht worden”. (Arts, Z4). (Handelwijze na prikaccident, taak 6)

“Aansprakelijkheid werknemer of ziekenhuis (...) ik ben niet in dienstverband (...) de werkgever heeft bepaalde verplichtingen ten aanzien van de werknemer, en dan ben ik er juridisch nog niet uit waar dat op zou uitdraaien, het is een proefproces waard denk ik”. (Arts, Z1). (Handelwijze na een prikaccident, taak 4)

Het ontbreken van toelichtingen op maatregelen kan tot negeren of onderschatten van het belang van de maatregelen leiden:

“Nou ik vind dat ze daar [*tijdsindicatie melden accident*] meer inzicht in moeten geven (...). Dat het snel gemeld moet worden (...) anders denken ze ik ga morgen wel”. (Analist, Z2). (Beoordelingsvragen protocollen Accidenteel Bloedcontact)

“Er zit een drempel in het melden, vanwege al die aspecten [*registratie*] die er aan vast zitten. Het is alleen een hele procedure, maar wat je zou moeten bedenken is dat het van belang is dat je problemen boven tafel krijgt, en daardoor een betere preventie. En als je je niet meldt en arbeidsongeschikt wordt, ja dan is dat je eigen schuld. Dan heb je een probleem, je hebt een beroepsziekte en dan krijg je problemen in financieel opzicht en dat had beter benadrukt kunnen worden in het protocol en de consequenties van het niet doen, voor jezelf, je gezin en anderen”. (Arts, Z2). (Beoordelingsvragen protocollen Accidenteel Bloedcontact)

Herkenningsproblemen

Herkenningsproblemen ontstaan als de in de protocollen vastgelegde probleemsituaties ten onrechte niet herkend worden als relevant. Het onherkenbaar voorkomen van een probleemsituatie kan tot gevolg hebben dat informanten besluiten dat de maatregel niet voor hen bestemd zal zijn:

“Scherp materiaal (...) goed opbergen (...) nee dat is niet bedoeld voor mij [*leest hardop*]
Besmettelijk materiaal met bloed, wees er op verdacht dat ook andere materialen met bloed

vermengd kunnen zijn (...) phoe daar heb ik eigenlijk niets mee te maken”. (Huishoudelijk medewerker, Z2). (Voorkomen van prikaccident, taak 1)

“Dit [*overdracht van MRSA*] is voor verpleegkundigen, want ja we hebben eigenlijk helemaal niets met de patiënt te maken (...). Je maakt alleen maar schoon en (...) dat [*opruimen serviesgoed*] is voor ons niet van toepassing daar is weer een ander team voor (...) eigenlijk is de patiënt alleen besmet, wij verzorgen geen patiënt (...). We hebben er eigenlijk niets mee te maken”. (Huishoudelijk medewerker, Z3). (Voorkomen van overdracht en verspreiding van *MRSA*, taak 3)

In onderstaande voorbeelden wordt de infectiepreventieproblematiek niet herkend als relevant voor de informant. In het eerste voorbeeld wordt niet herkend dat de verantwoordelijkheid in beheersing van *MRSA* de patiëntgebonden handelingen overstijgt, in het tweede voorbeeld wordt melden ten onrechte gezien als een irrelevante actie omdat vaccinatie als afdoende beschouwd wordt.

“De eindverantwoordelijkheid (...) waarschuwen, nou ik denk niet dat ik de eindverantwoordelijke ben bij *MRSA*-isolatie. Dat is denk ik de bacterioloog. Als er iets fout gaat bij de kweken, bij de isolatie en iedereen loopt maar naar binnen en buiten dat is niet voor mijn conto.

“pl[u bent verantwoordelijk voor de patiënt?]/pl

“Ja en als ik doorgeseind heb van mijn vermoeden op *MRSA* naar de bacterioloog of ziekenhuishygiënist dan ben ik klaar”. (Arts, Z2). (Handelwijze bij uitbraak. Coördinatie bij Calamiteiten, taak 8)

“In principe geldt het protocol ook voor ons, maar wij [*OK-assistenten*] gaan eigenlijk nooit naar de Eerste Hulp, omdat, ja voor de registratie zou het wel goed zijn, maar wij, als je ingeënt bent voor hepatitis-B wordt er verder toch niets gedaan, buiten de registratie om dus dat is voor ons onpraktisch om daar naar toe te gaan”. (OK-assistent, Z4). (Handelwijze na prikaccident, taak 4)

Herkenningsproblemen doen zich vooral voor omdat de in de protocollen beschreven probleemsituaties vanuit een verpleegkundige behandelpraktijk gepresenteerd zijn, zoals een van de informanten in onderstaand voorbeeld te kennen geeft:

“Voor ons is het protocol niet duidelijk, ze moesten te veel lezen voordat ze wisten wat ze moesten doen, daar hebben ze geen tijd voor, dus gebeurt het niet. Bovendien was het ook niet relevant voor hen al die informatie die er in stond, er is toen een afdelingshoofd en iemand van de infectiepreventie uitgenodigd en die heeft het allemaal eens uitgelegd (...) praktische kanten van de zaak voor ons dus, maar ik vind het heel verpleegkundig gericht hoor die infectiepreventie”. (Eerste medewerker huishoudelijke zaken, Z5). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

Een van de informanten geeft het dilemma van de protocollenschrijvers weer: in hoeverre moeten protocollen dekkend zijn voor alle beroepsgroepen waar ze voor bestemd zijn?

“Punt 4: wij hebben geen operatieve ingrepen (...) punt 6: handschoenen dragen is niet van toepassing, punt 7 (...) neus/mondmasker, kans op spatten met bloed (...) ik denk dat je dan echt met een OK bezig bent (...) ruim gemorst bloed op, ja allicht (...) punt 8: draag beschermende kleding (...) ja, spatten met bloed, wij hebben een labjas, dat is dus niet van toe-

passing op ons (...). Eigenlijk zou ik zeggen het [*protocol*] moet unaniem zijn, maar ik denk niet dat dat kan, want op de OK heb je bijvoorbeeld met snijden te maken en zo, dat is dus bij ons niet zo, maar in grote lijnen moet het [*protocol*] natuurlijk hetzelfde zijn". (Analist, Z1). (Preventie van prikaccidenten, taak 1)

Tekstgerelateerde problemen leiden er toe dat in de praktijk gebruikers zelf een invulling geven aan wat zij denken dat bedoeld wordt. De kans op interpretatieverschillen en afwijkend handelen neemt daardoor toe.

"Ik weet niet waarom dat verplicht is, misschien dat ze willen weten wie er besmet is, hoeveel mensen er positief zijn. Wij melden niet want we zijn gevaccineerd". (Verpleegkundige, Z5). (Handelwijze na prikaccident, taak 5)

"Dan krijg je toch weer een persoonlijke interpretatie van dit geheel [*vaststellen risico's accidenteel bloedcontact*] en dan krijg je van de een vindt het wel een verhoogd risico, de ander niet en sowieso, is het dan iets met een laag risico, moet je dan helemaal niets doen? Dat kan je ook nog wel krijgen". (Analist, Z2). (Beoordelvingsvragen protocollen Accidenteel Bloedcontact)

Als gevolg van onduidelijke of onvolledige protocollen ontstaat behoefte aan korte instructies die op de praktijk toegesneden zijn (checklists; verkorte procedures etc) of aan toelichtingen door experts (infectiedeskundigen).

"Het moet ook juridisch dekkend zijn en daarom krijg je van die ongeluksformuleringen, zodat niemand het meer snapt. Kom daar maar eens uit, het enige wat je kunt doen is een juridisch protocol hebben en een toelichting in normale taal". (Arts, Z3). (Beoordelvingsvragen protocollen Accidenteel Bloedcontact)

"De minder sterke kanten van het [*MRSA*]protocol zijn dat niet duidelijk is wat het voor jezelf betekent als je positief bent, wat de gevolgen op langere termijn zijn en hoe het kweekbeleid georganiseerd is. We hebben morgen een afdelingsbespreking en dan aan het einde van de bespreking komt H. [*artsmicrobioloog*], dan leggen we al onze vragen voor". (Verpleegkundige, Z5). (Beoordelvingsvragen *MRSA*-protocollen)

Tekstgerelateerde problemen lijken veroorzaakt te worden door de structuur van de protocollen, het vakjargon en het ontbreken van toelichtingen op instructies. De inrichting en omvang van de protocollen bemoeilijken het opzoeken van informatie. De protocollen representeren de infectieproblematiek als een aaneengesloten keten van handelingen van opname patiënt tot en met het ontslag; van preventie tot en met behandeling van een accident. De verantwoordelijkheden van personeel, de gebruikers, zijn echter gedecentraliseerd. In de keten van handelingen vervullen diverse gebruikers een rol op verschillende momenten. De structuur van de informatie is daar niet op afgestemd, waardoor gebruikers in de tekst moeten zoeken naar informatie die voor hen van toepassing is. Dat komt vooral bij de *MRSA*-protocollen voor. Achtergrondinformatie ontbreekt daar waar gebruikers er juist behoefte aan hebben: bij maatregelen met administratieve of juridische implicaties.

Begrip- en volledigheidproblemen blijken serieuze problemen, uit de interviews blijkt dat deze problemen veel voorkomen bij de postaccidentregeling van de protocollen Acciden-

teel Bloedcontact. De in de protocollen gedefinieerde risico-omschrijvingen blijken zodanig problematisch dat op grond daarvan moeilijk te bepalen is welke vervolgacties nodig zijn en door wie ze uitgevoerd moeten worden. De meldprocedure schiet te kort in de informatie om het belang ervan te beseffen en om een adequate registratie van accidenten te garanderen. Ook bij de *MRSA*-protocollen blijkt de informatie te beknopt om te bepalen welke factoren een risico vormen voor overdracht van *MRSA*. Bij calamiteiten blijkt niet duidelijk wie ingelicht moet worden.

4.3.3 Toepassingsproblemen

Toepassingsproblemen doen zich voor als de informatie in de protocollen achterhaald, onjuist is of niet aansluit op de beroepspraktijk. Dergelijke problemen zijn benoemd als *actualiteitsproblemen*. Daarnaast kan de uitvoering van de maatregelen verhinderd worden door logistieke of organisatorische *belemmeringen*: tijd, geld, middelen of personeel zijn ontoereikend om de maatregelen toe te passen of de organisatiestructuur of cultuur hindert de toepassing ervan. Personeel ervaart de uitvoering van maatregelen soms als belastend, zowel emotioneel als fysiek.

Actualiteitsproblemen

In de praktijk blijkt dat incidenten vaak tot bijstellingen van het infectiepreventiebeleid leiden: protocollen raken daardoor al snel achterhaald:

“Zo vlug als het geïntroduceerd is, is het alweer achterhaald. En steeds komen er nieuwe suggesties bij (...) er zijn steeds nieuwe dingen die meespelen”. (Afdelingsmanager, Z2). (Beoordelvragen *MRSA*-protocollen).

Infectiepreventieprotocollen worden bijgesteld als de infectiecommissie daartoe het initiatief neemt. De weg die afgelegd moet worden om protocollen bij te stellen, wordt door informanten als dermate lang beschouwd (zie hoofdstuk 5) dat snel inspelen op nieuwe ontwikkeling niet goed mogelijk is. De infectiepreventieproblematiek rondom *MRSA* is nog niet uitgekristalliseerd; incidenten leiden vaak wel tot veranderingen of aanscherpingen van het preventiebeleid maar niet tot aanpassingen van het protocol.

“Als er *MRSA* uitbreekt, zoals vorige week, worden alle collega’s gebeld thuis, dan komen al die mensen uit huis voor kweken (...). Twee keer met een uur ertussen, alleen neuskweek. Dat staat er niet in, maar het gebeurt wel zo (...). Eerder mochten de mensen met een huidafwijking niet naar binnen, nu mag het weer wel (...). Het protocol is niet gewijzigd, maar sommige dingen zijn gewijzigd nu. De familie moet zich weer wel omkleden, dat hoefde eerst niet. Eerst moest je perineumkweek en neuskweek, nu moet je alleen een neuskweek”. (Verpleegkundige, Z5). (Voorkomen van verspreiding van *MRSA*, taak 2, 5)

Doordat nog geen overeenstemming bereikt is over de regeling, blijven protocollen lang in een conceptstadium (zie hoofdstuk 5). Die situatie kan in de praktijk tot verwarring leiden omdat de protocollen irrelevante informatie bevatten en vernieuwde inzichten wel bekend zijn maar nog niet als normgevend beschouwd kunnen of mogen worden.

“Het acute moment (...) 48 uur (...) bij *HIV* zou je eigenlijk al binnen 24 uur zo snel mogelijk moeten handelen. Bij onbekende bron is geen tijdsindicatie gesteld (...) daar [*over han-*

delwijze bij onbekend bron] wordt in de infectiecommissie nog steeds over gesproken”. (Arts, lid infectiecommissie, Z4). (Handelwijze na prikaccident bij onbekende bron, taak 7)

“Als ik me zou prikken, dan moet ik naar de *EHBO*, die gaan dan deze procedure in gang zetten. Ja, even kijken patiënt is onbekend dan ja dan wordt direct immuunglobine toegepast, maar dat is helemaal niet meer van toepassing omdat we gevaccineerd zijn”. (Verpleegkundige, Z4). (Handelwijze prikaccident, onbekende bron, taak 7)

De invoering van een nieuw protocol is een langdurig traject (soms meer dan een jaar, zie hoofdstuk 5). Daardoor ontstaat een overgangssituatie waarbij deels volgens oud en deels volgens nieuw protocol gehandeld wordt, dat kan eveneens tot verwarrende situaties leiden:

“Het duurt te lang voor het [*protocol*] klaar is, want dat nieuwe is specifiek op onze afdeling [*Intensive Care*] afgestemd, en het is er nog niet en je moet er eigenlijk al wel mee werken. (Verpleegkundige, Z2). (Beoordeling protocollen *MRSA*)

“In het nieuwe protocol [*conceptprotocol MRSA*] moet het afdelingshoofd wat doen [*indien personeel MRSA-positief is*] in het huidige protocol eigenlijk niets, het concept protocol ligt er al. De betrokkenheid van mij is alleen van vragen over wanneer mag ik weer aan het werk. Ik probeer al een beetje naar het nieuwe protocol te handelen maar dat is lastig omdat het intern nog niet geïntroduceerd is”. (Bedrijfsarts, Z5). (Handelwijze bij calamiteiten, taak 9)

Belemmeringen

Toepassing kan gehinderd worden door een gebrek aan middelen, tijd en personeel (logistische belemmeringen) of door afstemmingsproblemen tussen het infectiepreventiebeleid en de organisatiestructuur of cultuur (organisatorische belemmeringen). Maatregelen blijken soms emotioneel of fysiek belastend.

Logistieke belemmeringen

Middelen ontbreken of worden als ontoereikend beschouwd waardoor in de praktijk maatregelen niet toegepast kunnen worden zoals in de protocollen omschreven is of waardoor de effectiviteit van preventie in twijfel wordt getrokken:

“We zijn wel in staat, maar we kunnen de druk in de box [*isolatieruimte*] slecht beheersen, hoe de temperatuur en de onderdruk in de box dient te zijn. We kunnen dat regelen met veel kunst en vliegwerk, maar de consequentie is dat het erg warm wordt in de box. We hebben een afspraak met technische zaken om te kijken wat de mogelijkheden zijn, want zo werkt het niet goed”. (Verpleegkundig hoofd IC, Z3). (Voorkomen van verspreiding, Isolatiemaatregelen *MRSA*, taak 2)

“Desinfecteer (...) chloorhexidine tinctuur. Dat hebben we niet binnen handbereik, en dat moet je toch direct doen”. (Analist, Z1). (Handelwijze na prikaccident, taak 2)

De toepassing van maatregelen wordt belemmerd als de personele bezetting ontoereikend is, de bereikbaarheid van personeel niet gegarandeerd kan worden en aan de maatregelen financiële consequenties kleven die zichtbaar niet van te voren overwogen zijn:

“We moeten de mensen door verwijzen naar L en in L. is er maar een van de internisten die er iets [*behandeling HIV*] van af weet. Dus je komt altijd met een soort logistiek probleem van wat als die man er nu niet is, dan zit je al gauw te praten, dan moet je naar Amsterdam en Groningen heeft er ook niet zo veel zin in”. (Arts, Z4). (Handelwijze bij complicaties, prikaccident, taak 7)

“Dit is een echt papieren protocol ten voeten uit. Waar is om 22.30 de hygiënist, waar is om 24.50 de bedrijfsarts en hoe kan ik om 2.30 de directie bereiken en waar is de civiele dienst om 4.30? (...). Tijdens kantooruren lukt het vast wel om de verantwoordelijken te bereiken, maar het gaat met name om de situatie daarbuiten. Dan kun je nog zeggen van misschien moeten we buiten kantooruren deze problematiek niet aangaan, maar de praktijk leert dat dat [*MRSA buiten kantooruren*] toch regelmatig wel het geval is”. (Arts, Z2). (Beoordeling *MRSA*-protocollen).

“Het is niet uitvoerbaar dit [*MRSA*]protocol, je kunt er niets mee (...) of je moet aparte *MRSA*-ziekenhuizen hebben of hele grote afdelingen, grotere units, of zorgen dat de overheid voor meer personen meer geld beschikbaar stelt want het wordt natuurlijk in toenemende mate een probleem en voor een ziekenhuis dat af en toe een *MRSA*-patiënt heeft wordt het heel lastig”. (Arts, Z4). (Beoordeling *MRSA*-protocollen).

Organisatorische belemmeringen

De toepassing van maatregelen kan bemoeilijkt worden omdat afstemming ontbreekt tussen het infectiepreventiebeleid en de (veranderde) structuur of cultuur van de organisatie(afdelingen). Veranderingen in de organisatiestructuur hebben implicaties voor ziekenhuisbrede protocollen. Wanneer deze protocollen niet tijdig aan de nieuwe structuur aangepast worden, ontstaan toepassingsproblemen doordat bijvoorbeeld niet duidelijk is wie aanspreekbaar is:

“Het protocol zoals het hier ligt, vind ik te algemeen en het is niet goed op ons ziekenhuis gericht. Vooral over de medewerkers is nogal veel onduidelijkheid, ja welke medewerkers moet je aanspreken als er iets is, wie moet je inlichten als *MRSA* uitbreekt? Nou er staat bijvoorbeeld unit leider in (...) die hebben we helemaal niet meer”. (Verpleegkundige, Z2). (Uitbraak van *MRSA*, taak 8)

Tekortkomingen in de implementatie van informatiesystemen blokkeren de toepassing van preventie maatregelen. Protocollen maken soms deel uit van ziekenhuisinformatiesystemen. Door het ontbreken van afspraken over een onderhoud en beheersysteem zijn sommige protocollen niet ingevoerd of zijn wijzigingen niet doorgevoerd. Ook blijkt dat de informatiesystemen niet voor iedereen toegankelijk zijn:

“Op het moment dat het speelt [*MRSA*] wordt het protocol uit Wijzer gehaald, maar we hebben een probleem en dat is het systeem Wijzer (...) daar is men nooit over ingewijd, maar met name door manco's in het systeem wordt het vervloekt, je komt veel protocollen tegen die wel in de index staan maar waar geen informatie over te vinden is, lege protocollen. Het vervelende was dat het *MRSA*-protocol wat er in zat verouderd bleek te zijn en dat het nieuwe protocol is ergens blijven hangen in de organisatie dat was niet opgenomen (...) een systeembeheerder die is er niet” (Verpleegkundig hoofd, Z3). (Beoordelingsvraag *MRSA*-protocollen).

“We zitten niet op het netwerk, ik weet niet hoe ik er bij kan. Er zijn maar weinig specialisten die op het netwerk zitten, specialisten hebben hun eigen computers en het ziekenhuis heeft een eigen netwerk (...) ook al zou je op het netwerk willen komen dan lukt dat nog niet, automatisering kan dat niet aan, de capaciteit is veel te gering”. (Arts, Z4). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

De toegang tot netwerksystemen is beperkt vanwege de privacywetgeving, informatie over patiënten mag niet zonder meer beschikbaar zijn voor alle werknemers:

“Ik ken het systeem Wijzer wel, maar ik kan er niet inkomen, dat is het netwerk hè en daar mag ik niet inkomen”. (Contactpersoon infectiepreventie voor het huishoudelijk personeel, Z3). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

MRSA-maatregelen vereisen coördinatie tussen de verschillende afdelingen die bij de problematiek betrokken zijn. Voor een goed verloop van de maatregelen dienen afdelingsoverstijgende afspraken gemaakt te worden over planning of organisatie van de uitvoering. Toepassing van maatregelen wordt belemmerd als de cultuur van de organisatie (nog) niet afgestemd is op een organisatiebreed preventiebeleid:

“Vaak krijg je te horen van de ziekenhuishygiënist er komt morgen een patiënt en dan vraag je wat heeft die patiënt en vaak weten ze dat niet of heel vaag, dus weet je helemaal niet wat je kan verwachten. Dus uren later staat die patiënt op de stoep want dan is het vervoer weer vertraagd, dus dat is altijd weer een heel obstakel, je weet niet waar je aan toe bent, je kan niets plannen”. (Verpleegkundig teamleider, Z4). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

“Sommigen gaan er heel spastisch mee om, die zetten een *MRSA*-patiënt gewoon buiten neer en de volgende keer zitten ze tussen alle andere patiënten op de gang. De afspraak is een *MRSA*-patiënt die binnenkomt die gaat gelijk de behandelruimte in waar die moet zijn, de poortpreventie loopt niet goed (...) als een *MRSA*-patiënt zich meldt staat in het ziekenhuis-informatiesysteem dossier raadplegen, als mensen dat dan over het hoofd zien dan heb je positieve patiënten onder allerlei andere patiënten zitten en dat is kwalijk”. (Verpleegkundig hoofd, Z5). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

Cultuurverschillen tussen afdelingen leiden in de praktijk tot aanpassingen van de protocollen. Soms ontstaat daardoor verwarring omdat de protocollen elkaar overlappen of niet meer op elkaar aansluiten:

“Om verschillende redenen hebben we een eigen protocol gemaakt, je hebt een OK, en dat is toch een gesloten afdeling. De mensen zijn een verzameling van hoog risicopatiënten dat vraagt om specifieke maatregelen omdat je te maken hebt met specifieke ruimtes, speciale materialen, instrumentarium, verzameling van patiënten die weinig weerstand hebben.” (Hoofd OK, Z5). (Beoordeling *MRSA*-protocollen)

“Op het moment dat het conceptprotocol [*Accidenteel Bloedcontact*] binnenkomt, want dit is zo breed beschreven, dan halen we eruit wat voor ons van toepassing is en dan maken we daar weer een verkorte versie van, zodat het voor ons in ieder geval werkbaar is”. (Verpleegkundige Eerste Hulp, Z1). (Beoordeling protocollen *Accidenteel Bloedcontact*)

Op sommige afdelingen heerst een andere cultuur ten aanzien van protocollen. Personeel werkzaam op een laboratorium bijvoorbeeld werkt volgens de daar geldende afdelingsvoorschriften die na bekendmaking gelezen en afgetekend moeten zijn en waar op naleving gecontroleerd wordt. De instellingsbrede protocollen functioneren naast de afdelingsvoorschriften omdat ze een andere status hebben:

“Bij ons is het gewoon zo of hoort het dat mensen volgens protocollen behoren te werken, en daar wordt expliciet op gehamerd en wat van buiten [*buiten het laboratorium*] komt daar heb je helemaal geen grip op. Dat is de verantwoordelijkheid van die mensen [*opstellers van ziekenhuisbrede protocollen*]”. (Analist, Z2). (Beoordeling protocollen Accidenteel Bloedcontact)

“Iedereen krijgt een maand de tijd om het te lezen [*afdelingsprotocol*], ik houd de parafen bij en op het moment dat iedereen hem gelezen heeft, wordt er verwacht dat je volgens protocol werkt, en anders spreken we de persoon er op aan (...) we zeggen dat het [*ziekenhuisbrede protocol*] er is en we verwachten dat mensen ook weten waar het te vinden is, dat ze het al dan niet lezen, maar daar hebben wij verder geen controle op, dat wordt door ons niet bijgehouden”. (Hoofdanalist, Z3). (Beoordeling protocollen Accidenteel Bloedcontact)

Fysieke of emotionele belemmeringen

Preventiemaatregelen blijken voor personeel soms fysiek of emotioneel belastend:

“Patiënten die hier geïsoleerd liggen, zijn zorgpatiënten, met grote wonden, diabetes, infuus, antibiotica etc. Je moet soms elk uur naar binnen, dan heb je er niet een maar drie liggen, je bent de hele dag bezig om je om te kleden, uit te kleden bij de patiënt naar binnen. Dat stoort op een gegeven moment, het is natuurlijk veel erger om daar te liggen, het zijn vaak patiënten die niet naar een verpleeghuis kunnen en dan hier heel lang geïsoleerd liggen (...). Het is een enorme belasting voor de patiënt, de familie, de fysiotherapeut voor ons, patiënten worden in het algemeen wel minder gezien en dat vind ik een nadeel”. (Verpleegkundige, Z5). (Voorkomen van verspreiding, Isolatiemaatregelen, taak 2)

“Die pakken zijn snikheet, je moet ze over je kleren dragen het is zo warm want je bent constant lichamelijk bezig, het is echt een belemmering”. (Huishoudelijk medewerker, Z2). (Voorkomen van verspreiding MRSA, taak 2)

Vooraf het melden van accidenten (postaccident maatregel) wordt als belastend beschouwd:

“Het risico is klein, maar nooit nul. Het is dus voor jezelf van nou ga ik dat wel melden want dan komen er allerlei ideeën naar boven (...) als ik het ga melden dan krijg ik op mijn kop want ik heb het verkeerd gedaan en dat wil ik niet dus laat ik het maar zitten, en ik zie wel wat er van komt en anders moet ik die lastige pillen slikken en word ik er misschien hartstikke ziek van. Ik vind het wel zinvol maar er zit een drempel aan vanwege al die aspecten”. (Arts, Z2). (Handelwijze na prikaccident, taak 5)

“Je moet weer iets [*formulier*] invullen en je handtekening, het kost tijd en het is een gedoe, heel veel mensen denken dan ik zeg het maar niet”. (Arts, Z3). (Handelwijze na prikaccident, taak 5)

Toepassingsproblemen komen voor, omdat protocollen achterhaald zijn door de praktijk of maatregelen voorschrijven die niet stroken met de organisatiestructuur of -cultuur. Impasse in de discussie over de regelgeving verhindert de bijstelling van de protocollen, dat komt vooral voor bij de postaccidentprocedure bij complicaties (*HIV*, Hepatitis-C, onbekende bron). *MRSA*-incidenten leiden vaak tot nieuwe inzichten, bijstelling van maatregelen vindt pas plaats als de wijziging wetenschappelijk onderbouwd kan worden. Zo lang dat niet het geval is, wordt in de praktijk al wel zo veel mogelijk volgens nieuwe inzichten gewerkt. De protocollen dienen in zo'n situatie niet langer als leidraad. De procedures die voorgeschreven worden, blijken soms niet toepasbaar, omdat de benodigde voorzieningen ontbreken of niet goed functioneren. Ziekenhuisinformatiesystemen blijken bijvoorbeeld eerder belemmerend dan faciliterend. Protocollen kunnen er niet integraal in opgenomen worden, er is een beperkt gebruikersrecht en de verantwoordelijkheden voor onderhoud en beheer zijn onduidelijk vastgelegd. Ook de cultuur van de organisatie blijkt de uitvoering van maatregelen te belemmeren. De *MRSA*-maatregelen zijn afdelingsoverstijgend, er dient consensus te zijn over de uitvoering van die maatregelen wat in de praktijk niet altijd het geval blijkt. De bereikbaarheid van consulenten voor afhandeling van accidenten of bij uitbraak van *MRSA* blijkt niet altijd (met name buiten kantoor) gega-randeerd, wat ook uit het vragenlijstonderzoek naar voren kwam.

Uit de resultaten blijkt dat de toepassing van de preventiemaatregelen serieuze belemmeringen opleveren. Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact doen zich vooral belemmeringen voor bij de postaccidentprocedure en bij de *MRSA*-protocollen bij de toepassing van de isolatieregels. Uit de praktijktoets blijkt dat deze maatregelen belastend gevonden worden.

4.3.4 Acceptatieproblemen

Acceptatieproblemen treden op omdat informanten de zinvolheid, effectiviteit of rechtvaardigheid van de regelgeving in twijfel trekken (paragraaf 4.6.1), de deskundigheid om de maatregelen uit te voeren ontoereikend achten (paragraaf 4.6.2) of omdat de in de protocollen vastgelegde verantwoordelijkheden niet aanvaardbaar worden gevonden (4.6.3).

Twijfel over het nut van de maatregelen

Acceptatieproblemen doen zich vooral voor bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact, er wordt getwijfeld over de *zinvolheid* van de maatregelen of men is het oneens met het beleid waarop de maatregelen gebaseerd zijn:

“Als ze beweren dat het zinvol is dan wil ik het graag geloven, maar als je dus met hepatitis-B je geprikt hebt en het bloed goed laten doorbloeden dat hoeft geen bescherming te bieden (...) hepatitis B heeft een veel grotere contaminatie dan *HIV* (...) goed laten doorbloeden zou misschien bij *HIV* wel kunnen helpen maar bij hepatitis B niet”. (Arts, Z1). (Handelwijze na prikaccident, taak 4)

“Procedure als de bron onbekend is (...) ja dit gaat eigenlijk alleen maar over hepatitis B (...) dan heb je een probleem, want er staat einde acties (...) daar ben ik het niet mee eens (...). Tot nu toe worden ze bij onbekende bron naar huis gestuurd (...) en daar zit een breekpunt in, men heeft gezegd vanuit landelijk punt moet er een contactpersoon zijn (...) en de internisten hier zien te weinig *HIV* om daar een goede afweging voor te kunnen maken (...)

dat is nog een discussiepunt”. (Arts, lid infectiecommissie, Z4). (Handelwijze na prikaccident, onbekende bron, taak 7)

Overwegingen over de zinvolheid van maatregelen doen zich met name voor als beperkingen opgelegd worden aan de handelwijze van personeel en als de maatregelen een optimale behandeling van patiënten verhinderen:

“Ik denk dat ik weet wat ze bedoelen, in die zin dat als je een huidaandoening hebt dan zitten daar al bacteriën in en dan kan die *MRSA* er ook nog inspringen, en in wezen is dat flauwekul want ze springen ook in je haren en als je dan een kam er door haalt heb je een potentiële invasie”. (Arts, Z2). (Voorkomen van verspreiding van *MRSA*, taak 4)

“Nou die hele poppenkast eromheen of dat nou precies zinvol was, dat weet ik niet maar we hebben wel patiënten gehad die zo geïsoleerd werden, die werden eigenlijk ook psychisch geïsoleerd (...). De bacterioloog die staat los van de patiënt, die voelt dat moeilijker aan. Als je dagelijks met patiënten omgaat dat merk je gewoon, dat zo'n patiënt geestelijk de vernieling ingaat’. (Arts, Z2). (Voorkomen van verspreiding van *MRSA*, taak 2)

Uit onderstaande voorbeelden komt naar voren dat informanten twijfelen aan de *effectiviteit* van de maatregelen. Informanten blijken moeite te hebben om maatregelen te aanvaarden als onduidelijk is of de uitvoering bijdraagt aan een vermindering van onzekerheid:

“Bij een protocol moet van te voren duidelijk zijn waar gaat het over, en wat zijn de mogelijkheden. Als er bij *HIV* geen mogelijkheden zijn om therapie te doen, dan is de vraagstelling: wil je dat [*besmetting*] weten of niet? En dan moet je vooral een beleid toetsen op het voorkomen van een *HIV*-besmetting (...). De overheid zal snel met maatregelen voor hepatitis moeten komen, dat wil zeggen je moet je laten vaccineren, maar het probleem doet zich voor bij mensen die gevaccineerd worden en non-responders zijn. En dan is de vraag wat heb je te bieden? Het kan niet zo vrijblijvend zijn als nu”. (Arts, Z1). (Handelwijze na een prikaccident, taak 4)

“Aan de ene kant mag je mensen niet geruststellen als je ze geen zekerheden kan geven, dus daar zit steeds een breekpunt in. Bij hepatitis C is het niet zo moeilijk maar met *HIV*, want dan zou je in het acute moment met een onbekende bron, zou je iedereen moeten gaan behandelen en daar zit het dilemma (...) want dat behandelen is ook geen sinecure”. (Arts, Z2). (Handelwijze na een prikaccident, taak 4)

Personeel wil na een incident zo spoedig mogelijk geholpen worden en niet eerst zelf allerlei acties uitvoeren. Protocollen versterken de onzekerheid bij personeel door ingewikkelde regelgeving over de postincident acties en door onduidelijkheden over de gevolgen van een incident voor de gezondheid.

“Dit is heel moeilijk als je geprikt bent. Kijk nu kun je er nog wel een beetje verstandig naar kijken maar als je geprikt bent en je ziet dit [*protocol*] zo dan denk je wat een warboel daar ga je langsheen, je wil zo spoedig mogelijk geholpen worden. (...) Over de consequenties van de behandeling zijn we niet ingelicht. Vooral die medicijnen die moeten vreselijk zijn, ze [*collega*] was altijd misselijk, en doodmoe en dan kwam ze weer werken en dan ging het niet”. (OK-assistent, Z5). (Beoordeling protocollen Accidenteel Bloedcontact)

“Die dingen [*zelf besmet zijn*] zijn voor ons onduidelijk, is er een bestrijding mogelijk, raak je dat virus ooit weer kwijt (...) je wordt wel behandeld maar op een gegeven moment wordt gezegd dat de behandeling niet meer nodig is, maar dat is voor mij niet duidelijk genoeg, of dat virus toch weer gaat werken. Dat zijn de meest voorkomende dingen waar mensen problemen mee hebben”. (Hoofd huishoudelijk personeel, Z2). (Handelwijze bij calamiteiten *MRSA*, taak 9)

De aanvaardbaarheid van maatregelen lijkt beïnvloed te worden door de inschatting van de haalbaarheid om de problematiek te beheersen, met name bij de *MRSA*-protocollen wordt getwijfeld over de mogelijkheden om *MRSA* te bestrijden via protocollen:

“Dat [*MRSA*] is voor ons een gigantisch probleem, dan kan ik een deel van de OK stil zetten (...) dat is het probleem. Men moet protocollen maken zonder de strekking van het protocol eigenlijk te beseffen; het is onmogelijk om je er strikt aan te houden. Protocollen worden vanuit de theorie gemaakt er wordt niet gekeken naar kosten en capaciteiten (...) zolang in een ziekenhuis een mix is van alle soort patiënten, waar van alles gebeurt dan loopt alles ook door elkaar en dat is heel moeilijk goed te protocolleren”. (Arts, Z4). (Beoordelvragen *MRSA*-protocollen)

Acceptatieproblemen treden op als maatregelen *onrechtvaardig* beschouwd worden. Dat probleem doet zich vooral voor in situaties waarbij de veiligheid van personeel afhankelijk is gesteld van de medewerking van patiënten:

“Ik vind het onlogisch dat de wetgeving op de privacy zo ver gaat dat weigering van een patiënt om zich te laten testen mogelijk is, wanneer jij zegt ik laat me in een ziekenhuis behandelen en er gebeurt iets en je wilt geen bloed geven voor onderzoek dan ben je een sufferd vind ik, en de organisatie zou zo radicaal moeten zijn dat ze zeggen als je hier komt en je laat je behandelen dan impliceert dat ook wij zekere rechten hebben”. (Arts, Z3). (Handelwijze bij complicaties, protocollen Accidenteel Bloedcontact, taak 7)

“Nou als een patiënt weigert mee te werken mag je je ook afvragen waarom hij dat niet wil. Nou als ik zelf zou twijfelen, zou ik toch aan de *EHBO* vragen of ze bloed willen controleren, wat hun procedures ook mogen zijn” (OK-assistent, Z4). (Handelwijze bij complicaties, protocollen Accidenteel Bloedcontact, taak 7)

Onduidelijkheid over juridische consequenties van maatregelen en vaagheid over overheidsbeslissingen aangaande patiëntenrechten stellen de rechtvaardigheid van de maatregelen op proef en in feite grenzen aan protocollering:

“Mijn grote angst voor screening en verslaglegging is dat op geen enkele concrete wijze duidelijk is wat het financieel-economisch gaat betekenen voor degene die zich vrijwillig bekend heeft gemaakt [*registratie accidenten*] en niemand is verplicht in Nederland om ook maar enige verklaring af te leggen, laat staan zijn bloed beschikbaar te stellen voor wat voor onderzoek dan ook, bepaalde informatie kan voor bepaalde mensen ernstige gevolgen hebben (...) dus dan denk ik dat je op zo'n moment [*accident*] degene die dat treft de gelegenheid moet geven op vertrouwelijke wijze eventueel te kijken in wat voor positie iemand te recht komt. Zonder dat daar bij wijze van bovenaf plotseling maatregelen genomen moeten worden”. (Arts, Z1). (Handelwijze na prikaccident, taak 5)

“Dan heb je een groot probleem [*patiënt weigert toestemming bloedafname ter controle op risico's*], maar dat is niet alleen bij ons zo, het *HIV*, dat is landelijk, daar zijn we terdege van bewust, dat is een vrije keuze je mag nooit gedwongen bloed afnemen, als een patiënt nee zegt dan houdt alles op, zolang de overheid zo onduidelijk is. We proberen allemaal ons best te doen om goede protocollen te maken, maar nou we kunnen niks checken, we kunnen niks als de patiënt niet wil”. (OK-assistent, Z3). (Handelwijze bij complicaties, na een prikaccident, taak 7)

“Want je mag niet van de patiënt eisen dat wij als werknemers (...) en ik vermoed dat iemand *HIV* heeft en ik vraag - mag ik dat van u weten want ik ga een grote operatie doen- en u zegt nee, dan kan ik dus niks. Dus wat dat betreft mag een protocol niet verder gaan dan wat er juridisch is toegestaan in Nederland”. (Arts, Z1). (Handelwijze na accident, taak 4)

Twijfel over expertise, inzetbaarheid personeel

Maatregelen blijken acceptatieproblemen op te leveren als getwijfeld wordt aan de expertise of inzetbaarheid van hulpverlenend personeel. Twijfel over deskundigheid van personeel doet zich vooral voor bij de postaccidentmaatregelen van de protocollen Accidenteel Bloedcontact:

“Meldt u bij de spoedeisende hulp’, nee dat doen we dus nooit. Bij ons [*OK*] is de Eerste Hulp niet de centrale post waaruit dat [*opvang accidenten*] geregeld wordt. Die weten minder dan ik ervan, dus daar ga ik niet bij (...). Die ga ik toch niet melden dat ik me geprikt heb. Als dat geregeld is, dan ga ik zeggen dat ik dat niet verstandig vind, omdat er geen deskundigheid op de eerste hulp zit”. (Arts, Z1). (Handelwijze na een prikaccident, taak 5)

“De Eerste Hulp gaat na of er bij de bron risicofactoren voor *HIV* aanwezig zijn. Moet de arts-assistent dat doen? Nee dat lukt niet, die weten van niets. Ik denk dat ik zou wachten tot s’ochtends en de ziekenhuishygiënist zou inlichten”. (Arts, Z2). (Handelwijze na prikaccident, taak 4)

Afwijzing van verantwoordelijkheden, verplichtingen

Problemen doen zich voor omdat de in de procedures toegewezen taken of verantwoordelijkheden niet aanvaard worden. Enerzijds omdat men zichzelf niet in staat acht om de handelingen toe te passen, anderzijds omdat informanten het niet eens zijn met het gevoerde beleid.

“Door laten bloeden en desinfecteren, wat ik altijd doe, gelijk laten komen, als ze het niet vertrouwen, gelijk mij waarschuwen. Wij gaan nooit zo diep als hier staat, gewoon bij de ziekenhuishygiënist melden of bij mij dan ga ik met ze naar de ziekenhuishygiënist. Ik heb liever niet dat ze zelf desinfecteren”. (Eerste medewerker huishoudelijk personeel, Z3). (Handelwijze na prikaccident, taak 2)

“Men heeft al geprobeerd ons dat [*hoog risicoaccidenten behandelen*] in de schoenen te schuiven, maar daar zijn we dus niet ingetrapt, want het is wettelijk geregeld. Er is van de overheid uit, een inspectie voor volksgezondheid en er zijn richtlijnen gegeven dat dit een taak is voor de GGD”.

pl[*maar hoe gaat het dan in de praktijk, bij een hoog risico?*]pl

“dan neemt iemand dus een beslissing daarover en vooralsnog vinden wij als iemand op de Eerste Hulp denkt het is een hoog risico, dat ze dan zeggen gaat u maar naar M. toe daar is

een Aidsbehandelcentrum”. (Arts, Z1). (Handelwijze bij complicaties prikaccidenten, taak 7)

De maatregelen in de protocollen Accidenteel Bloedcontact schrijven handelingen voor die door sommige informanten als te rigide ervaren worden, zij willen en kunnen naar hun mening zelf beslissen of het noodzakelijk is om de maatregelen op te volgen. Gericht afwijken van protocollen moet in hun ogen toelaatbaar zijn. Anderen storen zich eraan dat maatregelen niet strikt nageleefd worden.

“Ik denk dat het goed is dat men richtlijnen geeft, dat het klip en klaar duidelijk is wat je moet doen [*melden na een prikaccident*] maar in een bepaalde positie kun je er ook anders mee omgaan. Het protocol is voor iedereen bedoeld, degene die de zaal schoonmaakt is niet op de hoogte van de hepatitisstatus van de patiënt, daar moeten gewoon heel strakke richtlijnen voor zijn, van ga naar de Eerste Hulp of neem contact op met die mensen die in het protocol genoemd zijn. (...). Als ik de status van een patiënt ken en ik prik me eraan en er staat er moet onmiddellijk gecontroleerd worden, dan stuit dat soms tegen je borst. Ik kan op basis van een stukje vakdeskundigheid zeggen laat maar lopen die zaak, dat is onzin in zo’n situatie”. (Arts, Z1). (Handelwijze na een prikaccident, taak 5)

“Je wilt precies doen wat er staat en dan komt er een personeelslid, die zegt wat een onzin, en jij blijft doen wat je moet doen, ook ten opzichte van de patiënt die vraagt dan waarom doet hij het niet en die zuster wel en dan moet jij je weer verklaren”. (Verpleegkundig hoofd, Z4). (Beoordelvragen *MRSA*-protocollen)

Bij de *MRSA*-protocollen vindt afschuiving van verantwoordelijkheden plaats, omdat infectiepreventie niet tot de expertise gerekend wordt. Sommige informanten raadplegen niet het protocol maar schakelen direct de ziekenhuishygiënisten of arts microbiologen in voor advies:

“Ik bel gewoon de bacterioloog en zeg luister ik heb een patiënt die uit het buitenland komt, wat moet ik nu doen (...) ik denk dat de bacterioloog dan ingeschakeld moet worden want ik ben uroloog, het is zijn vakgebied”. (Arts, Z2). (Voorkomen van overdracht van *MRSA*, taak 1)

“Ik raadpleeg het [*protocol*] eigenlijk nauwelijks. Zodra het iets met *MRSA* te maken heeft, dan zeg ik het is mijn pakkie aan niet, ik bel meteen de bacterioloog en zeg regel dat voor mij, en wat moeten wij doen? De bacterioloog kent dat natuurlijk allemaal en voor mij is het belangrijk wanneer moet ik een patiënt isoleren? Wat als hij positief is? Dan is de hele regeling voor hem en ik wil me aan de afspraken conformeren, maar ik denk wel eens is dat allemaal wel zinvol”. (Arts, Z1). (Voorkomen van overdracht van *MRSA*, taak 1)

Acceptatieproblemen komen voor omdat maatregelen indruisen tegen rechtvaardigheidsgevoelens van personeel. In de protocollen ontbreekt een motivering van maatregelen die dwingend voorgeschreven zijn, de aansprakelijkheid bij het niet nakomen van maatregelen is onduidelijk. Het niet aanvaarden van verantwoordelijkheden of verplichtingen is daar een gevolg van. De deskundigheid van personeel dat de eerste opvang van accidenten behandelt (arts-assistenten) wordt betwijfeld. Daardoor accepteren sommigen de in de protocollen aangeduide stappen na een accident niet. Bij de *MRSA*-protocollen vindt afschuiving van verantwoordelijkheid plaats, omdat de problematiek als expertise en taak

van infectiepreventiemedewerkers gezien wordt. Acceptatieproblemen van maatregelen doen zich ten slotte voor als onvoldoende duidelijk is of de toepassing ervan een zinvolle bijdrage levert aan de reductie van de problematiek en als optimale zorgverlening er door gehinderd wordt. Deze situatie doet zich vooral bij de *MRSA*-protocollen voor.

Uit de praktijktoets blijkt dat acceptatieproblemen zich vooral bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact voor doen. Er is sprake van een serieus probleem met betrekking tot de aanvaarding van verantwoordelijkheden en verplichtingen. Uit het vragenlijstonderzoek komt dit beeld niet naar voren. Respondenten beoordelen de maatregelen als zinvol en soms als belastend, wel blijkt dat de Accidenteel Bloedcontactmaatregelen minder effectief worden geacht dan de *MRSA*-maatregelen. Maatregelen die als belastend beoordeeld worden, blijken bij de praktijktoets acceptatieproblemen op te leveren

4.4 Samenvatting

Uit de resultaten van het gebruiksonderzoek blijkt dat van de voorgelegde taken een minderheid succesvol uitgevoerd wordt. Succesvol verlopen taken die als routinegedrag bestempeld kunnen worden, zoals de reinigingsprocedure na een accidenteel bloedcontact, en opdrachten waarbij vastgesteld moet worden welke taken men heeft bij een *MRSA*-uitbraak. In principe kan gesteld worden dat bij calamiteiten (een accident, uitbraak *MRSA*) personeel in eerste instantie op basis van het protocol adequaat *kan* handelen.

Problematisch, dat wil zeggen dat de helft van de voorgelegde taken niet succesvol uitgevoerd wordt, blijken die taken te zijn waarbij aan de hand van het protocol een afweging gemaakt moet worden van de risicosituatie en op grond daarvan vastgesteld moet worden welke vervolgacties nodig zijn. Bij die taken lopen informanten in het protocol vast of blijken in de praktijk anders te handelen dan het protocol voorschrijft. Dit betekent dat de onderzochte protocollen in die situaties niet goed functioneren. Uit de resultaten blijkt dat serieuze problemen (wanneer het probleem bij tweederde van de informanten voorkomt) zich bij beide protocollen en bij alle beroepsgroepen voordoen. In hoofdzaak betreft het:

- Belemmeringen (organisatorisch, logistiek of fysiek).
- Begripsproblemen.
- Volledigheidsproblemen.
- Aanvaarding van verantwoordelijkheden en verplichtingen.

Op grond van de praktijktoets kan gesteld worden dat de onderzochte protocollen op allerlei fronten (tekst, toepassing en acceptatie) te kort schieten, wat onder meer ook blijkt uit het feit dat de helft van de informanten zegt anders te handelen. Zij blijken onbekend met de maatregelen of de maatregelen zijn onduidelijk. De probleemsituaties doen zich niet bij routinetaken voor; in situaties (ondersteuning van beslissingen) waarbij het protocol als handelingsleidraad juist van belang is, schiet het als informatiebron tekort. De belemmeringen en acceptatieproblemen zijn van dien aard dat de protocollen op een aantal punten onvoldoende motiveren tot naleving.

Er kan sprake zijn van een vertekening in de omvang van geconstateerde problemen omdat sommige informanten niet zonder hulp de taak kunnen of willen uitvoeren. In zekere zin kan daardoor sprake zijn van een overschatting van de omvang van onderzoek- en be-

gripsproblemen omdat de proefleider informanten “op weg heeft geholpen”. Als informanten meer tijd hadden gekregen dan zouden zij er misschien wel zelfstandig uitgekomen zijn. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat informanten consistent opmerken dat de protocollen moeilijk toegankelijk zijn door de omvang en structuur. Aan de andere kant is sprake van een onderschatting van begripsproblemen omdat informanten bij het opzoeken van informatie al afhaken.

Bij de protocollen doen zich de volgende verschillen voor:

- Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact komen naar verhouding meer problemen voor dan bij de *MRSA*-protocollen.
- Van de protocollen Accidenteel Bloedcontact wordt vaker afgeweken dan van de *MRSA*-protocollen.
- Bij de *MRSA*-protocollen hebben de problemen betrekking op het gehele protocol, bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact vooral op de postaccidentmaatregelen.
- Bij de Accidenteel Bloedcontact-protocollen komen meer contactproblemen en acceptatieproblemen voor dan bij de *MRSA*-protocollen.
- Bij de *MRSA*-protocollen komen naar verhouding meer zoekproblemen en volledigheidproblemen voor.
- De *MRSA*-protocollen worden vaker in de praktijk vertaald in op de afdeling of werksituatie toegesneden instructies.

Een mogelijke verklaring van de genoemde verschillen is dat de *MRSA*-problematiek actueler is en meer impact heeft op de organisatie waardoor meer aandacht aan het belang van de voorzorgsmaatregelen besteed is.

Informanten blijken vooral onbekend met de postaccidentmaatregelen. De Accidenteel Bloedcontact-protocollen bestaan uit een preventiedeel dat vaak jaren geleden in de organisatie geïntroduceerd is. In de loop van jaren zijn de protocollen aangepast aan allerlei organisatorische veranderingen, vaak rondom de afhandeling en behandeling van accidenten. De aanpassingen zijn soms in het protocol doorgevoerd, soms zijn ze als een variant van het protocol in omloop. De aanpassingen blijken minder bekend, informanten handelen vaak nog volgens gedragspatronen die inmiddels niet meer overeenkomen met de nieuwe normen. Een ander punt is dat de postaccidentprocedure (bij onbekende bron en risicopatiënten) nog niet uitgekristalliseerd is door discussies over verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden in de afhandeling van accidenten. De onduidelijkheid in regelgeving leidt er toe dat de instructies in deze protocollen onvolledig of onuitvoerbaar zijn.

De *MRSA*-protocollen zijn opgesteld vanuit de regelgeving die patiëntgericht is, van opname tot ontslag van een *MRSA*-patiënt. Voorzorgsmaatregelen die het personeel zelf betreffen, zijn in de protocollen niet gemakkelijk traceerbaar door de omvang en structuur ervan. Informanten merken op dat het protocol integraal doorgelezen moet worden om te achterhalen welke informatie voor hen van toepassing is.

Uit de resultaten blijkt dat de beroepsgroepen zich op een aantal punten onderscheiden in aard en omvang van de problemen. Bij *huishoudelijk personeel* komen serieuze problemen voor bij de toepassing van de maatregelen, zij ervaren belemmeringen en ze handelen

afwijkend. Problematisch is dat bijna de helft onbekend is met de protocollen Accidenteel Bloedcontact, dat de helft problemen heeft met de interpretatie van de tekst (begrips- en volledigheidproblemen) en met de aanvaarding van verantwoordelijkheden of verplichtingen.

Huishoudelijk personeel heeft een andere attitude ten aanzien van de protocollen, dat geldt vooral voor het protocol Accidenteel Bloedcontact. De beroepsgroep schakelt liever hulp in van een expert dan zelf in de protocollen op te zoeken welke acties wanneer van belang zijn. Uit de interviews blijkt dat zij ook minder bekend zijn met de protocollen dan de andere beroepsgroepen en dat ze na een accident anders handelen dan voorgeschreven is. Huishoudelijk personeel ervaart naar verhouding minder tekstgerelateerde problemen. De oorzaak daarvan is dat alvorens interpretatie van de informatie plaats vindt, informanten al afhaken of hulp inschakelen omdat ze zich niet in de problematiek herkennen en denken dat de protocollen dus ook niet voor hen bedoeld zijn. Huishoudelijk personeel wil strikt volgens de hen opgelegde *MRSA*-regels handelen en verwacht dat anderen dat ook doen. Daardoor komen bij hen vaker irritaties voor als verpleegkundigen of artsen zich niet aan deze regels houden.

Bij *verpleegkundigen* komen serieuze problemen voor op het niveau van de tekst (begrips- en volledigheidproblemen) en met de toepassing van de maatregelen (belemmeringen). Bij de helft van de verpleegkundigen komen opzoekproblemen, actualiteitsproblemen en problemen met de aanvaarding van verantwoordelijkheden of verplichtingen voor. Verpleegkundigen zijn het meest bereid om zelfstandig de taak uit te voeren. De voorzorgsmaatregelen blijken zinvol gevonden te worden. De infectieproblematiek is in de protocollen doorgaans vanuit de verpleegkundige praktijk beschreven. Desondanks komen ook bij deze beroepsgroep tekstuele en toepassingsproblemen voor.

Bij *artsen* doen zich serieuze problemen voor op tekstniveau (begrips- en volledigheidproblemen), met de toepassing van de maatregelen (belemmeringen) en met de aanvaarding van de maatregelen (met het belang ervan en met de aanvaarding van verantwoordelijkheden en verplichtingen). Artsen betwijfelen met name maatregelen waarvan het belang of de rechtvaardigheid onvoldoende gemotiveerd is.

4.5 Conclusie functioneren van de protocollen

De resultaten van het gebruiksonderzoek laten een minder positief beeld van het functioneren van de protocollen zien dan op grond van het vragenlijstonderzoek verwacht zou worden. Er is een discrepantie waarneembaar tussen de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de praktijktoets. Uit de praktijktoets blijkt dat respondenten minder bekend zijn met de protocollen dan zij zelf denken, dat de maatregelen minder uitvoerbaar zijn dan zij inschatten en dat zij geen duidelijk beeld hebben van de handelingen die in een bepaalde situatie van hen verwacht worden. Het merendeel van de respondenten is wel op de hoogte van de protocollen, maar niet altijd bekend met de meest actuele versie ervan. Begripsproblemen, volledigheidproblemen en belemmeringen bij de toepassing komen veelvuldig bij beide protocolsoorten en bij alle beroepsgroepen voor, terwijl bij afname van het vragenlijstonderzoek de meerderheid inschat de maatregelen in diverse omstan-

digheden (hectiek, werkdruk) uit te kunnen voeren. Ook blijkt dat de maatregelen meer acceptatieproblemen opleveren dan uit het vragenlijstonderzoek blijkt.

Het positief geflatteerde beeld is bij het vragenlijstonderzoek mogelijk een gevolg van de gehanteerde enquêtemethode (die sociaal wenselijke antwoorden toelaat). Een andere mogelijke verklaring voor een verschil tussen de inschatting van eigeneffectiviteit en de feitelijke vaardigheden is dat respondenten slechts een globaal beeld hebben van de maatregelen en dat pas door toetsing van maatregelen in een “real-world-situatie” tekortkomingen in de eigen vermogens zichtbaar worden. Zo blijkt dat de meerderheid van de respondenten aangeeft de postaccidentmaatregelen uit te kunnen voeren, terwijl juist die maatregelen bij de praktijktoets de meeste problemen en afwijkend gedrag opleveren. Problematisch blijken taken waarbij een risicoafweging gemaakt moet worden en waarbij op basis van die afweging bepaald moet worden welke vervolgstappen nodig zijn. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat er onduidelijkheid bestaat over wat mogelijke risicofactoren zijn. De protocollen bieden onvoldoende houvast om daar inzicht in te krijgen. Mogelijk is ook dat respondenten met deze taken minder ervaring hebben opgedaan. Dat ervaring van invloed is op de inschatting van de eigeneffectiviteit blijkt uit de resultaten. Zo blijkt dat een significant lagere score op gerapporteerd gedrag (past men de maatregelen feitelijk toe?) consistent gepaard gaat met lagere scores op meerdere onderdelen, zoals de attitude ten aanzien van maatregelen, de eigeneffectiviteitsverwachting en bekendheid met het gedrag dat voorgeschreven is. Bij de praktijktoets blijkt dat beroepsgroepen die laag scores op voornoemde onderdelen meer belemmeringen ervaren bij de toepassing van maatregelen. Mogelijk is dat negatieve ervaringen met de toepassing van maatregelen in verschillende omstandigheden (b.v. wel/geen hectiek) een lagere maar wel realistischere inschatting van de eigen effectiviteit opleveren. De constatering dat in ziekenhuizen waar men vaker geconfronteerd is met *MRSA* de uitvoerbaarheid van de maatregelen lager ingeschat wordt, zou kunnen duiden op herhaaldelijke ervaringen met belemmeringen.

Zowel uit het vragenlijstonderzoek als uit de praktijktoets blijkt dat de protocollen Accidenteel Bloedcontact minder goed functioneren dan de *MRSA*-protocollen. De *MRSA*-problematiek is actueler, de protocollen Accidenteel Bloedcontact worden voornamelijk geassocieerd met “prikaccidentprotocollen” die in de meeste ziekenhuizen reeds jaren geleden ingevoerd zijn. De impact van een *MRSA*-probleem op de bedrijfsvoering is groter dan van een accidenteel bloedcontact. Mogelijk is dat de stimulans vanuit de organisatie voor beheersing van *MRSA* de aandacht van personeel voor deze maatregelen (tijdelijk) verhoogt.

De geconstateerde verschillen tussen beroepsgroepen worden door de praktijktoets bevestigd. Huishoudelijk personeel blijkt minder bekend met de protocollen. Uit de praktijktoets blijkt dat huishoudelijk personeel afwijkend handelt, omdat de voorzorgsmaatregelen onbekend of onduidelijk zijn. De onderzochte protocollen blijken voor deze beroepsgroep niet geschikt; ze herkennen zich niet in de problematiek en de gehanteerde begrippen zijn te medisch om de voorzorgsmaatregelen te kunnen volgen. De voorkeur gaat uit naar eenduidige regels die in alle mogelijke situaties toepasbaar zijn. Huishoudelijk personeel verwacht dat bij problemen een hulpverlener (afdelingshoofd, ziekenhuishygiënist) direct ingeschakeld kan worden. Verpleegkundig personeel staat positiever tegenover de proto-

collen en de daarin vastgelegde voorzorgsmaatregelen. Protocollen dienen voor deze beroepsgroep als een norm waarvan gemotiveerd afwijken mogelijk moet zijn. Ook voor deze beroepsgroep leveren de protocollen interpretatie en toepassingsproblemen op. Het meest gereserveerd tegenover de protocollen en maatregelen staat de beroepsgroep artsen. De protocollen leveren problemen op omdat zij twijfelen over het nut ervan en zij de verantwoordelijkheden en verplichtingen in de preventiezorg niet accepteren. Protocollen dienen voor deze beroepsgroep als een hulpmiddel voor de afweging van risico's om op basis daarvan de best haalbare handelwijze te bepalen. Van protocollen wordt verwacht dat de ratio achter de verplichtingen of dwingend voorgeschreven maatregelen verduidelijkt wordt.

De resultaten van het onderzoek naar het functioneren van de protocollen maken duidelijk dat de communicatie door middel van en rondom de protocollen niet doeltreffend is. Respondenten zijn ontevreden over de aandacht die besteed wordt aan de protocollen en uit de praktijktoets blijkt dat de protocollen niet voor alle gebruikers bereikbaar, begrijpelijk, uitvoerbaar en acceptabel zijn. De resultaten indiceren dat in de communicatie over infectiepreventie niet alleen gedifferentieerd moet worden naar verschillen in kennis, attitude, eigeneffectiviteit en gedrag, maar ook naar aard van de infectiepreventieproblematiek. Preventieproblematiek gericht op de individuele medewerker (maatregelen Accidenteel Bloedcontact) vraagt om een andere vorm van stimulans dan bij een collectieve preventieproblematiek (*MRSA*-maatregelen). Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact doen zich vooral verschillen voor in persoonsgebonden factoren (ervaring met accidenten, inschatting van de risicokans, de uitkomstverwachting en de inschatting van eigeneffectiviteit). Bij de *MRSA*-protocollen in de omgevingsfactoren (de bereikbaarheid van informatiebron, stimulans door werkomgeving en organisatie). Om de toepassing van de maatregelen Accidenteel Bloedcontact te stimuleren zou het accent in de communicatie kunnen liggen op individuele effectiviteitsbevordering door bewustwording van het eigen gedrag, explicitering van het gewenste gedrag en door bevordering van vaardigheden om controle te krijgen over risicosituaties. Sociale stimulans lijkt van belang bij naleving van de *MRSA*-maatregelen. In hoofdstuk 7 wordt nader ingegaan op de geschetste communicatieve implicaties.

5

Resultaten interviews over protocolleringsbeleid

“Bovenal is van belang dat een protocol een weerspiegeling is en blijft van wat in de praktijk als optimaal gedrag beschouwd wordt. Voorkomen moet worden dat protocollen vernieuwingen in de weg staan en slechts een respons zijn op problemen die in het verleden voorkwamen”. (Weggeman, 2001)

In ziekenhuizen wordt evenals in de procesindustrie kwaliteitsbeleid opgesteld dat als uitgangspunt dient voor het opstellen van protocollen en instructies. Op die manier wordt de vertaalslag gemaakt van beleid naar het dagelijkse handelen, althans dat is de bedoeling.

In dit hoofdstuk wordt een beeld gegeven van het beleid dat in de vijf ziekenhuizen gevoerd wordt met betrekking tot ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen. Het beeld is gebaseerd op de interviews met beleidsvertegenwoordigers, de opstellers en implementeerders van de onderzochte protocollen¹. Er zijn in totaal 48 interviews afgenomen bij:

- vertegenwoordigers van het protocolleringsbeleid (kwaliteitsfunctionarissen, leden van een protocollencommissie, n=12),
- penvoerders van de beide protocollen (ziekenhuishygiënist, artsmicrobioloog, n=13),
- verantwoordelijken voor de implementatie (lijnmanagement, n=23).

De interviews zijn afgenomen aan de hand van beleidsdocumentatie, documenten waarin de visie op infectiepreventie en op protocollen verwoord is. De interviewonderwerpen staan in bijlage D. Bijlage E bevat een overzicht van de geraadpleegde documenten. De verkregen data zijn geanalyseerd aan de hand van een analyseschema dat in hoofdstuk 2 (tabel 2.12) gepresenteerd is en in dit hoofdstuk nader toegelicht wordt. In dit hoofdstuk worden alleen de resultaten van de interviewvragen besproken die betrekking hebben op

¹ De resultaten hebben betrekking op de periode waarin het onderzoek uitgevoerd is. In de ziekenhuizen Z1 en Z2 is dat van december 1999 tot februari 2000, in de ziekenhuizen Z3 en Z4 van maart 2000 tot april 2000 en in Z5 van mei 2000 tot juli 2000 en april 2001-oktober 2001(bijstelling MRSA-protocol).

het gevoerde beleid. In hoofdstuk 6 komen de resultaten aan de orde van de interviews over de totstandkoming en implementatie van de onderzochte protocollen.

In paragraaf 5.1 wordt het beleid dat in de vijf ziekenhuizen gevoerd wordt met betrekking tot instellingsbrede protocollen (ziekenhuisbreed en multidisciplinair) beschreven. Daarbij wordt ingegaan op de relatie tussen kwaliteitsbeleid en infectiepreventiebeleid. In paragraaf 5.2 worden de beleidsvoornemens voor ontwerp, implementatie en evaluatie van instellingsbrede protocollen in het algemeen en infectiepreventieprotocollen in het bijzonder uiteengezet. Daarbij komen zowel voornemens voor het procesverloop als voor het product, het protocol, aan de orde. In paragraaf 5.3 worden de gerapporteerde problemen met de toepassing van het gevoerde beleid besproken. Tenslotte volgt in paragraaf 5.4 een samenvatting.

In het hoofdstuk wordt middels citaten verwezen naar interviews of documenten (proces- of beleidsdocumentatie). Bij de citaten is de bron vermeld (informant of document), de functie van de informant (bijvoorbeeld ziekenhuishygiënist) diens rol in het proces (bijvoorbeeld penvoerder) en het ziekenhuis waar het citaat op betrekking heeft (bijvoorbeeld Z1). Toevoegingen ter verduidelijking van citaten staan in cursief tussen haken [*MRSA*-protocol], weglatingen zijn gemarkeerd met (...).

5.1 Beleid met betrekking tot instellingsbrede protocollen in vijf ziekenhuizen

Instellingsbrede protocollen worden onder meer opgesteld naar aanleiding van wet- en regelgeving, zoals uit hoofdstuk 1 blijkt. Door middel van protocollen wordt enerzijds aan derden (overheid, instanties) verantwoording afgelegd. Door vast te leggen hoe gehandeld dient te worden en te beschrijven wie voor welke taken verantwoordelijk is, wordt anderzijds gestreefd naar verbetering van de werkwijze. De verantwoordingsverplichting resulteert echter nogal eens in een wildgroei aan protocollen mede ten gevolge van het ontbreken van een overkoepelend beleid of norm ten aanzien van protocollen. De overdaad aan protocollen kan gemakkelijk leiden tot het negeren of in twijfel trekken van het nut van protocollen:

“Er worden heel veel protocollen geïmplementeerd in dit ziekenhuis. (...) Waar het dit moment aan schort is de evaluatie en toetsing. Men is protocolgeoriënteerd, je moet voorschriften en protocollen maken. Het wordt allemaal ingewikkelder en je krijgt meer medewerkers en er is behoefte aan meer afspraken. Die afspraken worden allemaal ingevoerd en daar blijft het dan bij”. (Clustermanager OK, Z1)

De *Kwaliteitswet voor zorginstellingen* (1996) vraagt echter om een beleidsaanpak waarbij aangetoond kan worden hoe de zorg georganiseerd is. Deze impuls leidde ertoe dat in ziekenhuizen steeds vaker beleid vastgelegd wordt in documenten die als uitgangspunt dienen voor het protocolleren, zowel op het niveau van de instelling als op afdeling- of dienstniveau. Dat beleid wordt in ziekenhuizen veelal opgesteld aan de hand van het *NIAZ/PACE*-kwaliteitsmodel, wat getypeerd wordt als een concrete, eenvoudige en bruikbare hulp bij het ontwikkelen van kwaliteitssystemen, ook op de werkvloer (Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, 1999). Nederlandse ziekenhuizen kunnen via certificering aantonen dat voldaan is aan bepaalde kwaliteitsnormen (*NIAZ/PACE*-normen, zie hoofdstuk 1). Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (*NIAZ*) toetst

of ziekenhuizen voldoen aan de norm *Kwaliteitsysteem* (1998), dat betekent dat aange- toond moet worden hoe de zorg systematisch georganiseerd is. Twee van de vijf zieken- huizen, Z3 en Z4 zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van de *NIAZ- kwaliteitborgingsnorm*, 1996).

5.1.1 Kwaliteitsbeleid in vijf ziekenhuizen

Uit *kwaliteitsjaarverslagen* (1998, 1999) van de vijf ziekenhuizen komt naar voren dat het kwaliteitsbeleid beoogt de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorg te garanderen en te optimaliseren. Het kwaliteitsbeleid bestaat, zoals verwoord in de beleidsnotitie van Z5, uit:

“Het faciliteren en structureren van kwaliteitsverbetering. Het bevorderen van het afleggen van verantwoording. Het bevorderen van een klantgerichte cultuur”. (*Notitie Kwaliteitsbe- leid*, 1999: 2, Z5)

In de kwaliteitsjaarverslagen is beschreven welke visie gehanteerd wordt ten aanzien van kwaliteitszorg, welke doelen de organisatie stelt ten aanzien van de kwaliteitszorg en welke verbetertrajecten gepland en uitgevoerd zijn. Voorts is vastgelegd hoe de kwali- teitszorg centraal en decentraal georganiseerd is. Op centraal niveau zijn kaders (visie, doelstelling, normen) geformuleerd voor het invullen van het kwaliteitsbeleid, dat door ziekenhuisbrede commissies en door diensten en afdelingen op decentraal niveau uitge- voerd wordt. De verantwoording van kwaliteitszorg vindt plaats via kwaliteitshandboeken en jaarverslagen. De kwaliteitshandboeken worden in de lijn opgesteld door afdelingen en diensten, de handboeken bevatten beleidsnotities en kwaliteitsdocumenten, zoals procedu- res, protocollen en werkvoorschriften. Het onderscheid tussen procedures, protocollen en werkvoorschriften is in de ziekenhuizen niet eenduidig geformuleerd. Begrippen als richt- lijn, procedures, protocollen en werkvoorschriften worden vaak door elkaar gebruikt. In de *NEN-ISO 9004* norm, de basis voor het ontwikkelen van kwaliteitssystemen, is een procedure niet gedefinieerd, wel is vermeld dat procedures ontwikkeld worden om de verschillende werkzaamheden te coördineren wat nodig is voor een doeltreffend kwali- teitsysteem. In De Heer en Ahaus (1994:30) wordt een procedure omschreven als:

“Een op schrift gestelde weergave van afspraken tussen medewerkers van verschillende af- delingen betreffende routinematige handelingen. Procedures beschrijven onderwerpen met een (afdelings)grensoverstijgend karakter en spelen een belangrijke rol bij coördinatie van het werk tussen afdelingen”.

In de *NIAZ kwaliteitsborgingsnorm Kwaliteitsysteem* (1998, 2000) zijn procedures, pro- tocolen en werkafspraken ook niet nader gedefinieerd. Op grond van de omschrijving van De Heer en Ahaus zouden de onderzochte protocollen als procedures te beschouwen zijn, maar de protocollen beschrijven zowel incidentele als routinehandelingen. In hoofdstuk 1 van dit proefschrift is omschreven wat in dit verslag onder een protocol verstaan wordt. In de beschrijving van het protocolleringsbeleid van de vijf ziekenhuizen zal niet nader inge- gaan worden op de terminologiekwestie. Centraal staat welk beleid gehanteerd wordt ten aanzien van het vastleggen van afspraken die instellingsbreed van toepassing zijn.

Uit de *kwaliteitsjaarverslagen* (1998, 1999) van de vijf ziekenhuizen blijkt dat de *NIAZ/PACE*-normen of *ISO*-normen als uitgangspunt dienen voor de implementatie van de kwaliteitszorg, het opstellen van handboeken en het ontwikkelen van een overkoepelend kwaliteitssysteem.

“Een onderdeel van het kwaliteitsbeleid is gericht op het borgen van behaalde resultaten. Dat heeft wel iets te maken met systeembouw. *PACE* is gericht op het beschrijven van allerlei zaken, dat is een vertaling van de *ISO* voor de gezondheidszorg (...). Medewerkers van afdelingen van andere ziekenhuizen hebben de kritische processen in hun afdelingen in kaart gebracht, de punten die moeilijk liepen eruit gepakt en daar beheersmaatregelen voor getroffen. Dat vergeleken met de *ISO*-normen, teksten bijgeschaafd en dat weer uitgetest in andere ziekenhuizen. Dus dat [*PACE*] zijn in het algemeen regels die herkenbaar zijn voor medewerkers, toen zijn er voor alle afdelingen normen ontwikkeld, op die manier dekken de *PACE*-normen alles.” (Kwaliteitsfunctionaris, Z3)

Alle vijf ziekenhuizen zijn gestart met beleidsontwikkeling, maar verschillen in de veranderingen die gemaakt zijn in het opzetten van een systeem voor beheer van documenten (protocollen en voorschriften genoemd). In het ene ziekenhuis is alleen nog maar een fundament gelegd voor beleidsontwikkeling (*Kwaliteitsjaarverslag* 1998-1999, Z5), in het andere (Z4) is een gecomputeriseerd beheersysteem voor protocollen en voorschriften reeds operationeel (*Beheersysteem Protocollen en Voorschriften*, 1997):

“Op dit moment zijn we bezig met integraal kwaliteitsmanagement (...). We proberen indicatoren te ontwikkelen, dat is allemaal onderdeel van integraal kwaliteitsmanagement als dat afgerond is dan komt er een fase dat we richting accreditatie willen gaan, wat weer borging inhoudt en dan komen veel meer de protocollen en voorschriften in beeld (...). Dan worden de protocollen in de gehele kwaliteitsstructuur gehangen”. (Kwaliteitsfunctionaris, Ziekenhuishygiënist, Z4)

In drie ziekenhuizen (Z1, Z2, Z3) is een beheersysteem voor protocollen en voorschriften in ontwikkeling. Ook in die ziekenhuizen is het de bedoeling dat de protocollen en voorschriften ingevoerd worden in een geautomatiseerd beheersysteem voor documenten:

“Het is de taak van de commissie protocollering om daar [*documentatie van afspraken*] een goede structuur voor te maken, en dat je ook gericht kunt zoeken, per vak, per onderwerp, welke protocollen er per onderwerp zijn, dus een goed zoekstelsel”. (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

“We hebben een notitie voor het vastleggen van afspraken. ‘Zeggen wat we doen en doen wat we zeggen’, dat is een algemeen motto hier in het ziekenhuis (...). Op het moment dat je een afspraak op wilt gaan stellen, moet je weten dat er een notitie beschikbaar is. Dan ga je in het DKS [*Documentbeheer voor Kwaliteitssystemen*] opzoeken hoe je dat moet doen (...) en in dit document staat hoe je tot die codering moet komen en in het volgende staat wat voor soort afspraken we onderscheiden. Er zijn nu vijf documenten af (...) en als je een afspraak in DKS wilt zetten dan moet je een aantal verplichte velden invullen, dus titel, type afspraak, eigenaar, doel, toepassingsgebied, definities, werkwijze (...) en als je een veld niet invult dan komt het hele document er niet in”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z1)

In geen van de vijf ziekenhuizen is het beleid geëvalueerd (ten tijde van het onderzoek). Evaluatie houdt in dat aangetoond kan worden dat de vastgelegde afspraken of ingevoerde protocollen in de praktijk werken (*NIAZ kwaliteitsborgingnorm Kwaliteitssysteem*, 1998).

Aansturing kwaliteitsbeleid

Uit de kwaliteitsjaarverslagen (1998, 1999) van de ziekenhuizen blijkt dat het kwaliteitsbeleid opgesteld wordt door een ziekenhuisbrede commissie. De commissie adviseert en geeft richting aan de opbouw en het onderhoud van het kwaliteitsbeleid in de lijn. De lijn is verantwoordelijk voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid. In de ziekenhuizen zijn kwaliteitsfunctionarissen of kwaliteitscoördinatoren aangesteld. Zij verlenen ondersteuning bij het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem in de lijn.

“Je adviseert medewerkers en ondersteunt hen op het gebied van kwaliteitszorg, dus alleen verbeterprojecten, auditen, knelpunten waar men tegen aan loopt. Ik ben bezig geweest met het opstellen van het protocol der protocollen, hoe je zorg- en werkafspraken in het ziekenhuis moet opstellen”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z1)

In drie ziekenhuizen (Z1, Z3, Z4) is de kwaliteitsfunctionaris aangesteld bij een stafbureau dat de directie ondersteunt en adviseert. In de twee andere ziekenhuizen (Z2 en Z5) is op afdelingsniveau een kwaliteitsfunctionaris benoemd. Deze functionaris is belast met het opzetten van een kwaliteitssysteem, in eerste instantie bedoeld voor een specifiek terrein (zorgclusters of verpleegafdelingen). Het is uiteindelijk de bedoeling dat ook in deze twee ziekenhuizen een discipline- of afdelingsoverstijgend kwaliteitssysteem ontwikkeld wordt voor ontwerp en implementatie van ziekenhuisprotocollen.

“Waar het dadelijk om gaat is niet zozeer de inhoudelijke beoordeling van de protocollen, want daar ligt de deskundigheid bij iemand anders maar wel van hoe worden nu zaken met elkaar afgestemd. Om aan te sturen dat mensen met elkaar in gesprek raken. De commissie protocollering moet met de infectiecommissie om de tafel gaan zitten, van waaraan moeten de protocollen voldoen, hoe kan het protocol het best geïmplementeerd worden op afdelingsniveau?”. (Kwaliteitscoördinator zorgcluster, Z2)

In de vijf ziekenhuizen zijn voor bepaalde onderdelen van het kwaliteitsbeleid diverse ziekenhuisbrede commissies verantwoordelijk uit hoofde van hun specifieke deskundigheid. De ziekenhuisbrede commissies moeten aan de stuurgroep kwaliteit aantonen dat zij aan de op hun terrein geldende kwaliteitscriteria voldoen. De commissies dienen tevens verslag uit te brengen van de gerealiseerde kwaliteitsdoelen. De infectiecommissie is een voorbeeld van zo'n ziekenhuisbrede commissie. Deze commissie stelt beleid op voor infectiebestrijding en stuurt op die manier het opstellen van infectiepreventieprotocollen aan. De bewaking van het kwaliteitsbeleid vindt plaats via afdelingscontactpersonen, medewerkers die in hun taak kwaliteitszorg of kwaliteitszorg en hygiëne als extra aandachtsgebied hebben.

5.1.2 Infectiepreventiebeleid in vijf ziekenhuizen

In de vijf ziekenhuizen is beleid opgesteld voor infectiepreventie. Dat beleid omvat een lange termijn traject (vijf jaar) voor het realiseren van de doelstelling van infectiepreventie: het voorkomen en bestrijden van infecties bij patiënten en medewerkers in het zieken-

huis. In de ziekenhuizen (uitgezonderd Z2) is het infectiepreventiebeleid opgesteld volgens de voorschriften van *NIAZ-PACE Kwaliteitsborgingsnorm Hygiëne en Infectiepreventie*, (1996).

De *NIAZ-PACE Kwaliteitsborgingsnorm voor Hygiëne en Infectiepreventie* vereist dat in het beleid doelstellingen, actieprogramma's en middelen beschreven zijn, bovendien moet het beleid passen in het ziekenhuiskwaliteitsbeleid. In een organogram dienen de functionele en hiërarchische relaties tussen medewerkers van de afdeling infectiepreventie weergegeven te worden, de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de afdeling moeten omschreven zijn evenals de overlegstructuur van de afdeling Hygiëne en Infectiepreventie. In de procesbeheersing dienen de werkzaamheden omschreven te zijn, aangegeven moet worden hoe de afdeling ondersteuning biedt en welke criteria gehanteerd worden voor instellingsbrede richtlijnontwikkeling. Daarbij dient uitgegaan te worden van de vigerende wetgeving. De manier waarop de kwaliteit bewaakt wordt, dient in een procedure beschreven te worden. Duidelijk moet zijn hoe afspraken gedocumenteerd worden, dat wil zeggen dat bekend moet zijn hoe documenten (procedures, protocollen en voorschriften) opgesteld, vastgesteld en beheerst worden. Met beheer wordt bedoeld dat afspraken gemaakt worden over de geldigheid, actualisatie en beschikbaarheid van documenten. Beoordeling dient regelmatig plaats te vinden via audits. Door middel van jaarverslagen wordt verslag gedaan van de gerealiseerde plannen en de voorgenomen verbeteringen.

Het infectiepreventiebeleid is in de ziekenhuizen opgesteld door de hygiënist met medewerking van de artsmicrobiologen. De beleidsplannen dateren uit de periode 1995-1999. Op basis van de beleidsplannen zijn jaarplannen opgesteld. Het infectiepreventiebeleid wordt door de infectiecommissie beoordeeld en door de directie vastgesteld. In ziekenhuis Z3 verkeert het beleidsplan in conceptstadium, in Z2 en Z5 is een nieuw beleid in ontwikkeling. De aanleiding daarvoor is de aanpassing aan de *NIAZ/PACE*-normen (Z5) en de onvrede met de huidige gang van zaken (Z2). In ziekenhuis Z2 is door de infectiecommissie de gewenste situatie in een nota uiteengezet:

“Deze nota is ontstaan omdat gebleken is dat binnen de meeste ziekenhuisorganisaties de communicatielijnen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (...) niet altijd helder omschreven zijn. Binnen de commissie bestond behoefte aan duidelijke kaders voor het beleid met betrekking tot infectiepreventie”. (*Nota kaders algemeen infectiepreventiebeleid*, 1998:1, Z2)

Door de hygiënist en artsmicrobioloog van ziekenhuis Z2 is een knelpuntenanalyse van ontwerp, implementatie en evaluatie van infectiepreventieprotocollen uitgevoerd. Op basis daarvan is een discussienotitie geschreven met als doel infectiepreventieprotocollen af te stemmen op de richtlijnen van de protocollencommissie, en om de protocollen op te stellen en te implementeren volgens de huidige kwaliteitsnormen.

“Voorheen maakten we protocollen en gaven die aan de directie en wat er daarna gebeurde hoe het in het huis verspreid werd dat wisten wij niet (...). We zijn nu op zoek naar een systeem om de protocollen werkbaar te maken, daar moeten richtlijnen voor komen”. (Artsmicrobioloog, Z2)

De Infectiepreventiebeidsplannen van de ziekenhuizen zijn vergelijkbaar qua opzet. In de plannen is de visie en de doelstelling van infectiepreventie geformuleerd en zijn de actiepunten vermeld die de komende jaren gerealiseerd moeten worden. De beleidsplannen van alle vijf ziekenhuizen bevatten een beschrijving van de organisatie van infectiepreventie en van de middelen waarmee het beleid gerealiseerd moet worden. Alleen in de beleidsplannen van de ziekenhuizen Z2 en Z3 is een relatie gelegd tussen het Arbobeleid en infectiepreventie. Dit in het licht van de verplichting die de werkgever heeft om te zorgen dat personeel voorgelicht wordt over veiligheidsrisico's. Het opstellen of bijstellen en introduceren van het *MRSA*-protocol en het protocol voor Accidenteel Bloedcontact is onderdeel van alle beleidsplannen.

Aansturing infectiepreventiebeleid

De infectiecommissie stuurt beleidsontwikkeling aan en stelt de kaders voor infectiepreventie. Het infectiepreventiebeleid wordt voorbereid door de ziekenhuishygiënist, in vier van de vijf ziekenhuizen (Z1, Z2, Z3, Z4) in samenwerking met de artsmicrobiologen. De infectiecommissie adviseert de directie over het te voeren infectiepreventiebeleid. De commissie vervult tevens een kwaliteitsbewakende functie. De protocollen worden, alvorens goedkeuring wordt gevraagd aan de directie, eerst beoordeeld door de infectiecommissie. In de infectiecommissie zitten vertegenwoordigers van de lijnorganisatie: medisch personeel en vertegenwoordigers van ondersteunende diensten (laboratorium, apotheek). De ziekenhuishygiënist is, als staffunctionaris, toegevoegd aan de infectiecommissie. Dat betekent dat er alleen sprake is van een functionele relatie tussen de ziekenhuishygiënist en de infectiecommissie. De artsmicrobioloog is lid van de medische staf en maakt deel uit van de infectiecommissie, soms als voorzitter (Z1, Z2 en Z5).

“Dat [*voorzitterschap*] houdt in dat je verantwoordelijk bent voor het goed functioneren van de infectiecommissie en voor het sturen van allerlei processen, zoals kwaliteitsprocessen, dus het tot stand brengen van protocollen, route voor implementatie aangeven etcetera”.
(Artsmicrobioloog, Z1)

Infectiepreventie is in de ziekenhuizen een taak die uitgevoerd wordt door ziekenhuishygiënist die daarin ondersteund worden door artsmicrobiologen. De ziekenhuishygiënist en de artsmicrobiologen dragen zorg voor het opstellen, introduceren en evalueren van de protocollen voor infectiepreventie. Beiden adviseren de infectiecommissie over het te voeren infectiepreventiebeleid. De implementatie van de protocollen is een lijnverantwoordelijkheid.

De afdeling infectiepreventie is organisatorisch gezien moeizaam ingebed in de ziekenhuisorganisatie: zowel de artsmicrobioloog als de hygiënist hebben geen hiërarchische relatie met de lijn. De aansturing van infectiepreventieprotocollen vindt dan ook in feite buiten de lijn plaats. De afdeling infectiepreventie maakt deel uit van ondersteunende afdelingen zoals een stafbureau dat de directie adviseert (Z3 en Z4) of een ondersteunende vakafdeling zoals medische microbiologie (Z1 en Z2). Alleen in ziekenhuis Z5 is infectiepreventie hiërarchisch gepositioneerd onder een clustermanager (medisch technisch cluster), maar deze manager heeft geen enkele functionele relatie met preventie van infecties.

De artsmicrobiologen zijn lid van de medische staf en commissies (onder meer de infectiecommissie), maar maken niet altijd deel uit van de organisatie. In drie ziekenhuizen (Z3, Z4 en Z5) zijn zij als extern adviseur aan het ziekenhuis verbonden. Zij zijn in dienst van een streeklaboratorium en pendelen tussen meerdere ziekenhuizen op en neer:

“We hebben een centraal lab in L. waar alle artsen microbiologen zijn, en vanuit dat lab werk je in een ziekenhuis. Dat betekent dat je structureel bij het Intensive Care-overleg zit en dat je lid bent van een infectiecommissie en allerlei ander commissiewerk verricht. Je zit wel verankerd in een ziekenhuis, maar je hebt geen aanstelling bij het ziekenhuis, je bent wel lid van de staf. Ik zit in de medische staf en in de commissie kwaliteit”. (Artsmicrobioloog, Z3)

In de ziekenhuizen Z1 en Z2 zijn de artsmicrobiologen beter gepositioneerd in de organisatie. Zij maken deel uit van de vakafdeling Medische Microbiologie en Ziekenhuishygiëne. De artsmicrobioloog “stuurt” functioneel (inhoudelijk) de ziekenhuishygiënist aan.

Tussen de artsmicrobioloog en de hygiënist bestaat geen hiërarchische relatie maar een functionele (inhoudelijke). Er is sprake van een zekere competentiestrijd doordat beide beroepsgroepen vakinhoudelijk wel hetzelfde aandachtgebied hebben, maar een hiërarchische relatie ontbreekt:

“Er is continu een competentiestrijd, door het hiërarchische model van het ziekenhuis (...) We kunnen alleen maar met functionele adviezen zwaaien en hopen dat ze opgepikt worden”. (Artsmicrobioloog, Z5)

De kwaliteit van het infectiepreventiebeleid dient volgens de *PACE*-normen bewaakt te worden door afdelingscontactpersonen. Dit zijn medewerkers met een speciale taak op het gebied van infectiepreventie. De contactpersonen zijn een vraagbaak voor het personeel, dragen bij aan de implementatie van protocollen, signaleren risicovolle situaties op het gebied van infectiepreventie en registreren knelpunten. In ziekenhuis Z4 wijst men bewaking via contactpersonen van de hand, de hygiënisten achten het wenselijker dat zij zelf direct contact onderhouden met de werkvloer.

5.2 Beleid met betrekking tot ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen

In deze paragraaf worden afspraken over het ontwerp, de implementatie en evaluatie van protocollen besproken. De afspraken zijn in principe bedoeld voor alle instellingsbrede protocollen. Daarnaast blijkt dat er specifieke afspraken gemaakt zijn voor infectiepreventieprotocollen.

In paragraaf 5.2.1 wordt eerst ingegaan op het beleid voor instellingsbrede protocollen in het algemeen. Daarna komt in paragraaf 5.2.2 de samenhang tussen de instellingsbrede en specifieke afspraken voor infectiepreventieprotocollen aan de orde.

5.2.1 Beleid met betrekking tot instellingsbrede protocollen

In de ziekenhuizen (uitgezonderd Z3) zijn afspraken voor het ontwerp, de implementatie en evaluatie van instellingsbrede protocollen geformuleerd. De afspraken zijn gebaseerd

op de *NIAZ kwaliteitsborgingsnorm* (1996). Ziekenhuis Z3 heeft op instellingsniveau geen afspraken voor protocollen en voorschriften. Er wordt volgens het *Kwaliteitsjaarverslag* (1998) vanuit gegaan dat de *PACE*-normen instellingsbreed gehanteerd worden bij het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem en dat het opstellen van kwaliteitshandboeken een lijnactiviteit is:

“Op ziekenhuisniveau hebben we geen kwaliteitssysteem. Inhoudelijke eisen worden door de afdelingen zelf gesteld (...). Ik vertel op de afdelingen wat *PACE* is, geef voorbeelden, leg uit hoe het werkt, dan geven afdelingen zich op. Van we willen ermee aan de gang gaan. Ik begeleid die afdelingen dan”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z3)

De afspraken zijn onderdeel van het beleid om het protocolleren te systematiseren. In aanzet zijn ze bedoeld voor instellingsbrede protocollen, in twee van de vijf ziekenhuizen (Z1 en Z4 is dat ook het geval. In de andere ziekenhuizen (Z2 en Z5) is door medewerkers van verpleegkundige afdelingen of zorgclusters het initiatief genomen om voornemens die in eerste instantie bedoeld zijn voor de eigen afdeling of clusters ook van toepassing te laten zijn voor instellingsbrede protocollen.

De afspraken zijn neergelegd in beleidsdocumenten. In ziekenhuis Z4 is een richtlijn *Beheersysteem protocollen en voorschriften* (1997) opgesteld door de commissie Kwaliteit. De er in verwoorde afspraken voor protocollen zijn operationeel. In ziekenhuis Z1 is door het stafbureau Kwaliteitszorg een beleidsdocument *Zeggen wat we doen, doen wat we zeggen* (1999) opgesteld. Het beleidsdocument was ten tijde van het onderzoek nog in ontwikkeling. Het beleid is vooral gericht op bewustwording van de noodzaak om het protocolleren te systematiseren:

“Het hele verhaal ‘zeggen wat we doen en doen wat we zeggen’, betekent dat iedereen er zich van bewust moet zijn van ik ga nu een protocol schrijven en ik kan niet meer volstaan met het op papier zetten en ergens neerleggen. Maar ik moet nu heel duidelijk aangeven waarom ik het protocol wil, voor wie het bedoeld is, welke verantwoordelijkheden ik er zelf in heb. Plus het feit dat er een evaluatie aan verbonden is”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

In ziekenhuis Z5 is door het stafbureau Zorgontwikkeling beleid (*Conceptnotitie Bureau Zorgontwikkeling*, 2001, Z5) een begin gemaakt met het vastleggen van voornemens voor de aanpak van protocollen en voorschriften. In ziekenhuis Z2 is door de ziekenhuisbrede Protocollencommissie een notitie opgesteld voor ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen (*Notitie protocollering*, 1999), maar deze notitie ligt nog ter goedkeuring bij de directie.

De afspraken voor protocollen omvatten proces- en documentaanwijzingen. Het verkrijgen van consensus met betrokken partijen en het toekennen van verantwoordelijkheden in het documentbeheer staan centraal in de procesaanwijzingen. De documentaanwijzingen zijn vooral gericht op bevordering van de herkenbaarheid van protocollen en op het gebruiksklaar maken van documenten voor invoering in een documentatiesysteem. De wens om protocollen op te nemen in een geautomatiseerd bestand leidt met name tot afspraken over een uniforme vormgeving en de toekenning van verantwoordelijkheden voor beheer en onderhoud van documenten. In tegenstelling tot de andere ziekenhuizen is het beleid

Tabel 5.1 Afspraken protocolleren in vier ziekenhuizen

Afspraken ontwerp, implementatie en evaluatie	Ziekenhuizen			
	Z1	Z2	Z4	Z5
<i>Fase voorbereiden</i>				
oriëntatie op noodzaak protocol	+	+	+	+
organisatie totstandkomen	+	+	+	+
<i>Fase totstandkomen</i>				
opstellen volgens afgesproken norm (NIAZ/PACE)	+	+	+	+
implementatietraject opstellen	+	+	+	?
afstemmen op protocollen raakvlakgebieden	?	?	+	?
voorleggen aan experts (inhoudelijke beoordeling)	+	+	+	+
voorleggen aan gebruikers	+	?	?	?
voorleggen aan protocollencommissie (beoordeling)	nvt	+	nvt	nvt
voorleggen aan autorisator (goedkeuring)	+	+	+	+
beheerder voert protocollen in systeem (handboek/documentatiesysteem)	+	+	+	+
<i>Fase implementeren</i>				
inventariseren knelpunten implementatie	?	+	?	?
uitvoeren invoeringsplan (attenderen, instrueren)	+	+	+	?
uitvoeren invoeringsplan (acceptatie bevorderen)	?	+	?	?
<i>Fase evalueren</i>				
nagaan of protocol functioneert (periodiek toetsen)	+	+	+	?

+ = onderdeel van beleid(voorstel) ? = niet verwoord in beleid(voorstel)

van ziekenhuis Z2 niet zo zeer gericht op documentbeheer, maar op het coördineren van het protocolleren. De protocollencommissie vervult daarbij een bewakende en bemiddelende rol.

Afspraken voor ontwerp, implementatie en evaluatie

Uit tabel 5.1 blijkt welke procesafspraken in de ziekenhuizen (uitgezonderd Z3) gemaakt zijn voor instellingsbrede protocollen. De tabel is gebaseerd op de eerder genoemde beleidsdocumenten. Een vraagteken betekent dat de documenten over het betreffende onderwerp (nog) geen afspraken bevatten. Het kan voorkomen dat er in ziekenhuizen wel afspraken zijn over dat onderwerp, maar dat ze nog niet formeel bekrachtigd zijn.

De afspraken hebben betrekking op het proces van voorbereiding tot en met de toetsing. Beschreven is welke stappen per fase doorlopen moeten worden alvorens het protocol opgenomen kan worden in een handboek, zie tabel 5.1. Alleen in het voorstel van ziekenhuis Z2 (*Notitie protocollering, 1999*) is door de commissie protocollering per fase toegelicht op welke uitgangspunten de stappen gebaseerd zijn. De achterliggende gedachte daarvan is dat de notitie de organisatie bewust moet maken van de noodzaak om afspraken over het protocolleren vast te leggen:

“De notitie [*protocollering*] dient door diverse gremia besproken en vastgesteld te worden alvorens implementatie kan plaatsvinden (...). Tijdens de inventarisatie van protocollen trof de commissie een enorme diversiteit aan protocolleringsactiviteiten en implementatietrajecten aan (...). Door menig medewerker werd de zin van protocolleringsactiviteiten in twijfel

getrokken. Dit bij elkaar rechtvaardigde de keuze van de commissie om allereerst voorwerk te verrichten op het gebied van protocollering, en zo heeft zij zich maanden bezig gehouden met onderwerpen als het traject van protocollering, het opstellen van een eenduidig begripkader en het opstellen van een protocol voor het schrijven van een protocol. De notitie is enerzijds bedoeld voor het geven van duidelijkheid op het gebied van protocollering. Anderzijds om de discussie te voeren over hoe protocollering plaats moet vinden”. (*Notitie protocollering*, 1999: 3, Z2)

In de *voorbereidende fase* (zie tabel 1) dient volgens de afspraken aan de hand van criteria nagegaan te worden of het überhaupt zinvol is om een protocol te ontwikkelen: is voor een bepaald onderwerp eenduidig handelen vereist, bestaat er al een vergelijkbaar kwaliteitsdocument over dat onderwerp en weegt de investering van het ontwikkelen op tegen de kosten (personeel, tijd) van een protocol voor de afdeling of organisatie. Daarentegen staat in ziekenhuis Z4 niet zozeer de haalbaarheid of efficiëntie centraal in de oriëntatie op het nut van een protocol maar de effectiviteit: is het wel mogelijk om met een herziening of vernieuwing een betere werkwijze te realiseren, treffend verwoord in onderstaand citaat uit het beleidsdocument:

“Het is zelfs de vraag of voor goed functionerende processen protocollen/voorschriften geschreven moeten worden omdat er geen kwaliteitsverbeterend effect vanuit gaat. De enige reden is ‘indekken’ of voldoen aan eisen van overheden. Het is zinvol om protocollen/voorschriften op te stellen met als doel: de werkwijze te verbeteren (kwaliteit van zorg), afstemming te verkrijgen of te verbeteren (doelmatigheid), processen en handelingen te documenteren die weinig toegepast worden”. (*Beheersysteem protocollen en voorschriften*, 1997:3, Z4).

De toets aan haalbaarheidscriteria dient in twee ziekenhuizen (Z1 en Z5) in samenwerking met leidinggevendenden uitgevoerd te worden. In ziekenhuis Z2 verloopt dat via een intermediair orgaan: de commissie protocollering. De commissie inventariseert de behoeften aan een protocol en tracht helderheid te verkrijgen over de prioriteiten om over een bepaald onderwerp een protocol op te stellen. Tevens vindt oriëntatie plaats op de organisatie van de uitvoering van het protocolleren: toewijzing van verantwoordelijkheden en het bepalen van een tijdspad. De feitelijke uitvoering vindt plaats door afdelingswerkgroepen.

“Wat wij in de toekomst willen is dat de commissie protocollering zeggenschap heeft over het protocolleren (...). Als we horen of signalen krijgen dat iets achterhaald is dan zijn wij als commissie daar verantwoordelijk voor om initiatieven te nemen en dan voorkom je dat er elke keer weer allerlei aanpassingen van het protocol de organisatie ingaan”. (Afdelingsmanager Zorgafdeling/voorzitter protocollencommissie, Z2)

Verantwoordelijk voor de planning en uitvoering van het totstandkomingproces is de eigenaar van het protocol. De eigenaar is een persoon of commissie en hoeft niet per se de auteur of initiatiefnemer te zijn. Niet duidelijk is omschreven hoe bepaald wordt wie de eigenaar is van een nieuw protocol. Doorgaans is de eigenaar degene die verantwoordelijk is voor de inhoud en het onderhoud van de protocollen, alhoewel daar evenmin duidelijke uitspraken over gedaan zijn. In de ziekenhuizen Z1 en Z5 is tevens vermeld dat een tijdspad vastgesteld moet worden voor het opstellen van de protocollen.

De *fase van totstandkomen* (tabel 5.1) omvat volgens de meeste afspraken de volgende stappen: opstellen volgens eisen documentatie, consensus verkrijgen bij experts (inhoudelijk) en betrokkenen, ter goedkeuring voorleggen aan de autorisator, aangeven hoe het protocol beheerd en geïmplementeerd moet worden en wanneer evaluatie plaats vindt.

De fase van het totstandkomen is te typeren als een beoordeling- of goedkeuringstraject waarbij verantwoordelijkheden duidelijk beschreven dienen te zijn. In een van de ziekenhuizen (Z5) moet de verantwoordelijkheidsstructuur nog vorm krijgen:

“We zijn daar nu mee bezig omdat het niet zo goed geregeld was in termen van verantwoordelijkheden in een protocol. Iedereen die er een verantwoordelijkheid in heeft moet er ook betrokken bij worden. We zijn bezig met het helder structureren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij het opstellen van protocollen. Want ik denk dat het van belang is dat je in een vroeg stadium een aantal mensen bij elkaar hebt die er echt verstand van hebben om in het voortraject voor consensus te zorgen, waardoor er een best practice uitkomt”. (Kwaliteitsfunctionaris Bureau Zorgontwikkeling, Z5)

De opstellers (persoon, commissie of werkgroep) zijn inhoudelijk verantwoordelijk voor de kwaliteit van de protocollen. Niet duidelijk is of dat een gedeelde verantwoordelijkheid betreft als de opsteller niet de eigenaar is. De opstellers dienen te werk te gaan volgens afgesproken normen. Zo is in ziekenhuis Z5 expliciet vermeld dat bij het opstellen gebruik gemaakt moet worden van professionele standaarden zoals regels geformuleerd door de wetgever, richtlijnen van inspectie en normen die door de beroepsgroep zelf gehanteerd worden. De afspraken van de ziekenhuizen Z1, Z2 en Z4 schrijven voor dat implementatie volgens een invoeringsplan dient te verlopen. De opstellers of eigenaren dienen dat plan op te stellen en de afdelingen of diensten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering ervan. Als de autorisator akkoord gaat met het protocol dan dient het uitvoeringsplan uitgevoerd te worden zoals voorgeschreven is. De eigenaar biedt het protocol ter beoordeling aan de autorisator aan en is verantwoordelijk voor het onderhoud van de protocollen.

Hoewel in de voorbereidende fase een tijdsplan voor het opstellen afgesproken moet worden, is op een ziekenhuis na nergens beschreven wie verantwoordelijk is voor de bewaking daarvan. Evenmin is aangeduid wie het vastleggingsproces coördineert. In ziekenhuis Z2 vervult de commissie protocollering de bewakende en coördinerende rol.

Het bereiken van consensus dient volgens de procedures als volgt te verlopen: de eigenaar benadert inhoudsdeskundigen of een hiërarchisch verantwoordelijk persoon (leidinggevende, medisch coördinator) voor commentaar en legt de protocollen ter beoordeling voor aan de autorisator. Afhankelijk van het type protocol is dat een leidinggevende, een medisch specialist of de directie in geval van ziekenhuisbrede protocollen. Opmerkelijk is dat slechts in een ziekenhuis (Z1) protocollen ook door de gebruikers beoordeeld moeten worden. In ziekenhuis Z1 toetst de eigenaar (een van de opstellers) van het protocol bij de leidinggevend en gebruikers of de afspraak werkbaar is. Dat houdt in dat het document ter bespreking aangeboden wordt aan betrokkenen, zowel leidinggevend en gebruikers moeten akkoord gaan met de afspraak. Volgens de beoordelingsprocedure van ziekenhuis (Z4) dienen bij protocollen die voortkomen uit wet- en regelgeving (zoals de in het onder-

zoek betrokken protocollen) vertegenwoordigers ingeschakeld te worden van commissies die ingesteld zijn in het kader van de wetgeving (b.v. de Arbocommissie).

Na goedkeuring worden protocollen ingevoerd in een handboek of documentatiesysteem. Verantwoordelijk voor de invoering van protocollen in handboeken of documentatiesystemen lijkt de beheerder, die soms ook zorg lijkt te dragen voor de vormgeving. Dat geldt in de situaties waarbij de beheerder degene is die gerechtigd is om de protocollen op te nemen in het geautomatiseerd bestand. Niet altijd is duidelijk of die taak voorbehouden is aan een technicus of dat een opsteller daar ook voor in aanmerking komt. In ziekenhuis Z1 wijst de eigenaar van het protocol aan wie de beheerder is, niet duidelijk is wie daarvoor in aanmerking kunnen komen. De beheerder draagt zorg voor de juiste codering van het protocol zodat het in het systeem opgenomen kan worden. In de meeste ziekenhuizen is de beheerfunctie gedecentraliseerd naar afdelingen of diensten waar de handboeken staan waarin de protocollen gestopt moeten worden. In ziekenhuis Z5 is per afdeling of handboek een beheerder benoemd. De beheerder is verantwoordelijk voor vormgeving, registratie, revisie en distributie van het protocol. Niet vermeld is wie voor die taak in aanmerking komt.

Uit de procedure van ziekenhuis Z4 blijkt dat in dat ziekenhuis centraal beheer niet haalbaar (mankracht) en ongewenst wordt geacht (*Beheersysteem protocollen en voorschriften*, 1997:3). De beheerder (onduidelijk is wie daarmee bedoeld wordt) is verantwoordelijk voor distributie, actualisatie, implementatie en toetsing van het protocol. Distributie lijkt in ziekenhuizen met een geautomatiseerd systeem identiek aan invoeren in dat systeem. In ziekenhuizen met een “papieren” handboek houdt distributie in dat protocollen aan het handboek op de afdelingen of diensten toegevoegd worden. Ook in ziekenhuis Z2 is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor het beheer van de protocollen. De commissie protocollering beoordeelt of een protocol in de aangeleverde vorm in gebruik genomen kan worden, anders dient de opsteller het protocol volgens de criteria voor de vormgeving aan te passen. De coördinator van handboeken draagt zorg voor de opname van protocollen.

De *implementatiefase* omvat de invoering van de protocollen of voorschriften in de organisatie in. De protocollen dienen volgens een bepaald implementatietraject ingevoerd te worden, althans in de ziekenhuizen Z1, Z2 en Z4. De eigenaar van de protocollen voert de regie over het implementatietraject in ziekenhuis Z1. De eigenaar stelt vast wie (afdeling of personen) op de hoogte gesteld moeten worden van het (gewijzigde) protocol, of instructie nodig is en op welke wijze het protocol in de lijn ingevoerd moet worden. Er is een intermediair orgaan ingesteld voor verbetering van de implementatie van protocollen (*Protocollen implementatie commissie*):

“Wat we in de commissie [*protocollen implementatie commissie*] aan het doen zijn, is de inhoud systematiseren, dus de goede vragen in de goede volgorde zetten, en voor alle protocollen dezelfde indeling hanteren, en dat het ontwikkelen gedaan moet worden met betrokkenen waardoor je draagvlak krijgt voor datgene wat het protocol dan voorstelt. En vanuit het protocol moet voorgesteld worden hoe je het gaat implementeren. Dus de praktische gang van zaken wordt binnen het protocol opgenomen (...) en de bedoeling is dat alle protocollen die nu nog in handboeken zitten, opnieuw gescreend worden en uiteindelijk in het

DKS [*Documentbeheer voor Kwaliteitssystemen*] opgenomen”. (Voorzitter protocollen commissie, Z1)

In de twee andere ziekenhuizen bepaalt de afdeling of dienst het implementatietraject. In ziekenhuis Z4 dient het afdelingshoofd op een implementatieformulier aan te geven of het protocol besproken moet worden, of instructie nodig is en wanneer instructie en bespreking dan vervolgens plaats vinden. De diensten kunnen zelf ook bepalen of men het protocol integraal of in aangepaste vorm invoert:

“Bij implementatie kan een dienst zelf kiezen of ze het protocol integraal invoeren of dat men afgeleide voorschriften ervan maakt”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z4)

Volgens de afspraken van ziekenhuis Z2 inventariseert het afdelingsmanagement knelpunten (voldoende middelen, personeel) voor de invoering van een protocol en bepaalt aan de hand daarvan of kennis en vaardigheden van personeel toereikend zijn. Opmerkelijk is dat nadrukkelijk vermeld is dat implementatie ook impliceert dat er voor gezorgd moet worden dat personeel de protocollen accepteert:

“Het cognitieve aspect (de medewerker heeft weet van het document en kent de inhoud c.q. weet het te vinden), het emotionele aspect (de medewerker accepteert deze werkwijze/activiteit) en het conatieve aspect (de medewerker handelt conform het document”. (*Notitie protocollering, 1999:36*)

Door werkbespreking, werkoverleg of instructie moet bereikt worden dat medewerkers weten en doen wat van hen verwacht wordt.

De *evaluatiefase* houdt in dat aan de hand van voorgeschreven criteria nagegaan wordt of het protocol inhoudelijk voldoet en in de lijn functioneert. Evaluatie vindt volgens de afspraken van ziekenhuizen Z1, Z2 en Z4 periodiek plaats. De eerste evaluatie dient binnen een jaar na invoering plaats te hebben; vervolgens steeds na een vastgestelde periode. Op grond van evaluatie vinden verbeteringen plaats (bijstelling van het protocol, instructie).

De eigenaar van het protocol is verantwoordelijk voor de inhoudelijke evaluatie van een protocol. De beoordeling van het functioneren van protocollen is de verantwoordelijkheid van het lijnmanagement. Dat betekent dat evaluatie inhoudt dat de eigenaar beoordeelt of het protocol inhoudelijk voldoet op basis van reacties van de gebruikers en dat in de lijn toetsing van naleving plaats vindt. Toetsing houdt in dat beoordeeld wordt of gebruikers handelen conform de protocollen. De effectiviteit van een protocol kan gemeten worden aan de hand van registratie van het aantal incidenten. In feite zijn er dan drie niveaus van evaluatie, zoals verwoord in de overigens nog in ontwikkeling zijnde procedure van ziekenhuis Z1:

“Die afspraak [*evaluatie*] moeten we nog opstellen(...) dat ga ik binnenkort ontwikkelen (...). Je hebt drie soorten evaluaties, de inhoudelijke evaluatie, maar dat document moeten we nog uitwerken. De eigenaar is verantwoordelijk voor de inhoudelijke evaluatie die moet gewoon zo'n zes maanden later het protocol evalueren, wat voor reacties heb ik gekregen, en daarna minimaal eens per twee jaar. Dan wil je natuurlijk weten of het protocol wordt

nageleefd of men zich eraan houdt. Dat zou je bijvoorbeeld kunnen doen door interne audits en daar is de eigenaar niet verantwoordelijk voor. En dan heb je nog protocollen met een specifieke doel, bijvoorbeeld dat het aantal bloedaccidenten afneemt en dat wil je natuurlijk proberen te meten (...) en daarbij moet je afspreken wie daar verantwoordelijk voor is”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z1)

Uit de afspraken is niet goed op te maken hoe de evaluatieprocedure verloopt. Onduidelijk is wie de regie heeft over de evaluatie en wat de evaluatiecriteria zijn. Uit de interviews blijkt dat in alle ziekenhuizen het opzetten van een evaluatiesysteem voor protocollen nog in ontwikkeling is:

“De zorgcoördinator coördineert inhoudelijk de zorgverlening die moet dus de kwaliteit van zorgverlening bewaken (...). Een medewerker met aandachtsgebied Hygiëne en Kwaliteit bijvoorbeeld die is inhoudelijk goed op de hoogte en die zou goed moeten opletten of iedereen volgens protocol werkt en die moet mensen daarop aanspreken, en de zorgcoördinator moet er op toezien dat dat gebeurt (...). Je zou essentiële graadmeters moeten hebben voor het evalueren, indicatoren die moet je vaststellen”. (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

“Er zijn binnen de instelling een aantal indicatoren voor toetsing aan te geven, bijvoorbeeld het aantal infecties dat optreedt, dat is dan een aanleiding voor scholing bijvoorbeeld, het klachtenaspect, de patiëntenenquête of complicatieregistratie en zo heb je nog een aantal (...). Ik denk dat je op een gegeven moment heel veel gegevens hebt, maar dat je als organisatie moet gaan kijken van hoe kun je die gegevens gebruiken en wie heeft daar de taak en verantwoordelijkheden in om met die gegevens iets te doen? Dat is een belangrijk aspect dat verder uitgediept zou kunnen worden”. (Kwaliteitscoördinator zorgclusters, Z2)

In ziekenhuis Z4 is men al verder gevorderd met het opzetten van een evaluatiesysteem. Volgens de afspraken in dat ziekenhuis dient een dienst of afdeling op een evaluatieformulier aan te geven welke eisen uit het protocol getoetst worden, door wie de toetsing is uitgevoerd en wat de behaalde score is. Als eisen komen vooral onderwerpen in aanmerking die tot een verandering in werkwijze hebben geleid. De score wordt uitgedrukt in een percentage “goed gescoord” afgezet tegen een norm (het minimaal geaccepteerde percentage “goed”). Niet duidelijk is wie de norm vaststelt. De evaluatie wordt gerapporteerd aan de autorisator van het protocol, daarbij moet worden vermeld welke acties (attenderen, bespreken, norm bijstellen, instructie bijstellen, restcategorie) ter verbetering gepland zijn (*Beheersysteem protocollen en voorschriften, 1997:13*).

Productafspraken

In vier van de vijf ziekenhuizen zijn in de eerder vermelde beleidsdocumenten afspraken vastgelegd voor de inhoud en vormgeving van de protocollen. De afspraken zijn in drie (Z1, Z2, Z4) van de vier ziekenhuizen gebaseerd op het invoeren van documenten in een geautomatiseerd documentatiesysteem. Tabel 5.2 laat de afspraken zien die in de vier ziekenhuizen vastgelegd zijn voor de vormgeving, inhoud en het taalgebruik. Het doel van de afspraken is de herkenbaarheid en bruikbaarheid van de protocollen te bevorderen.

Uit tabel 5.2 is op te maken dat de vier ziekenhuizen overeenkomen in de afspraken die gehanteerd worden om de herkenbaarheid van de protocollen (identificatie) te bevorderen.

Tabel 5.2 Productafspraken protocollen in vier ziekenhuizen

Productafspraken	ziekenhuizen			
	Z1	Z2	Z4	Z5
<i>Identificatie document</i>				
titel, onderwerp aangeven	+	+	+	+
document karakteriseren (voorschrift of protocol)	+	+	+	+
document coderen	+	?	+	+
document dateren	+	+	+	+
auteur, eigenaar, beheerder, autorisator vermelden	+	+	+	+
bereik vermelden (afdeling of medewerkers)	+	?	+	+
status vermelden (concept, geldig)	+	+	+	+
verwijzen naar andere documenten	+	+	+	+
afgeleide voorschriften/instructies als bijlage toevoegen	?	?	+	?
<i>Inhoud</i>				
doel vermelden	+	+	?	?
werkwijze beschrijven	+	?	+	+
werkwijze in chronologische volgorde beschrijven	?	?	?	+
toelichting op procedure in aparte hoofdstukken beschrijven	?	?	+	?
elke handeling in aparte instructie opnemen	?	+	?	?
werkwijze in stroomdiagram weergeven	?	?	+	?
verantwoordelijkheden, bevoegdheden beschrijven	+	?	?	+
aangeven wanneer afwijkingen toelaatbaar zijn	+	?	?	?
<i>Taalgebruik document</i>				
kort en duidelijk formuleren	+	+	?	+
deelhandeling met werkwoord aanduiden	?	+	?	?
consequent lidwoorden gebruiken	?	+	?	?
eenduidige terminologie gebruiken	+	+	?	+
typografische aanwijzingen ter verduidelijking van de structuur gebruiken	?	+	?	?

+ = onderdeel van beleid (voorstel) ? = niet verwoord in beleid (voorstel)

Verschillen doen zich voor in de afspraken om de bruikbaarheid (inhoud, taalgebruik) te bevorderen. In de afspraken van ziekenhuis Z2 wordt meer dan in de andere ziekenhuizen nadruk gelegd op eisen waaraan het taalgebruik in de protocollen moet voldoen.

5.2.2 Beleid met betrekking tot infectiepreventieprotocollen

In de beleidsplannen voor infectiepreventie zijn in de vijf ziekenhuizen afspraken voor ontwerp, implementatie en evaluatie van infectiepreventieprotocollen vastgelegd. Deze afspraken komen overeen met die van de instellingsbrede protocollen. Dat geldt ook voor de afspraken voor infectiepreventieprotocollen van ziekenhuis Z3; deze blijken ook overeen te komen met de voornoemde afspraken voor de aanpak van instellingsbrede protocollen.

Het enige opvallende punt is dat de evaluatieprocedure voor infectiepreventieprotocollen in het beleidsplan van ziekenhuis Z3 duidelijker beschreven is dan die van de andere ziekenhuizen. In het *Beleidsplan Hygiëne en Infectiepreventie, concept basisdocument* (1999) van ziekenhuis Z3 is duidelijker aangegeven wie de evaluatie uitvoert, wat voor ge-

gegevens verzameld moeten worden en wat er met de gegevens gebeuren moet. De afdeling Hygiëne en Infectiepreventie schrijft een toetsingsvoorstel dat door de directie goedgekeurd moet worden. In dat voorstel moeten kosten en tijdsbeslag vermeld zijn, er dient aangegeven te worden wanneer, door wie en welke gegevens worden verzameld en hoe de beoordeling van gegevens plaats vindt (welke criteria en welke beoordelaar). Tenslotte moet door de beoordelaar een evaluatierapport opgesteld worden met verbetervoorstellen. Voor de interne evaluatie is de afdeling Infectie en Hygiëne verantwoordelijk, de externe evaluatie wordt door een onafhankelijk persoon uitgevoerd.

5.3 Gerapporteerde problemen met het protocolleringsbeleid

Deze paragraaf bevat een inventarisatie van problemen die door informanten gerapporteerd zijn met de uitvoering van het protocolleringsbeleid. De problemen zijn geuit tijdens de afname van de interviews met kwaliteitsfunctionarissen, het lijnmanagement en de penvoerders van de protocollen (*MRSA*, Accidenteel Bloedcontact). De gerapporteerde problemen zijn gerubriceerd volgens het in hoofdstuk 2 gepresenteerde schema voor analyse van beleid, zie tabel 2.12 (status beleid, status integratie beleid in kwaliteitsbeleid, status proces- en productafspraken). De probleemanalyse heeft tot doel discrepanties tussen de in de voorafgaande paragrafen besproken beleidsafspraken en de praktijk te traceren. Het protocolleringsbeleid en de afspraken dienen bekend te zijn in de lijnorganisatie. Mogelijk is dat in de vijf ziekenhuizen het protocolleringsbeleid onbekend of nog in ontwikkeling is. De beleidsvoornemens dienen voor medewerkers aanvaardbaar en toepasbaar te zijn. Wanneer de lijnorganisatie onvoldoende betrokken wordt bij het totstandkomen van het beleid, is de kans aanwezig dat het animo voor de uitvoering ervan gering is. In de organisatie kunnen zowel afspraken voor het protocolleren in het algemeen als voor afdelingen of diensten van de organisatie opgesteld zijn. Voor integrale kwaliteitszorg is afstemming van de diverse subsystemen op het overkoepelend beleid van belang, omdat door een gebrek aan samenhang diverse protocolsystemen naast en door elkaar kunnen functioneren. De uitvoering van het protocolleringsbeleid kan gehinderd worden door een gebrek aan voorzieningen (personeel, tijd, budget of een gebrekkig systeem voor automatisering).

In de paragrafen 5.3.1, 5.3.2 en 5.3.3 worden de gerapporteerde problemen beschreven. De problemen worden toegelicht aan de hand van citaten die ontleend zijn aan de interviews met voornoemde informanten.

5.3.1 Problemen met instellingsbrede protocollen

In deze paragraaf komen de problemen aan de orde die ervaren zijn met het protocolleringsbeleid voor instellingsbrede protocollen.

Beleid protocollering in discussie, geringe prioriteit in de lijn

Uit de interviews met kwaliteitsfunctionarissen, leidinggevend en de penvoerders van de protocollen (*MRSA*, Accidenteel Bloedcontact) blijkt dat het protocolleringsbeleid nog niet geaccordeerd is vanwege discussie over financiering of over de visie op protocollen. Ook blijkt dat beleid al wel toegepast wordt ondanks dat het nog niet geaccordeerd is. In de lijnorganisatie blijkt het beleid weinig prioriteit te hebben.

“De notitie protocollering die is in het managementteam geweest, maar die is nog niet vastgesteld dus dat komt zeker nog een keer terug. De discussie is wat we gaan doen als we niet die gevraagde formatie kunnen krijgen, wat blijft er dan over? Wat kunnen we wel en niet doen?” (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

“We hebben er in de protocollencommissie over zitten bomen hoe brengen we het in de computer zodat het voor iedereen toegankelijk wordt. Dan krijg je een enorme discussie over hoe transparant moeten die documenten zijn. Moeten ze wel voor iedereen toegankelijk zijn. En voor de rest zijn we bezig geweest met autorisatiecirkels van wie autoriseert het nou? Wie is de baas over protocollen die tussen een aantal verschillende afdelingen zitten, ik noem nu een aantal hotitems”. (Voorzitter protocollencommissie/Clustermanager Paramedische Zorg, Z1)

In de ziekenhuizen Z1 en Z2 is het beleid vastgelegd in documenten die nog niet geaccordeerd zijn, maar deels wel geïntroduceerd. Het gevolg is dat sommigen al wel te werk gaan volgens de beleidsvoorstellen of een eigen traject uitstippelen:

“Het probleem is dat al heel lang de notitie [*Zeggen wat we doen en doen wat we zeggen*] in de lucht hangt en je probeert toch zo veel mogelijk volgens die notitie te werken, maar de notitie zelf is niet echt geaccordeerd”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

“Omdat we vooralsnog niet met de notitie [*notitie protocollering*] kunnen werken, en die mensen [*implementatiewerkgroep*] hebben dus aangegeven van we willen op korte termijn dit protocol [*MRSA*] geïmplementeerd hebben, dus gaan we even naast dit traject lopen”. (Lid commissie protocollering/coördinator handboek Zorg, Z2)

In ziekenhuis Z4 is het beleid geaccordeerd, maar in de lijn is er geen aandacht aan besteed of men rekent zichzelf niet tot de doelgroep van het beleid:

“Beheersysteem, dat zit bij ons in het boek, maar ik heb het nooit gelezen”. (Afdelingshoofd Chirurgie, Z4)

“Dit [*beheersysteem protocollen en voorschriften*] is bedoeld voor degene die op de afdeling het handboek moet hanteren. Als je nou eens wil weten hoe het allemaal werkt dan lees je dat, maar ik denk dat het niet veel gelezen wordt”. (Stafffunctionaris kliniek, Z4)

Beperkte integratie van het protocolleringsbeleid in kwaliteitszorg

Het protocolleren dient te verlopen volgens afspraken die voortvloeien uit het kwaliteitsbeleid. In de praktijk blijkt dat de visie op kwaliteitszorg en protocollen nog niet uitgekristalliseerd is: een structuur voor de aanpak van instellingsbrede protocollen ontbreekt of is nog in ontwikkeling. Daardoor ontbreekt coördinatie in diverse protocolleringsactiviteiten met als gevolg dat verschillende protocollen voor dezelfde onderwerpen opgesteld worden. Kwaliteitszorg blijkt weinig prioriteit te hebben bij het management. In de praktijk vreest men dat kwaliteitszorg gepaard gaat met toenemende bureaucratie. Vanuit beroeps- of vakverenigingen wordt daarentegen wel druk uitgeoefend om protocollen op te stellen volgens een kwaliteitsstelsel.

“Als ik nu kijk naar onze afdeling [*Microbiologie en Hygiëne*]. We hebben een kwaliteitsstelsel en we updaten dat elke twee jaar, en je zou de afdelingshoofden kunnen verzoeken

om ieder jaar opnieuw aandacht te besteden aan de protocollen, maar daar is nog geen kwaliteitsstructuur (...). We zijn al twee jaar aan het praten met directie en afdelingshoofden maar je komt geen stap verder, en dat komt omdat er geen integraal kwaliteitssysteem is". (Artsmicrobioloog Z2)

"Het [*beheersysteem protocollen en voorschriften*] is ooit eens opgesteld en verder gaat iedereen over tot de orde van de dag. Dat is de praktijk. Kortom het is allemaal leuk bedacht maar nooit organisatiebreed ingevoerd (...). Iedereen heeft de mond vol van kwaliteit maar de heel basale dingen worden over het hoofd gezien". (Voorzitter infectiecommissie, Z4)

"Ik heb behoefte aan een instellingsbreed documentbeheersysteem (...). Middels de werkgroep [*documentbeheer*] probeer ik wel ideeën over te brengen naar de rest van het ziekenhuis, maar er is angst voor het bureaucratische, voor het registreren van het bestuderen van voorschriften want als je daar niet voor aftekent dan weet je met geen mogelijkheid meer wie wat gelezen heeft". (kwaliteitsfunctionaris lab, Z3)

Afspraken protocolleren niet toegepast

Afspraken voor het opstellen van protocollen worden in de lijn genegeerd of niet toegepast als het om verbeteringen gaat van bestaande handelwijzen. De verantwoordelijkheden voor het onderhoud en beheer van protocollen zijn onduidelijk. Afspraken voor implementatie en evaluatie blijken onbekend, of (nog) niet naar tevredenheid geregeld.

"Het zijn vaak beschrijvingen van handelingen wie wat moet doen, op welk moment. Als dat afwijkt van de normale situatie en dat betekent dat iemand dan iets extra's moet doen, dan moet dat doorgerekend worden. Dat doorrekenen dat gebeurt niet. Wel als het gaat om iets nieuws te introduceren, om een compleet nieuwe handeling. Maar dat is met heel veel protocollen niet zo. Dat zijn bestaande zaken die nu op een betere manier geregeld gaan worden". (Clustermanager, Beschouwende vakken, Z2)

"De toetsing op naleving, dat is de verantwoordelijkheid van de lijn. Als ze ons daarbij willen gebruiken dan kan dat, maar het is niet onze [*bureau kwaliteitszorg*] primaire verantwoordelijkheid (...). De toetsing die krijg ik haast niet van de grond. Er worden wel dingen geëvalueerd in werkoverleg. Ik heb het idee dat er toch te weinig tijd is". (Kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuishygiënist, Z4)

In twee ziekenhuizen (Z1 en Z2) zijn initiatieven ondernomen om de implementatie en evaluatie van instellingsbrede protocollen te verbeteren. In de beide ziekenhuizen wordt door een werkgroep of commissie uitgezocht hoe de organisatie van implementatie te verbeteren is:

"De implementatie verliep niet goed (...). Uiteindelijk gingen de mensen die inhoudelijk met het protocol bezig waren geweest naar het bestuur en zeiden van 'zie hier een protocol dat door alle betrokkenen geaccordeerd is, gaarne autorisatie voor het invoeren'. Het bestuur wist dan niet van hoe doen we dat, dus werd het protocol weer terug gegeven met de vraag van prachtig protocol maar doe mij een voorstel hoe ik dat moet implementeren. Dan ging die groep naar het lijnmanagement en die zeiden dit protocol is goedgekeurd, voert u het maar in, in de lijn. En dan zei het lijnmanagement ik weet van niks bekijk het maar". (Voorzitter protocollen commissie, Clustermanager Paramedische Zorg, Z1)

“We willen protocollen te zijner tijd langs een bepaalde weg implementeren. We willen daarvoor een werkgroep instellen van deskundigen. Die verzamelt gegevens van alle afdelingen over implementatie en evaluatie”. (Afdelingsmanager, voorzitter protocollencommissie, Z2)

5.3.2 Problemen met infectiepreventieprotocollen

In deze paragraaf worden problemen die specifiek zijn voor infectiepreventieprotocollen besproken.

Onduidelijke status van infectiepreventie in de organisatie

Infectiepreventie is moeizaam verankerd in de ziekenhuisorganisatie. Zowel artsmicrobiologen als hygiënisten, de penvoerders, hebben weinig invloed op de lijnorganisatie. Vooral in organisaties (Z3, Z4 en Z5) waar de artsmicrobiologen louter als consultant verbonden zijn aan de ziekenhuizen. De verantwoordelijkheden van de hygiënisten zijn onduidelijk geregeld en de verdeling van taken tussen artsmicrobiologen en hygiënisten is onbevredigend. Het draagvlak voor het beleid van infectiepreventie blijkt gering.

“Die [*het stafbureau Managementondersteuning*] hebben geen sjoerge van het werk van de hygiënist (...). De directie wil absoluut niet rechtsreeks boven ons staan. Ze willen infectiepreventie ingebed hebben in het stafbureau. Maar de functioneringsgesprekken kun je niet overlaten aan de staffunctionarissen, dus we zitten nu twee keer per jaar om de tafel met de betrokken staffunctionaris en de directie om over allerlei zaken te praten. Dat zijn geen functioneringsgesprekken, dat is meer informatief van hoe gaat het en waarmee ben je bezig. Ik vind dat een gemankeerde constructie”. (Artsmicrobioloog, Z3)

Artsmicrobiologen uit de ziekenhuizen Z3, Z4 en Z5 zijn ontevreden over hun positionering, omdat daardoor het contact met de lijn moeizaam verloopt:

“Ik ben wel staflid maar ik heb hier geen werkplek (...). Ik heb puur een adviserende functie en ik heb geen status in de besluitvorming binnen infectiecommissie. Als ik tegen een besluit ben en de rest is voor dan is het gewoon de meeste stemmen gelden. Ik heb uitsluitend een adviserende functie binnen hygiëne tot mijn ongenoegen. Zij hebben nu een eindverantwoordelijkheid naar de directie toe en ik heb uitsluitend een adviserende stem naar hen toe. En het kan theoretisch voorkomen dat de hygiëne iets gaat bepalen van zo gaan we het hier in huis doen, waar ik het helemaal niet mee eens ben en dan kan ik mijn ongenoegen alleen naar de directie uitspreken”. (Artsmicrobioloog, Z4)

“Ik werk op het streeklaboratorium en ben vast staflid. Maar door het hiërarchische model van het ziekenhuis weten wij bij dienstoverleg niet wie wie is en we zitten in een stafpositie naast de hiërarchische lijn. Dus we kunnen alleen maar functionele adviezen geven en hopen dat het in de lijn opgepikt wordt”. (Artsmicrobioloog, Z5).

De positie van ziekenhuishygiëne blijkt niet alleen in de ziekenhuizen, maar ook landelijk in discussie:

“De hygiëne resulteert onder de directie en heeft geen associatie met microbiologie als zodanig. Dat is een niet ideale situatie, maar daar is landelijk discussie over hoe je dat met hygiëne moet regelen. Er zijn mensen die vinden dat de afdeling hygiëne absoluut onder mi-

crobiologie moet vallen, maar hygiënisten hebben daar zelf vaak weer andere ideeën over”. (Artsmicrobioloog, Z4)

Er blijkt weinig draagvlak voor het infectiepreventiebeleid in de ziekenhuizen. De infectiecommissie heeft een geringe status of functioneert niet optimaal:

“Infectiepreventie is zo geregeld dat veel mensen er geen prettig gevoel bij over houden van wat ze allemaal moeten doen en het komt allemaal onhelder over, je moet het goed afregelen (...). Het kan handig zijn om sommige dingen regionaal in elkaar te zetten, maar het moet nooit een apart traject, een langs de lijn lopend verhaal worden”. (Kwaliteitsfunctionaris Bureau Kwaliteitszorg, Z5)

Beperkte integratie van infectiepreventie in het kwaliteitsbeleid

Het beleid van infectiepreventie blijkt niet te sporen met de visie op kwaliteit en protocollering in de lijnorganisatie. Integratie van kwaliteit-, arbo- en milieuzorg en infectiepreventie blijkt vooralsnog vooral een wens van arts microbiologen. Het systeem van bewaking van kwaliteit via contactpersonen functioneert niet optimaal. Contactpersonen worden onvoldoende aangestuurd. In de lijnorganisatie is verzet tegen de extra belasting van personeel, ook blijkt dat contactpersonen onvoldoende gezag hebben.

“Er is een kwaliteitsfunctionaris in het ziekenhuis, er is een werkgroep en daar staat de hygiënist buiten, als ik het allemaal goed begrijp (...). Ik vind het allemaal een rommeltje. Mijn intentie voor de hygiëne is in ieder geval te zorgen dat je mee gaat draaien in een systeem van het ziekenhuis. Ik wil geen autonoom systeem hebben, naast wat er in het ziekenhuis gaat komen en ik neem aan dat men voor de klinische chemie er ook niet op uit is autonoom te functioneren”. (Artsmicrobioloog, Z3)

“We zijn begonnen met arbocontactpersonen, nou toen kwamen er milieucontactpersonen bij, toen moesten er pr-contactpersonen komen en toen hebben we gezegd zullen we dan ook kwaliteitspersonen en infectiepreventie contactpersonen instellen en dan maak je de organisatie onwerkbaar. Want dan moet je allemaal bijeenkomsten gaan organiseren. Ik ben ervan overtuigd dat onze [hygiënisten] directe bemoeienis op de verpleegafdeling van meer invloed is dan contactpersonen. Dat we veel beter in zo'n ziekenhuis als dit rechtstreekse contacten kunnen hebben in plaats van pseudo-hygiënisten”. (Kwaliteitsfunctionaris, ziekenhuishygiënist, Z4)

“Wat je verwacht is dat de HKM-ers [hygiëne, kwaliteit medewerkers] de implementatie verzorgen. Met het protocol de boer op gaan om het bij iedereen onder de aandacht te brengen, maar die hebben geen enkele zeggenschap. Die doen dit werk erbij en er komen heel veel documenten”. (Afdelingsmanager zorgafdeling, voorzitter protocollencommissie Z2)

Afspraken voor infectiepreventieprotocollen in ontwikkeling

Vanuit infectiepreventie is er behoefte aan afstemming in het ontwikkelen van protocollen. In de praktijk blijkt dat die afstemming ontbreekt of moeizaam verloopt, omdat er geen handvatten zijn om daaraan vorm te geven:

“Het betreft toch andere soorten protocollen en ook zij [afdeling infectiepreventie] moeten met de notitie protocollering kunnen werken. Nou daar moet nog naar gekeken worden en dan ook nog goedgekeurd worden in het management”. (Clustermanager, Z2)

“We hebben gezegd qua lay-out en vormgeving dat er een voorbeeld moet zijn dat je dan probeert je er allemaal naar te richten (...). Wij vinden dat je bij het uitzoeken naar een nieuw documentbeheersysteem daar [*kwaliteitseisen protocollen*] ook aandacht aan moet besteden. Dit [*Basisdocument Hygiëne en infectiepreventie, 1999*] is nu zoals het is (...). We hebben gekozen voor de PACE-normen van zo willen we straks graag werken (...), maar je moet alles zelf doen. Ik heb nooit te maken gehad met de stuurgroep kwaliteit”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

“Over kwaliteitsbeleid en protocollen is binnen de instelling nog niet nagedacht. We zijn nu bezig om op regioniveau zelf onze visie te ontwikkelen”. (Artsmicrobioloog, Z5)

5.3.3 Problemen met materiële en personele voorzieningen

Volgens de ziekenhuishygiënist is er te weinig formatie om hun taken naar behoren uit te voeren. In de lijn is er onvoldoende personeel, budget voor de implementatie of toetsing van protocollen. Geautomatiseerde documentatiesystemen blijken niet goed te functioneren. Sommige afdelingen of diensten zijn niet op het systeem aangesloten, bovendien blijkt het invoeren van protocollen problematisch.

De formatie van ziekenhuishygiëne blijkt gebaseerd op het aantal bedden en volgens hygiënist is dat principe achterhaald:

“We werken alle drie parttime en dat is 1,6 fte en dat is onvoldoende. Volgens de officiële norm zou je een ziekenhuishygiënist hebben op 250 bedden, maar dat is een norm uit 1986 en ja de beddenreductie gaat steeds verder terwijl het werk steeds uitgebreider wordt. Dus ik denk dat die norm wel verlaagd mag worden”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

“Protocollering, implementeren en evalueren, dat is tijdrovend werk en we hebben geen stafmedewerkers. Het wordt allemaal gedaan door managers of verpleegkundigen die dat er bij moeten doen. Er is geen geld voor extra aanstellingen (...). Als de overheid vindt dat we moeten voldoen aan wet- en regelgeving dan moeten ze maar over de brug komen en anders houdt het op”. (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

Infectiepreventie-afdelingen willen graag protocollen op een geautomatiseerd systeem plaatsen, zodat ze voor een brede groep toegankelijk zijn. Artsmicrobiologen, hygiënist of andere werknemers blijken soms geen aansluiting te hebben:

“We zijn er gisteren achter gekomen dat dekking van pc's wel heel minimaal is. Specialisten die moeten het maar zelf doen. Ik huldig dat standpunt niet. Het ziekenhuis moet dat allemaal faciliteren, dat is nog een robbertje knokken met de directeur”. (Clustermanager Paramedische Zorg, Voorzitter protocollencommissie, Z1)

“De artsmicrobioloog die heeft geen aansluiting op zijn eigen kamer op het systeem, en dat is heel onhandig als je met dit soort protocollen [*op DKS*] moet werken en dat geldt voor alle specialisten. Het is er wel op de afdelingen maar dat is een erg onhandige werksituatie”. (Artsmicrobioloog, Z1)

De systemen die er zijn, blijken niet geschikt om teksten in hun originele staat op te nemen. Protocollen moeten totaal herzien worden om ze passend te maken voor de documentatiesystemen, wat de bruikbaarheid niet ten goede komt.

“Het systeem is volledig karaktergeoriënteerd en grafische informatie kun je er niet in kwijt, schema's kunnen er dus niet in. Teksten kunnen niet te lang zijn (...) en voor invoering en actualisatie is het systeem te ingewikkeld om dat zelf [*eigenaar*] te doen. Het vertrekpunt voor een nieuw systeem was eigenlijk een kwaliteitssysteem voor protocollen met de nadruk op documentbeheer enerzijds en anderzijds moet het een opslagsysteem zijn voor allerhande documenten. En dan wordt het een breder systeem en verschuiven de accenten (...). Er is niet een pakket die aan beide eisen kan voldoen en dan komt het er misschien op neer dat we aanvullende pakketten nemen. Een heel specifiek voor protocollen met mogelijkheden voor versiebeheer en een heel goede structuur om toegang te bieden aan gebruikers en anderzijds een archiveringsysteem”. (Hoofd Automatisering, Z3)

5.4 Samenvatting

In de vijf ziekenhuizen zijn zowel proces- als productafspraken geformuleerd voor de aanpak van ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen. De afspraken zijn gebaseerd op kwaliteitsnormen (*NIAZ/PACE* of *ISO*-normen). In de ziekenhuizen blijken voor instellingsbrede en infectiepreventieprotocollen dezelfde normen gehanteerd te worden. Uit de beleidsdocumenten en de interviews blijkt dat in alle vijf ziekenhuizen het protocolleringsbeleid in ontwikkeling is. De vorderingen in het protocolleringsbeleid lijken samen te hangen met de invoering van kwaliteitszorg in de organisaties.

Gezien de in hoofdstuk 1 vermelde randvoorwaarden voor regelgestuurde communicatie valt op dat de afspraken op een aantal punten overeenkomen met de genoemde factoren voor succes of falen van regelgestuurde communicatie. Er zijn afspraken voor een efficiëntere organisatie van het proces van totstandkomen, implementeren en evalueren vastgelegd, waarbij gefaseerd aangegeven is aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om inhoudelijke consensus te verkrijgen. Voorts zijn aanwijzingen verstrekt voor afstemming van het product op de kwaliteitsnormen en op de gebruikers ervan. Wat opvalt is dat in de afspraken niet concreet ingegaan wordt op participatie van het (lijn)management, sleutelactoren en gebruikers in het proces en op de coördinatie van het totstandkomings- en implementatieproces. Bij de productafspraken valt op dat de ziekenhuizen uiteenlopen in de mate waarin aandacht besteed wordt aan de communicatieve eisen die gesteld worden aan de presentatie van de inhoud en het taalgebruik in de protocollen.

Uit de gerapporteerde problemen komt naar voren dat er een discrepantie is tussen het gewenste en gevoerde protocolleringsbeleid. Er is wel een trend in de ziekenhuizen waarneembaar dat het protocolleren toenemend afgestemd wordt op voorwaarden die van belang zijn voor (integrale) kwaliteitszorg.

Uit de gerapporteerde problemen komen de volgende punten naar voren:

- Beleid blijft lang in ontwikkeling door discussie over de uitvoering ervan.
- Integrale kwaliteitszorg staat in de kinderschoenen of wordt onwerkbaar geacht.
- Zicht op het gehele proces van ontwerp, implementatie en evaluatie ontbreekt.

- In de lijn is het draagvlak voor implementatie en evaluatie van infectiepreventieprotocollen gering.
- Ontwerpers zijn niet altijd bekend met de beleidsafspraken of vinden de afspraken onbruikbaar.
- Ontwerpers hebben door hun positionering in de organisatie weinig zicht op het functioneren van protocollen in de praktijk.
- Taken en verantwoordelijkheden voor onderhoud, beheer en implementatie zijn niet of onduidelijk geregeld.
- De materiële en personeel voorzieningen zijn niet toereikend om het beleid uit te voeren.

6

Resultaten interviews over ontwerp, implementatie en evaluatie van protocollen

“Je kan er niet alles mee met het protocol (...). Mensen moeten zich er van bewust zijn dat ze in het protocol kijken hoe het zou moeten. Ik hoop dat dit protocol [*MRSA-protocol*] zodanig is dat mensen ook zelf gaan nadenken, van dat staat er niet precies in maar met mijn gezonde verstand kan ik dat en dat bedenken (...). Dat je nog iets verder gaat dan de grenzen van het protocol zelf. Want het protocol houdt ergens op, maar de praktijk nooit”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

Volgens bovenstaand citaat zijn er grenzen aan wat met een protocol bereikt kan worden. Er gaat de suggestie van uit dat de praktijk niet comprimeerbaar is tot een document en dat gebruikers op grond van de informatie in een protocol zelf in staat moeten zijn om problemen aan te pakken. Of deze visie gedeeld wordt door andere ontwerpers, beleidsvertegenwoordigers en de doelgroep van de onderzochte protocollen zal uit dit hoofdstuk blijken. Bovenal speelt de vraag wat je dan wel met een protocol kunt bewerkstelligen en welke andere middelen nodig zijn om te zorgen dat de vereiste voorzorgsmaatregelen toegepast worden.

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de interviews. De resultaten geven inzicht in de activiteiten die ondernomen zijn om de protocollen af te stemmen op de onderscheiden doelen en doelgroepen. In hoofdstuk 5 zijn de resultaten gepresenteerd van de interviews over het protocolleringsbeleid. In dit hoofdstuk komen de vragen over het proces van ontwerp, implementatie en evaluatie aan de orde. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een standaardvragenlijst, bedoeld voor alle informanten, en een rolspecifieke vragenlijst, gericht op de rol van de informant in het proces van ontwerp, implementatie en evaluatie. Bijlage D bevat het interviewschema. De verkregen data zijn geanalyseerd aan de hand van het in hoofdstuk 2 gepresenteerde analyseschema (tabel 2.13-2.15) dat in dit hoofdstuk nader toegelicht wordt.

In paragraaf 6.1 worden eerst de protocollen besproken die in de ziekenhuizen in gebruik of in ontwikkeling zijn. Zowel van de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact als van de *MRSA*-protocollen blijken tal van varianten in omloop. De diverse protocollen worden besproken aan de hand van criteria die ontleend zijn aan de afspraken voor instellingsbrede protocollen (hoofdstuk 5). De vergelijking vindt op documentniveau plaats (paragraaf

6.1.1) en op inhoudsniveau (paragraaf 6.1.2). In de interviews over ontwerp, implementatie en evaluatie zijn in eerste instantie de protocollen betrokken die in gebruik en door informanten beoordeeld zijn (zie hoofdstuk 4). De protocollen die in ontwikkeling zijn, zijn in het onderzoek betrokken om mogelijke veranderingen in de aanpak te kunnen traceren. In paragraaf 6.2 wordt de totstandkoming van de protocollen en de daarbij ervaren problemen beschreven. In paragraaf 6.3 wordt de aanpak van implementatie en evaluatie van de protocollen behandeld. De problemen met implementatie en evaluatie die geuit zijn door ontwerpers, beleidsvertegenwoordigers en gebruikers van de protocollen komen eveneens in deze paragraaf aan de orde. Ten slotte volgt in paragraaf 6.4 een conclusie over het ontwerp, de implementatie en evaluatie van de protocollen.

In het hoofdstuk wordt verwezen naar interviews. Bij de citaten is de bron van het citaat vermeld (informant), de functie van de informant (bijvoorbeeld ziekenhuishygiënist) diens rol in het proces (bijvoorbeeld penvoerder), en het ziekenhuis waar het citaat op betrekking heeft (bijvoorbeeld Z1). Toevoegingen ter verduidelijking van citaten staan in cursief tussen haken [*MRSA-protocol*] weglatingen zijn gemarkeerd met (...).

6.1 Beschrijving van de protocollen

In het onderzoek van het ontwerpproces zijn in eerste instantie protocollen betrokken die ten tijde van het onderzoek gebruikt worden als leidraad voor het handelen. Dat kunnen protocollen zijn die formeel goedgekeurd zijn of protocollen die een officieus bestaansrecht hebben. Protocollen die ten tijde van het onderzoek in bijstelling zijn, zijn voor zover mogelijk in het onderzoek betrokken. Tabel 6.1 bevat een overzicht van de protocollen in de vijf ziekenhuizen. Samenvattingen of ingekorte voorschriften zijn eveneens in de beschrijving van het ontwerpproces betrokken als ze organisatiebreed van toepassing zijn. De van de protocollen afgeleide producten (checklijsten, voorschriften) die op afdelingen gebruikt worden, komen aan de orde in paragraaf 6.3 over implementatie. De protocollen worden beschreven op documentniveau (identificatie) en op inhoudsniveau (presentatie van de preventiemaatregelen). In tabel 6.1 is tevens aangegeven welke protocollen (BM, BA) en daarvan afgeleide versies (BMV, BAV) beoordeeld zijn in het gebruiksonderzoek (hoofdstuk 4).

Uit tabel 6.1 is op te maken dat protocollen voor *MRSA* en Accidenteel Bloedcontact dateren uit de periode 1996 tot en met 2000. In totaal zijn in de vijf ziekenhuizen elf versies van de Accidenteel Bloedcontact protocollen in gebruik (tijdens het onderzoek is één protocol (Z2) uit de roulatie genomen) en negen versies van de *MRSA*-protocollen Vier *MRSA*-protocollen en een protocol voor Accidenteel Bloedcontact zijn in beoordeling.

Tabel 6.1 Overzicht protocollen voor MRSA en Accidenteel Bloedcontact in 5 ziekenhuizen

Ziekenhuis	Protocollen	In gebruik	In beoorde- ling	In bijstelling/ ontwikkeling
Z1	MRSA protocol, herziene versie (1996) BM	+		
	MRSA-epidemie versie (1999) BMV	+		
	MRSA protocol, herziene versie (1999)	+	+	
	MRSA-zorgprotocol, MRSA werkvoorschriften (Documentatie systeem) (1999-?)			+
	Protocol Accidenteel Bloedcontact (1999) BA	+	+	
Z2	MRSA protocol, herziene versie (1996) BM	+		
	MRSA protocol, herziene versie (1999)	+	+	
	Protocol Accidenteel Bloedcontact (1999) BA	+		
	Verkorte Procedure bij bloedaccident (1999) BAV	+/-*		
	Procedurestappen direct na een accident (2000) BAV	+		
	Procedure na melding accident (2000) BAV	+		
Z3	Beleid t.a.v. MRSA, (1999) BM	+		
	Standaard isolatieregels kleurcode rood (MRSA) (1998) BMV	+		
	Protocol accidenteel bloedcontact (voor- heen prikletsel procedure), (1998) TAV	+		
	Wat te doen bij accidenteel bloedcontact? (voor medewerkers) (1999) TA	+		
Z4	MRSA-beleid (1999) BM	+		
	Preventie van besmetting met bloedover- draagbare aandoeningen (1996) BAV	+		
	Accidenteel bloedcontact (1998) BA	+		
	Accidenteel bloedcontact, deel 2 (Hep-C; HIV), (2000-?)			+
Z5	Beleid bij Meticilline Resistente Staphylo- coccus Aureus (MRSA), 1998 BM	+		
	MRSA-protocol (2002)		+	
	MRSA-Uitbraakmanagement protocol (2002)		+	
	Maatregelen bij prik- en snijongevallen en andere onverwachte bloedcontacten (1997) BA	+		
	Post Exposure Profylaxe protocol (1998) BAV	+		
	Maatregelen bij prik- en snijongevallen en andere onverwachte bloedcontacten			+

*= protocol ten tijde van het onderzoek uit roulatie genomen.

BM=beoordeeld MRSA-protocol; BMV= versie van beoordeeld protocol

BA=beoordeeld Accidenteel Bloedcontactprotocol; BAV= versie van beoordeeld protocol

Tabel 6.1 laat zien dat in vier van de vijf ziekenhuizen, uitgezonderd in ziekenhuis Z3, de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact en *MRSA* voortdurend bijgesteld worden. Geen van de in het onderzoek betrokken protocollen is een “eerste product”. De voorlopers van de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact dateren uit eind jaren tachtig. De *MRSA*-protocollen zijn van recentere datum, de eerste protocollen zijn begin 1990 verschenen. In de overgangperiode naar een nieuw of bijgesteld protocol dat nog formeel bekrachtigd moet worden, blijven de inmiddels “verouderde” protocollen als leidraad fungeren. Soms zijn zowel het conceptprotocol als het “verouderde” protocol in omloop (Z1 en Z2). In een van de ziekenhuizen (Z2) werd ten tijde van het onderzoek een verkorte procedure voor Accidenteel Bloedcontact (december 1999) uit de roulatie gehaald (wegens logistieke problemen). Kort daarna (januari 2000) verschenen twee nieuwe protocollen.

6.1.1 Beschrijving protocollen op documentniveau

De protocollen zijn op documentniveau beschreven aan de hand van criteria voor instellingsbrede protocollen (zie hoofdstuk 5, tabel 5.2). Volgens de criteria dienen protocollen een uniforme en eenduidige opbouw te hebben zodat de documenten het gebruik ervan faciliteren: werknemers moeten er direct uit kunnen opmaken of de protocollen voor hen van toepassing zijn, om wat voor soort afspraken het gaat en wie de eigenaar van de protocollen is. De verantwoordelijkheden voor de logistieke functie (beheer en onderhoud) van de procedures dienen benoemd te zijn. De criteria voor afspraken van instellingsbrede protocollen zijn grotendeels gebaseerd op kwaliteitsborgingnormen (*NIAZ/PACE*), die weer overeenkomsten vertonen met de *ISO-9000* normen.

Aan de hand van onderstaande criteria zijn de in het onderzoek betrokken protocollen beschreven:

- Toepassingsbereik
 - Doel en doelgroep vermeld.
 - Bereik (ziekenhuisbreed/afdelingen) vermeld.
 - Verwijzing naar bijlagen, verwante documenten of protocollen.
- Herkenbaarheid
 - Karakterisering document (titel; werkvoorschrift, protocol).
 - Status: concept/definitief/bindend/richtlijn; datering.
 - Herkomst geïdentificeerd (auteur, autorisatie, codering).
- Logistiek
 - Eigenaar, beheer, invoeringsdatum en vervaldatum vermeld.
 - Verantwoordelijkheden implementatie, evaluatie vermeld.
- Omvang protocol, papier/digitaal beschikbaar

Tabel 6.2 laat zien in welke mate de protocollen voldoen aan de genoemde documentcriteria. Voldoen in de betekenis van voorkomen in het document. Er zijn per protocoltype 12 documenten¹ (*MRSA*, 9 in gebruik, 2 in beoordeling, 1 in bijstelling; Accidenteel Bloedcontact, 11 in gebruik, 1 in ontwikkeling) vergeleken aan de hand van genoemde criteria.

¹ Protocollen in ontwikkeling zijn beschreven voor zover in concept beschikbaar.

Tabel 6.2 Vergelijking protocollen op documentniveau (frequentie van voorkomen)

	<i>Accidenteel Bloedcontact</i> (n=12)	<i>MRSA</i> (n=12)
<i>Toepassingsbereik</i>		
doel	1	7
doelgroep	5	2
bereik/gebruik	7	6
verwijzing naar bijlagen; verwante documenten	5	7
<i>Herkenbaarheid</i>		
titel	12	12
karakterisering (protocol; werkvoorschrift)	11	11
status	6	6
datering	10	12
codering	10	6
<i>Logistiek</i>		
auteur	8	4
eigenaar	6	4
autorisator	5	4
beheerder	4	3
verantwoordelijkheden	4	2
implementatie, evaluatie		
<i>Omvang (gemiddeld aantal pagina's)</i> <i>(incl. bijlagen)</i>	10 min. 1, max. 43	22 min. 1, max. 48

Bij het merendeel van de protocollen Accidenteel Bloedcontact ontbreekt een aanduiding van doel en doelgroep. Bij de *MRSA*-protocollen ontbreekt meestal een aanduiding van de doelgroep, daarentegen is het doel ervan bij de helft van de protocollen wel vermeld. De helft van alle protocollen bevat een aanduiding van het toepassingsgebied (ziekenhuisbreed) en een verwijzing naar met het protocol samenhangende documenten (formulieren, aanverwante protocollen).

Bijna alle documenten zijn gekarakteriseerd als protocol en voorzien van een titel en datum. Bij de helft van de protocollen is vermeld of het een concept dan wel definitief product is. Een aanduiding van de geldigheidsduur ontbreekt bij alle protocollen. Bij de meeste protocollen is niet vermeld of het om bindende voorschriften gaat of om een richtlijn voor het handelen waarbij gemotiveerd afwijken toelaatbaar is. Codering ontbreekt bij de helft van de *MRSA*-protocollen en is indien aanwezig zodanig cryptisch dat de betekenis ervan alleen waarde heeft voor de opstellers ervan.

Bij het merendeel van de protocollen is niet vermeld wie de eigenaar, beheerder en autorisator is. Bij de helft is de auteur vermeld. Verantwoordelijkheden voor implementatie en evaluatie zijn bij het merendeel van de protocollen niet benoemd. De protocollen lopen aanzienlijk uiteen wat de omvang ervan betreft. De meest omvangrijke protocollen komen voor in de ziekenhuizen Z1, Z2 en Z5. De verkorte procedures bestaan uit één of twee pagina's. De *MRSA*-protocollen bevatten gemiddeld meer pagina's dan de protocollen Accidenteel Bloedcontact. De meeste protocollen zijn in papieren vorm beschikbaar. In twee ziekenhuizen (Z3, Z4) zijn de protocollen (of onderdelen ervan)

twee ziekenhuizen (Z3, Z4) zijn de protocollen (of onderdelen ervan) digitaal beschikbaar, daarnaast zijn ook papieren versies in omloop.

Gesteld kan worden dat de protocollen matig voldoen aan de in hoofdstuk 5 genoemde documentafspraken. Dat betekent dat gebruikers niet direct de betekenis van het protocol kunnen inschatten omdat een aanduiding van doelgroep en doel ontbreekt, wat de kans op het negeren van het protocol verhoogt. Door het ontbreken van verantwoordelijkheden voor onderhoud, beheer en een aanduiding voor de geldigheidsduur is de kans aanwezig dat protocollen niet tijdig ververs worden. De protocollen maken de structuur voor implementatie en evaluatie onvoldoende duidelijk, ook die verantwoordelijkheden zijn niet benoemd. Het verschil in omvang wordt veroorzaakt door een ander uitgangspunt voor de beschrijving van de regeling (Accidenteel Bloedcontact) en hangt vermoedelijk samen met de ervaring die met *MRSA* is opgedaan. In de ziekenhuizen waar *MRSA* frequent voorkomt (Z1, Z2 en Z5) zijn de protocollen aanzienlijk omvangrijker dan in de ziekenhuizen met minder ervaring (Z3 en Z4). Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact is de postaccidentprocedure soms beperkter weergegeven; de procedure is beperkt tot de hepatitis-B-problematiek (Z4, Z5) of de getroffen werknemer wordt direct doorverwezen naar de behandelaars (Z3).

De recent opgestelde protocollen voldoen vaker aan de documentafspraken dan de oudere protocollen. Dat geldt met name voor protocollen die deel gaan uitmaken van een geautomatiseerd documentatiesysteem. Dergelijke systemen stellen eisen aan het formaat van de protocollen (uniforme lay-out, beperkte omvang).

6.1.2 Beschrijving protocollen op inhoudsniveau

De beschrijving van de protocollen op inhoudsniveau heeft betrekking op de vastlegging van de maatregelen: bevatten de protocollen de vereiste maatregelen en zijn de maatregelen zodanig gepresenteerd dat voor de gebruikers duidelijk wordt wat van hen verwacht wordt?

De protocollen worden beschreven aan de hand van criteria die voornamelijk gebaseerd zijn op de afspraken voor het protocolleren (hoofdstuk 5, tabel 5.1 en 5.2):

- Presentatie handelwijze (handelingsperspectief; actorenperspectief).
- Presentatie instructie (chronologisch, stapsgewijs, toelichting en instructie; visualisering).
- Beschrijving van verantwoordelijkheden in procedure (wel/niet gespecificeerd naar taak in de procedure).
- Inhoudselementen (Pre- en postaccidentmaatregelen).

Tabel 6.3 laat zien in welke mate de protocollen voldoen aan de afspraken voor presentatie van de handelingen en instructies.

Presentatie handelwijze

Uit tabel 6.3 is af te leiden dat de handelingen in de protocollen Accidenteel Bloedcontact voornamelijk vanuit het *actorenperspectief* (wie doet wat) opgesteld zijn. De getroffen werknemer of de behandelaar is het uitgangspunt voor de beschrijving van de maatregel-

Tabel 6.3 Vergelijking protocollen op inhoudsniveau (frequentie van voorkomen)

	<i>Accidenteel Bloedcontact</i> (n=12)	<i>MRSA</i> (n=12)
<i>Presentatie handelwijze</i>		
actorenperspectief of handelingsperspectief	9	5
	3	7
<i>Presentatie instructie</i>		
instructie per stap	12	3
taken chronologisch	9	9
toelichting op werkwijze	7	5
tabellen t.b.v. afweging risico's	3	4
schema's t.b.v. vaststelling risico-indicatie	6	3
instructie in vorm van formulieren (voor melding accident; invullen contactlijst)	6	5
instructie in vorm van standaardbrieven (voor bezoek <i>MRSA</i> -patiënt, overdracht <i>MRSA</i> -patiënt)	nvt	4
<i>Verantwoordelijkheden uitvoering</i>		
benoemd naar taak in de procedure	10	11

len. Het merendeel van de protocollen is zowel voor de werknemer als de behandelaar bedoeld. De recentere versies zijn vaak opgesplitst in aparte voorschriften voor de werknemer en de behandelaar. In een van de protocollen (Z4) is niet duidelijk welke actor (getroffene of behandelaar) wordt aangesproken. In de protocollen wordt de werknemer als “de medewerker” aangeduid waardoor de indruk gewekt wordt dat het protocol voor afdelingshoofden of behandelaars bestemd is.

Bij de *MRSA*-protocollen is sprake is van een wisselend perspectief. Uit tabel 6.3 blijkt dat de helft (7) van de *MRSA*-protocollen grotendeels vanuit het *handelingsperspectief* is ingericht: een aaneenschakeling van handelingen. De handelingen zijn vanuit de route van de patiënt gepresenteerd: wat moet er gebeuren als een patiënt met een vermoeden op *MRSA* de polikliniek bezoekt, opgenomen of geopereerd wordt, of als bij reeds opgenomen patiënten *MRSA* voorkomt? Niet vermeld is wie de taken moet uitvoeren en wie voor welke handelingen verantwoordelijk is. Een deel van de handelingen is specifiek voor een beroepsgroep bedoeld. In die gevallen zijn de maatregelen ingericht vanuit de actor die de handelingen moet verrichten, zoals een huishoudelijk medewerker die een isolatiekamer moet desinfecteren. De handelingen bedoeld voor personeel dat zelf besmet is met *MRSA* of een risico vormt voor het overbrengen van *MRSA* op anderen zijn ook vanuit het actorenperspectief ingericht. Vijf *MRSA*-protocollen zijn grotendeels vanuit het actorenperspectief ingericht. Drie van deze vijf betreffen protocollen voor calamiteiten (een *MRSA*-epidemie). Bij de andere twee is bewust gekozen voor een actorenperspectief om misverstanden over de taakuitvoering te voorkomen (Z1 en Z5).

Presentatie instructie

Bij de beschrijving van de werkwijze is gelet op de presentatie van de instructies (tabel 6.3): instructie per stap; taken in chronologische volgorde; toelichting op instructie; visuele ondersteuning in de vorm van tabellen, stroomschema's, afvinklijsten; instructie via standaardbrieven of formulieren.

Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact vindt instructie per uit te voeren stap plaats. Bij de *MRSA*-protocollen zijn de handelingen per onderwerp in lopende tekst beschreven, alleen bij de calamiteitenprotocollen (uitbraak onverwachte *MRSA*) zijn de instructies per stap beschreven. De taken zijn bij ruim de helft (9) van de protocollen chronologisch (vanuit route patiënt of getroffen werknemer) gepresenteerd. Tabel 6.3 laat zien dat de helft (7) van de protocollen Accidenteel Bloedcontact een toelichting bevat op de handwijze, bij de *MRSA*-protocollen is dat bij een minderheid het geval. In de toelichting wordt de relevantie van de instructies uiteengezet of wordt de procedure nader omschreven (zoals de indicatiestelling voor behandeling van accidenten of voor de indeling in een hoge of lage *MRSA* risicocategorie).

Tabellen voor de afweging van risico's komen bij een minderheid van de protocollen voor. De helft van de protocollen Accidenteel Bloedcontact bevat een stroomschema voor het afwegen van risico's na een accident. Een minderheid van de *MRSA*-protocollen bevat een stroomschema voor de indicatiestelling van een hoog of laag risico op overdracht van *MRSA*. De helft van de protocollen bevat instructies (formulieren) voor het melden van een accident, vijf van de twaalf *MRSA*-protocollen bevatten een instructie voor het invullen van de contactlijst voor het registreren van bezoekers van een *MRSA*-patiënt. Standardisatie van instructies komt alleen voor bij de *MRSA*-protocollen van de ziekenhuizen Z1 en Z2. De protocollen van deze ziekenhuizen bevatten voorlichtingsfolders bedoeld voor het informeren en instrueren van de patiënt en het bezoek, en instructies in de vorm van een standaardbrief voor de overdracht van een *MRSA*-patiënt aan andere zorginstellingen of zorgverleners. In feite zijn het complete draaiboeken voor elk scenario dat zich rondom *MRSA* voor kan doen. Dat wil niet zeggen dat dergelijke documenten niet aanwezig zijn in de andere organisaties, ze maken alleen geen deel uit van de protocollen.

Vastlegging van verantwoordelijkheden voor uitvoering

Verantwoordelijkheden voor de uitvoering van de maatregelen zijn in het merendeel van de protocollen vastgelegd. In de protocollen Accidenteel Bloedcontact wordt de werknemer verantwoordelijk gesteld voor een adequate afhandeling van het accident: het verplicht melden van accidenten (Z3 en Z5), het tekenen van een akkoordverklaring voor behandeling (Z2, Z4), het achterhalen van personalia van de besmettingsbron (Z1 en Z2). De behandelaar is verantwoordelijk voor de inschatting van de risico's en de begeleiding van de getroffen werknemer (Z1 en Z2).

Bij de *MRSA*-protocollen doet zich een verschil voor in de mate waarin verantwoordelijkheden gespecificeerd zijn naar de bij de uitvoering betrokkenen. In de *MRSA*-protocollen van de ziekenhuizen Z1, Z2 en Z5 zijn de verantwoordelijkheden het meest gespecificeerd. Opvallend is dat in de *MRSA*-protocollen van de ziekenhuizen Z3 en Z4 alleen verantwoordelijkheden benoemd zijn voor de afdeling Infectiepreventie. Het protocol lijkt vooral voor deze afdeling bedoeld, wat ook tot uiting komt in de doelgroep (infectiepreventie) die genoemd is in het protocol van Z4. In de protocollen van de drie voornoemde ziekenhuizen Z1, Z2 en Z5 zijn verantwoordelijkheden vastgelegd voor sturing, coördinatie en naleving van het *MRSA*-beleid. Bij een *MRSA*-epidemie is een *MRSA*-werkgroep verantwoordelijk voor sturing van het beleid tijdens de epidemie. De directie is verant-

Tabel 6.4 Inhoudselementen protocollen Accidenteel Bloedcontact (frequentie van voorkomen; n=12)

<i>Preaccident</i>	
veilig werkmaatregelen	7
definiëring van risicosituatie	6
<i>Postaccident</i>	
acties direct na accident (reinigen, desinfecteren, melden)	8
vervolgacties na accident (acties op basis van eerste inschatting risico)	11 ¹
<i>Beroepsspecifieke maatregelen</i>	
definitieve risicovaststelling; behandelprocedure <i>HIV</i>	5

¹ een van de protocollen Accidenteel Bloedcontact blijkt opgesplitst te zijn in een preventieprotocol en een postaccidentprotocol voor vervolgacties (in ontwikkeling)

woordelijk voor de besluitvorming over de sluiting van afdelingen of het ziekenhuis en de toekenning van budget (Z1 en Z2). Voor signalering van *MRSA* aan de hoofdbehandelaar is de Eerste Hulp, de Opname en de verpleegafdeling verantwoordelijk (Z1 en Z2). In de drie voornoemde *MRSA*-protocollen is ook beschreven wie verantwoordelijk is voor instructie en naleving van de protocollen. In de protocollen van Z1 en Z2 is vastgelegd dat het afdelingsmanagement verantwoordelijk is voor voorlichting aan personeel, het toezien op naleving van voorschriften en het beschikbaar stellen van de beschermingsmiddelen. Het afdelingshoofd dient te regelen dat de werknemer vervangen kan worden na een accident (in verband met snelle behandeling). Infectiepreventie is verantwoordelijk voor instructie aan personeel (Z1, Z2 en Z5).

Overzicht van inhoudselementen

De tabellen 6.4 en 6.5 bevatten een overzicht van de inhoudselementen. De inhoudselementen zijn opgedeeld in pre/postaccidentmaatregelen en beroepsspecifieke maatregelen. *Preaccident* heeft betrekking op maatregelen die gericht zijn op het vermijden van een accidenteel bloedcontact of op het vermijden van *MRSA*-overdracht. *Postaccident* slaat op de maatregelen die betrekking hebben op de situatie na een accident of incident. Beroepsspecifiek op maatregelen die door een behandelaar van accidenten uitgevoerd worden of bedoeld zijn voor speciale afdelingen (*MRSA*).

Een *MRSA*-protocol omvat drie scenario's:

1. Indelen van patiënten in risicogroepen (wel/geen verhoogd risico op *MRSA*).
2. Omgaan met *MRSA*-patiënten in isolatie (onder meer binnentreden en verlaten ruimte, contactbeperkingen personeel, vervoer patiënt).
3. Handelwijze bij calamiteiten (onverwachte *MRSA*-uitbraak van reeds opgenomen patiënten; personeel dat besmet is).

De eerste twee scenario's zijn als preaccidentmaatregelen beschouwd. De derde als postaccident.

Tabel 6.4 laat zien dat de helft van de protocollen Accidenteel Bloedcontact *preaccident-maatregelen* bevat ter voorkoming van een accident. De helft van de protocollen bevat een definiëring van een accidenteel bloedcontact (wanneer is sprake van een accidenteel bloedcontact). Er is een verschil in de manier waarop de maatregelen ter voorkoming van een accident zijn vastgelegd. In een van de ziekenhuizen (Z4) zijn ze in een apart protocol

beschreven. In sommige protocollen wordt slechts een enkele opmerking over veilig omgaan met naalden gemaakt (Z5), andere protocollen bevatten tal van scenario's die de werknemer attenderen op het vermijden van een accident (Z1, Z2).

Uit tabel 6.5 is af te leiden dat de helft van de *MRSA*-protocollen aandacht besteedt aan de wijze waarop *MRSA* overgedragen wordt. De helft bevat een instructie voor de risico-indicatiestelling (hoog/laag). In de meerderheid van de protocollen komen isolatiemaatregelen voor. Maatregelen voor het vervoer van een *MRSA*-patiënt komen bij de helft van de protocollen voor. De protocollen verschillen in het aantal maatregelen per scenario. De protocollen van de ziekenhuizen Z1 en Z2 zijn het meest uitgebreid, die van de ziekenhuizen Z3 en Z4 het minst.

De *postaccidentmaatregelen* van de protocollen Accidenteel Bloedcontact (tabel 6.4) bestaan uit stappen die na een accident direct genomen moeten worden (doorbloeden, reinigen, desinfecteren, melden) en de vervolgacties indien sprake is van een risico. In acht protocollen zijn de "eerste acties" beschreven. Deze acties komen niet voor in het protocol dat alleen preaccidentmaatregelen bevat (Z4) en in de protocollen voor de behandelaars. De vervolgacties bestaan uit een eerste inschatting van het risico (hoog/laag) na een accident en de stappen die vervolgens ondernomen moeten worden. Bij de protocollen is niet altijd duidelijk welke vervolgacties door de getroffen werknemers zelf uitgevoerd moeten worden. Vijf protocollen bevatten instructies voor de definitieve vaststelling van het risico en voor de behandeling van een besmetting. Bij drie daarvan zijn deze handelingen in een apart protocol voor de behandelaar vastgelegd (Z2 [verkorte procedure], Z4, Z5).

De meerderheid van de *MRSA*-protocollen (tabel 6.5) bevat maatregelen voor een onverwachte uitbraak van *MRSA*, een minderheid beschrijft maatregelen voor personeel dat besmet is geraakt. *Beroepsspecifieke maatregelen* komen in de meerderheid van de protocollen voor. Het gaat om maatregelen die alleen bedoeld zijn voor de behandelaar van accidenten of voor bepaalde afdelingen (Intensive Care, Operatie Kamer, Polikliniek, Huishoudelijke of Transportdienst).

Tabel 6.5 Inhoudselementen protocollen *MRSA* (frequentie van voorkomen; n=12)

<i>Preaccident</i>	
omschrijving hoe <i>MRSA</i> overgedragen wordt	7
instructie voor indeling in hoog/laag risico	7
isolatiemaatregelen	10 ¹
maatregelen voor onderhoud van isolatieruimte	10 ¹
maatregelen voor vervoer van <i>MRSA</i> -patiënt	7
beperkingen voor personeel dat <i>MRSA</i> -patiënten verzorgt	9
<i>Postaccident</i>	
maatregelen uitbraak <i>MRSA</i>	8
maatregelen voor met <i>MRSA</i> besmet personeel	5
<i>Beroepsspecifieke maatregelen</i>	
maatregelen IC, OK, Poli, Civiele Dienst, Transport Dienst	10

¹ In twee *MRSA*-protocollen wordt verwezen naar voorschriften voor isolatie

Uit tabel 6.3 blijkt dat de *MRSA*-protocollen en de protocollen Accidenteel Bloedcontact verschillen in de presentatie van de handelingen en instructies. De problematiek die ten grondslag ligt aan beide protocollen is ook verschillend. Bij een accidenteel bloedcontact gaat het om maatregelen bedoeld voor een individuele werknemer, bij *MRSA* om een gezamenlijke inspanning om *MRSA* buiten de poort van het ziekenhuis te houden of om verdere verspreiding tegen te gaan. Wanneer de individuele werknemer centraal staat in de *MRSA*-protocollen is een actorenperspectief gehanteerd.

De handelingen zijn in de protocollen Accidenteel Bloedcontact vanuit het perspectief van de getroffen werknemer en de behandelaar beschreven. In chronologische volgorde wordt de werknemer of de behandelaar per stap geïnstrueerd hoe te handelen. Bij de *MRSA*-protocollen zijn de handelingen grotendeels in lopende tekst opgesteld. Het betreft de handelingen rondom de patiënt. De maatregelen voor het betreden, verlaten en het onderhoud van isolatieruimten en de beroepsspecifieke maatregelen zijn per stap beschreven.

In de helft van de protocollen wordt aandacht besteed aan de risicoproblematiek. In de protocollen Accidenteel Bloedcontact door middel van definiëring van de risicosituatie zodat personeel kan bepalen welke vervolgacties nodig zijn. Bij de *MRSA*-protocollen wordt beschreven hoe overdracht plaats vindt, de risicofactoren voor personeel worden niet nader uiteengezet. Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact ligt het accent op de maatregelen na een accident, waarbij een verschil waarneembaar is in protocollen die alleen de handelingen voor getroffen werknemers beschrijven en protocollen die zowel voor de werknemers als de behandelaars bedoeld zijn. Bij de *MRSA*-protocollen ligt het accent op de isolatiemaatregelen. Maatregelen voor een epidemie zijn of beperkt weergegeven of in aparte protocollen vastgelegd. Maatregelen voor personeel dat besmet raakt, komen lang niet in alle protocollen voor.

Op regionaal niveau vertonen de protocollen veel overeenkomsten: de protocollen van de ziekenhuizen Z1 en Z2 zijn grotendeels identiek, die van de ziekenhuizen Z3 en Z4 vertonen inhoudelijk veel overeenkomsten.

Uit tabel 6.1 blijkt dat sommige protocollen recent bijgesteld of nog in ontwikkeling zijn. In de recent bijgestelde protocollen is een aantal trends waarneembaar:

- Vereenvoudiging
 - Samenvatting van de postaccidentprocedure.
 - Opsplitsing protocol in deelprotocollen of voorschriften.
 - Beperking acties voor getroffen werknemer.
- Scherpere afbakening van verantwoordelijkheden
 - Afdelingsmanagement verantwoordelijk voor naleving.
 - Behandelaars verantwoordelijk voor risico-inschatting.
 - Toekennen van verantwoordelijkheden aan directie, management bij calamiteiten.
 - Vastleggen hoe signalering van *MRSA* dient te verlopen.
- Bevorderen van herkenbaarheid van protocollen (eigenaar, auteur benoemd).

De trends laten zien dat in toenemende mate gestreefd wordt naar afstemming van de protocollen op de in hoofdstuk 5 genoemde protocolleringsafspraken. In de nu volgende paragrafen wordt beschreven hoe de in het onderzoek betrokken protocollen ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd zijn. De genoemde trends komen in de bespreking aan de orde.

6.2 Ontwerp van protocollen

Het onderzoek naar het ontwerpproces is gericht op de aanpak van penvoerders om de protocollen af te stemmen op de doelen, doelgroepen en het beoogde gebruik. De afspraken voor het opstellen van protocollen (zoals beschreven in hoofdstuk 5) geven een kader voor het verkrijgen van consensus over inhoud en vorm. In deze paragraaf wordt geïllustreerd hoe penvoerders binnen dat kader te werk zijn gegaan. Allereerst wordt ingegaan op de organisatie van het ontwerpproces (paragraaf 6.2.1) en de aanleiding om een protocol op te stellen (paragraaf 6.2.2). Daarna wordt beschreven (paragraaf 6.2.3) wat met de protocollen bereikt moet worden, voor wie ze bedoeld zijn en welk gebruik verondersteld wordt. Niet alleen de verwachtingen van de penvoerders zijn in beeld gebracht maar ook die van afdelingsleiders en beleidsvertegenwoordigers (stafffunctionarissen kwaliteitszorg), omdat mogelijke verschillen in verwachtingen tot een spanningsveld kunnen leiden bij de consensusvorming. In de daarop volgende paragraaf (6.2.4) wordt beschreven welke activiteiten penvoerders uitgevoerd hebben om de protocollen op de onderscheiden doelen, doelgroepen en het beoogde gebruik af te stemmen. De gerapporteerde ontwerpproblemen komen in paragraaf 6.2.5 aan de orde.

6.2.1 Organisatie van het ontwerpproces

Aan de hand van de *MRSA*-protocollen en Accidenteel Bloedcontact protocollen is onderzocht wie met welke taak betrokken is bij het totstandkomen ervan. Daarbij deed zich het probleem voor dat sommige protocollen geruime tijd geleden opgesteld zijn en dat een aantal opstellers van die protocollen niet meer werkzaam was in het ziekenhuis waar het onderzoek uitgevoerd is (Z3 en Z5). Aan de andere kant blijkt (zie tabel 6.1) dat protocollen voortdurend bijgesteld worden. Daardoor was het mogelijk om een redelijk actuele reconstructie van het totstandkomingsproces te maken.

Uit de interviews blijkt dat een protocol individueel of door meer personen geschreven wordt waarbij ieder een deel voor zijn rekening neemt (gedeeld schrijverschap). Soms worden werkgroepen geformeerd voor het totstandkomen van een protocol, maar ook dan is de schrijftaak een individuele aangelegenheid.

Gedeeld schrijverschap

De protocollen blijken voornamelijk door arts-microbiologen en hygiënisten geschreven te zijn. Deze penvoerders hebben doorgaans ieder een deel van het protocol geschreven; er is onderling geen taakverdeling vastgelegd. De verdeling van de schrijftaken blijkt op grond van specifieke kennis en inzicht van de penvoerder of op grond van pragmatische overwegingen plaats te vinden:

“Het is gewoon heel plezierig als je tegen iemand aan kan praten (...). Het is een creatieve manier van werken, want zij dringen aan heb je hier of daar wel aan gedacht? We zijn als microbiologen niet zo praktisch, een ziekenhuishygiënist is veel praktischer. Wij maken ons

druk om de inhoud en zij zijn regeliger en dat is op zich een heel goede combinatie want samen kom je toch een heel eind dan”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Wij [artsmicrobiologen Z1 en Z2] hebben het leeuwendeel voor onze rekening genomen (...). Dat ligt aan het onderwerp, die *HIV-PET* is natuurlijk een heel medisch verhaal en zo’n medisch verhaal dat wil de ziekenhuishygiënist niet aan en daar hebben ze ook gelijk in. Ook met dat hepatitisverhaal. Voor *MRSA* geldt dat minder, het medisch gedeelte dat doen wij. Voor een groot deel heeft de ziekenhuishygiënist dat gedaan (...). Je kunt niet alles uitbesteden, je bent aan het nadenken, over een aantal dingen zoek je er literatuur bij en op grond van wat je gevonden hebt typ je er dan weer een onderdeel bij en dan zeg je het moet toch anders. Dat kun je haast niet uitbesteden”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Met name voor de *MRSA*-protocollen geldt dat onderdelen van het protocol die betrekking hebben op specifieke afdelingen (Civiele Dienst, OK, Intensive Care) in samenwerking met vertegenwoordigers van afdelingen geschreven zijn:

“Er zijn ook stukjes bij, werkvoorschriften, zoals voor de civiele dienst en die maak je met de civiele dienst. Je hebt stukjes voor de verpleegafdeling en die maak je samen met verpleegkundigen of met een clustermanager. Dat gaat allemaal in overleg. Het is niet zo van wij [hygiënisten en arts microbiologen] schrijven alles op en zo moet het gebeuren”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

Werkgroepen

In drie ziekenhuizen Z1, Z2 en Z5 zijn voor het totstandkomen commissies of werkgroepen gevormd. Deze situatie doet zich vooral bij de *MRSA*-protocollen voor. De leden van de werkgroepen vormen een afspiegeling van de toekomstige gebruikers of hebben ervaring met de problematiek opgedaan, zoals een *MRSA*-epidemie. De leden van de werkgroep adviseren de penvoerders over de te volgen aanpak. Soms blijft zo’n werkgroep (Z1) zich ontfermen over het protocol:

“De microbioloog, de stafmedewerker van de zorgdiensten, iemand van de technische dienst, iemand van de civiele dienst, een aantal mensen van de vloer, verpleegkundigen die elke dag in de zorg zitten, en ikzelf [clustermanager] zijn betrokken bij het *MRSA*-protocol (...). Ieder gaat zijn deelgebied bekijken en het oude protocol nog toetsen of het werkbaar is (...). Als je dus deel uit maakt van de commissie, blijf je daarin ook participeren en als er ooit toetsmomenten zijn dan komt dezelfde groep weer bij elkaar (...). De groep blijft slapen totdat er nieuwe ontwikkelingen om bijstelling van het protocol vragen”. (Clustermanager Intensive Care, Z1)

“Ik ben gevraagd door de microbiologen om te participeren in de werkgroep. Samen met de internist en de hygiënist met zijn vieren, omdat het logisch was dat bloedaccidenten in principe 24 uur per dag afgewerkt kunnen worden en dan is de eerste hulp de meest toegankelijk afdeling”. (Afdelingsleider Special Care/SEH, Z2)

Het *MRSA*-protocol is een protocol dat afspraken bevat die verder reiken dan de muren van het ziekenhuis. Sommige regelingen zijn bedoeld voor bezoekers of van toepassing op aanverwante zorginstellingen zoals verpleeghuizen. Tussen de ziekenhuizen in een regio bestaat onderling veel contact, patiënten worden uitgewisseld, personeel werkt in diverse instellingen en bezoekers komen in verschillende ziekenhuizen patiënten opzoeken. Om

de instroom van mogelijk met *MRSA* besmette personen in een ziekenhuis te beheersen, worden initiatieven ontplooid om op regionaal niveau een overkoepelend protocol op te stellen met afspraken die, voor zover mogelijk, eenduidig zijn. In ziekenhuis Z5 is op die manier een regiowerkgroep samengesteld die een overkoepelend *MRSA*-protocol opstelt:

“We zijn vorig jaar gestart met een regionale club hygiënisten en microbiologen en daar zijn werkgroepjes uit voort gekomen. Onder andere een *MRSA*-groep (...) en die zijn specifiek bezig met een gezamenlijk protocol over *MRSA*. Daar heeft [*artsmicrobioloog*] het voortouw ingenomen. Het wordt gemaakt op cd-rom”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

De coördinatie van de ontwerpactiviteiten blijkt te liggen bij een van de penvoerders. Volgens de procedure van ziekenhuis Z2 vervult een commissie protocollering een coördinerende en bewakende rol in het totstandkomen van protocollen. Bij beide protocollen is die procedure vooralsnog niet toegepast.

“De coördinator is de voorzitter van de werkgroep (...). In dit geval [*beide protocollen*] is dat een van de microbiologen (...) die deelt de taakopdrachten uit en dan wordt er ook bekeken dat die opdrachten uitgevoerd worden zoals bepaald in de werkgroep”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

“Men had zo’n dik protocol kunnen voorkomen door uitvoerenden in het opstellen te betrekken. Wij willen graag voorkomen dat protocollen onwerkbaar zijn, door in de toekomst de commissie protocollering daar zeggenschap in te geven”. (Voorzitter protocollencommissie/Afdelingsleider zorgclusters Z2)

Tijdsbestek en ondersteuning

De protocollen blijken in ongeveer een periode van een jaar totstandgekomen. Een tijdsplanning is niet gemaakt, hoewel volgens de afspraken over protocolleren dat wel verlangd wordt. De planning hangt af van de druk vanuit de organisatie om een protocol te hebben, het gaat dan om het voldoen aan de verantwoordingsverplichting. Het ritme van overleg is afhankelijk van de tijdstippen waarop de infectiecommissie bijeenkomt.

De penvoerders beschouwen het opstellen van protocollen als onderdeel van hun werkzaamheden. Ondersteuning in de vorm van tijd, budget, opleiding of andere middelen vindt niet plaats.

6.2.2 Aanleiding ontwerp van protocollen

De initiatieven om een protocol op- of bij te stellen zijn doorgaans afkomstig van de penvoerders. Afdelingsleiders kunnen in samenspraak met de penvoerders besluiten om de protocollen te vertalen in voorschriften of andere producten.

Aanleidingen voor het opstellen of bijstellen van de beide protocollen blijken:

- Regelgeving.
- Knelpunten uit de praktijk.

Regelgeving

De overheid dringt middels regelgeving (*Kwaliteitswet*) er op aan dat zorginstellingen doeltreffend en doelmatig werken. Patiënten en medewerkers (*Arbowet*) hebben recht op bescherming tegen infecties, daartoe moeten zorginstellingen maatregelen treffen. Als leidraad voor het opstellen van de maatregelen dienen landelijke *richtlijnen* (Werkgroep Infectiepreventie; Landelijk Coördinatiecentrum voor Infectieziekten). Deze richtlijnen dienen louter als handvat, ze hebben geen juridische status. De Inspectie voor de Gezondheidszorg controleert naleving van overheidsregelingen en wetgeving door na te gaan of er procedures zijn vastgelegd ter bescherming tegen infecties en of inzichtelijk is wie welke beslissingen neemt in de procedure. De inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij de opstellers van de protocollen.

“De *WIP*-richtlijnen dat zijn inhoudsdeskundige rapporten, daar hebben een aantal deskundigen over nagedacht, het zijn geen beslissingrichtlijnen (...). De Werkgroep Infectie Preventie geeft duidelijk aan bij iedere uitgave dat er op geen enkele manier een juridische claim aan verbonden kan worden”. (Artsmicrobioloog, Z5)

De landelijke *richtlijnen* van de Werkgroep Infectie Preventie (*WIP*) voor *MRSA* en *Accidenteel Bloedcontact* en de *procedure van het Landelijk Coördinatiecentrum voor Infectieziekten* (*LCI*) zijn aanleiding om de protocollen op of bij te stellen als sprake is van vernieuwde inzichten. De richtlijnen worden vaak eerst binnen de eigen geleding besproken, bijvoorbeeld tijdens het regionale overleg dat hygiënist en arts microbiologen voeren. Vervolgens worden de richtlijnen toegesneden op de lokale situatie.

“Ten eerste zijn het allebei herziene protocollen, dus die protocollen zijn al van begin 1990 denk ik zo. De aanleiding is meestal een wettelijke richtlijn of norm waar je je aan moet gaan houden. En dat kan zijn van de gezondheidsraad, van de inspecteur van gezondheidszorg en dat kan zijn een *WIP*-richtlijn (...). Die richtlijnen passen wij dan toe in het ziekenhuis (...). Het eerste bloedaccidentenprotocol gaat voornamelijk over de hepatitis-B en met de tijd is er hepatitis-C en de *HIV* bijgekomen en zeker die laatste richtlijnen van het ministerie over die *HIV*-profylaxe dat is toch wel een dwingende maatregel die we moeten gaan invoeren”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

“We hebben de Stuurgroep Infectiepreventie. Op het moment dat daar gesproken wordt over een aanpassing van een *MRSA*-protocol, omdat de *WIP* andere richtlijnen uitvaardigt, dan wordt dat weer vertaald en zo is niet al te lang geleden het *MRSA*-protocol herzien omdat er nieuwe richtlijnen waren (...) dan ligt het voortouw bij de hygiënist en mij. De infectiecommissie stuurt ons niet aan, die roept niet van moet je luisteren de *WIP* heeft dit of dat gezegd”. (Artsmicrobioloog, Z3)

Knelpunten uit de praktijk

Problemen met de uitvoerbaarheid van protocollen komen vaak pas naar voren na incidenten. De eerste *MRSA*-protocollen waren opgesteld met weinig praktijkervaring. Door confrontatie met *MRSA* werd duidelijk welke problemen zich in de praktijk voordeden met de protocollen. Knelpunten in het functioneren van de protocollen bereiken de penvoerders via de infectiecommissie, via afdelingscontactpersonen of via informele kanalen (bezoek aan de afdeling etcetera). Incidenteel worden knelpuntanalyses uitgevoerd door hygiënis-

ten. Voorstellen tot wijzigingen worden in de infectiecommissie besproken en dienen formeel voorgelegd te worden aan de directie.

“Het eerste *MRSA*-protocol is eigenlijk opgesteld zonder praktijkervaring. We hadden toen nog nooit een epidemie meegemaakt. In 1994 hebben we geloof ik de eerste epidemie hier meegemaakt. En daarna merkten we dat er toch wat organisatorische haken en ogen aan zaten. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden waren niet goed geregeld. Er werd een hele hoop omschreven, maar niet voldoende. Op de verpleegafdelingen kon men er niet echt mee uit de voeten, merkte ik. Dat er toch veel hulp vanuit ziekenhuishygiëne nodig was”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

Volgens de in hoofdstuk 5 genoemde protocolleringsafspraken dient in de voorbereidende fase beoordeeld te worden of het zinvol is om voor de problematiek een protocol op te stellen. De overweging of het zinvol is om een protocol op te stellen, speelt volgens penvoerders niet, omdat afspraken in de vorm van protocollen voor *MRSA* en Accidenteel Bloedcontact verlangd worden door de overheid.

“Er zijn wel een aantal protocollen waarvan ik zeg, heeft dat enige zin om die op te stellen. Maar dan wordt het toch wel van je geëist vanwege de wettelijke regelingen”. (Ziekenhuishygiënist/Kwaliteitsfunctionaris, Z4)

6.2.3 Onderscheiden doelgroepen, doelen en beoogd gebruik

Aan de penvoerders is gevraagd voor wie de protocollen bedoeld zijn, wat met de protocollen bereikt moet worden en welk gebruik verondersteld wordt. De onderscheiden doelen en doelgroepen en het beoogd gebruik vormen de uitgangspunten voor de interviews over het totstandkomingsproces. Ook aan beleidsvertegenwoordigers (afdelingsleiders en staffunctionarissen kwaliteitszorg) zijn vragen gesteld over doelgroep, doelen en gebruik van de protocollen om na te gaan of penvoerders anders tegen de protocollen aankijken dan vertegenwoordigers van de (lijn)organisatie.

Onderscheiden doelgroepen

De protocollen zijn voor iedereen bedoeld omdat in principe iedereen met de problematiek geconfronteerd kan worden, dat is het uitgangspunt dat alle partijen hanteren. Sommige afdelingshoofden (met name die van de Civiele Dienst) merken op dat niet zo zeer het ziekenhuisprotocol maar de daarvan afgeleide voorschriften bedoeld zijn voor het personeel.

Informanten noemen voornamelijk interne doelgroepen. Externe doelgroepen (de overheid, inspectie of patiënten) worden niet onderscheiden, terwijl de protocollen gericht zijn op verantwoording aan de overheid. Dat betekent waarschijnlijk dat informanten doelgroepen associëren met degenen die geconfronteerd kunnen worden met de problematiek. Hoewel de protocollen voor alle werknemers bedoeld zijn, brengen penvoerders wel enige nuancering aan. De protocollen Accidenteel Bloedcontact zijn vooral bedoeld voor personeel dat meer kans loopt op een accident. Uit oogpunt van standaardisering zijn alle handelingen echter voor iedereen die zich verwondt hetzelfde. Daarom wordt niet gedifferentieerd naar doelgroepen. Soms wordt bij de verzending van de protocollen alsnog een soort selectieprocedure toegepast op grond van een vermeend hoger risico.

“We hebben gewoon een verzendlijst gemaakt van alle afdelingen of personen werkzaam in het ziekenhuis. We hebben aan de hand daarvan gekeken of het van toepassing is (...). Bij het protocol Accidenteel Bloedcontact kun je kijken of ze inderdaad risico lopen, als ze dus activiteiten doen die met bloed te maken hebben. Voor *MRSA* hebben we dezelfde lijst gebruikt (...). Bij twijfel verstuurd we het protocol even goed. Ook al zijn er misschien mensen waar het niet meteen op van toepassing is, die mogen best wel op de hoogte zijn, ook al is het informatief”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

“Omdat medewerkers in een ziekenhuis een bloedaccident kunnen oplopen. Er zijn gewoon bepaalde doelgroepen die meer risico lopen dan andere groepen, maar eigenlijk kun je wel stellen dat iedereen er mee in aanraking kan komen (...). *MRSA* is hetzelfde. Als er een *MRSA*-epidemie in het ziekenhuis voorkomt dan krijgt iedereen met patiëntenzorg te maken. Van Civiele Dienst tot Technische Dienst, van de receptie die patiënten moeten opvangen. Het is gewoon heel breed”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

De protocollen zijn voor een brede doelgroep bestemd omdat het gezichtspunt gehanteerd wordt dat iedereen kans loopt op een besmetting en alle activiteiten gericht zijn op reductie van infecties, maar de handelingen om infecties te voorkomen zijn niet voor alle beroepsgroepen hetzelfde. In de praktijk blijkt dat personeel behoefte heeft aan protocollen die afgestemd zijn op de taken die men heeft in de uitvoering. Dat heeft er toe geleid dat protocollen vertaald worden in deelprotocollen of voorschriften afgestemd op de handelingen die van toepassing zijn op de beroepssituatie.

Onderscheiden doelen

Aan penvoerders, afdelingsleiders en vertegenwoordigers van het ziekenhuisbeleid (staf-functionaris kwaliteitszorg) is gevraagd wat met de protocollen bereikt moet worden. Er is geen gebruik gemaakt van voorgeselecteerde antwoordmogelijkheden. De informanten konden vrijuit een of meer doelen noemen.

De genoemde doelen zijn in tabel 6.6 gerubriceerd als kennis-, attitude-, en gedragsdoelen (individuele gebruikersdoelen) en een daarvan afgeleid organisatiedoel. Tabel 6.6 laat zien dat “weten hoe te handelen” en “eenduidig en adequaat (doeltreffend) handelen” het vaakst genoemd zijn en dat verantwoording afleggen beduidend minder vaak als doel genoemd is. (Dit strookt met de constatering dat informanten de overheid niet als doelgroep onderscheiden).

Het verschil tussen informanten is dat beleidsvertegenwoordigers naar een doel streven dat met protocollen, in het kader van de na te streven kwaliteitszorg, in het algemeen bereikt moet worden. De door beleidsvertegenwoordigers genoemde doelen zijn minder gespecificeerd naar de individuele werknemer die veilig moet werken, maar meer gericht op het uiteindelijk resultaat (eenduidig en doeltreffend handelen) dat bereikt moet worden. Penvoerders en afdelingsleiders willen met de protocollen reductie van infecties bereiken door te zorgen dat de individuele werknemer in staat en bereid is om adequaat te handelen.

Tabel 6.6 Overzicht van genoemde doelen protocollen (MRSA, Accidenteel Bloedcontact) n=48

	<i>Penvoerders</i> n=13	<i>Afdelingsleiders</i> n=23	<i>Beleidsvertegenwoordigers</i> (kwaliteitszorg) n=12
<i>Kennisdoelen</i>			
weten dat er een regeling bestaat	2	2	0
weten waar het protocol te vinden is	4	5	0
weten wat de risicofactoren zijn	3	3	0
herkennen van risicosituaties	4	1	0
weten hoe te handelen	11	8	3
reductie van onzekerheid	1	1	0
<i>Attitudedoelen</i>			
bewustwording van problematiek	4	2	0
<i>Gedragsdoelen</i>			
eenduidig (doelmatig) en doeltreffend handelen bevorderen	6	8	11
zelfstandig handelen bevorderen	5	4	0
<i>Organisatie doel</i>			
reductie van infecties	5	4	0
verantwoording afleggen	5	1	0
MRSA-stigma voorkomen	0	2	0

Kennisdoelen

In de genoemde kennisdoelen is een zekere mate van samenhang waar te nemen. Het overkoepelende kennisdoel is reductie van onzekerheid, te realiseren door een set doelen: weten dat er een regeling (een protocol) voor een gesignaleerd probleem bestaat, waar het protocol te vinden is, weten welke risico's er zijn, het herkennen van risicosituaties en weten hoe gehandeld moet worden om de risico's te voorkomen. De genoemde doelen zijn resultaatgericht: komen tot een goede oplossing op grond van kennis die aangeleverd wordt via protocollen.

“Wat je met het Bloedaccidentenprotocol wil bereiken, is dat (...) iemand die geconfronteerd wordt met een bloedaccident weet hoe hij de zaak verder moet afhandelen ter preventie van zijn eigen welzijn”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

“Ze moeten weten dat ze bestaan, welke stappen ze voor hun eigen gezondheid moeten nemen, waar ze zich moeten melden en welke taken en verantwoordelijkheden ze zelf hebben en wat ze mogen verwachten van anderen. Bij MRSA moeten ze weten wat de signalen zijn waardoor je gaat denken aan een mogelijke MRSA-besmetting en welke procedure je dan moet volgen om uit te sluiten dat je omgeving risico loopt”. (Afdelingsmanager, Special Care/SEH, Z2)

Personeel moet weten hoe te handelen in een probleemsituatie. Bij een prikaccident is bovendien van belang dat personeel weet dat snel handelen de kans op besmetting reduceert.

“Ze moeten bij een prikaccident snel een paar dingen kunnen doen en die moeten ze meteen kunnen weten. Ze hebben een prikletsel en dan moeten ze niet hoeven zoeken wat moet ik doen, want dan is het te laat”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

Sommigen geven aan dat het niet zo zeer gaat om het kennen in de zin van “uit het hoofd weten”, maar dat het veeleer van belang is dat personeel in staat is risicosituaties te herkennen. Personeel moet uit de protocollen kunnen opmaken wanneer sprake is van een risico en vervolgens op basis van die kennis weten hoe die risico's te voorkomen zijn. Bij problemen die niet vaak voorkomen, zoals *MRSA*, kan ook niet verwacht worden dat personeel de benodigde kennis paraat heeft om doeltreffend te kunnen handelen. Door ervaring met incidenten zal uiteindelijk kennis verworven worden:

“Het *MRSA*-protocol is een protocol waar individuele mensen heel weinig mee te maken hebben in onze setting. Dus dat is een ongelooflijk moeilijk protocol om bekend te krijgen en te houden. Wat ik eigenlijk van belang vind is dat men weet, ho, iemand is in het buitenland geweest daar moet ik iets mee, met *MRSA*, ik ga dat nu opzoeken. Ik denk dat dat het hoogst haalbare is. Totdat iemand het een keer heeft meegemaakt dan zal het wel beter gaan. Maar dat protocol [*Accidenteel Bloedcontact*] moet natuurlijk ook niet 100% inhoudelijk bekend zijn. Ik denk dat dat niet kan. Personeel moet beseffen, ik prik me, bij wie moet ik wat gaan regelen”. (Artsmicrobioloog, Z3)

“Het belangrijkste is bij *MRSA* het herkennen, signaleren van problemen (...). Het probleem is dat als er weer een patiënt komt, een onbekende patiënt. Wanneer moet je bedacht zijn op *MRSA*, wanneer moet je wel wat doen en wanneer niet. Dan krijg je onder normale omstandigheden moet je dit en dat doen. En voor andere zaken bel op”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Van personeel wordt verwacht dat zij risicosituaties herkennen en dat ze weten dat er voor een bepaald probleem een regeling in de vorm van een protocol bestaat. Het protocol moet de kennis verschaffen die de gebruikers in staat stelt adequaat te handelen. De in het protocol beschreven maatregelen zullen niet dekkend zijn voor alle voorkomende praktijkproblemen. Dat betekent dat gebruikers soms naar analogie van de maatregelen een adequate handelingsstrategie moeten bepalen. Een van de penvoerders geeft aan dat gebruikers zich ervan bewust moeten zijn dat een protocol geen allesomvattend informatiemiddel kan zijn en dat zij zelf moeten bedenken welke oplossingen voor een gesignaleerd probleem mogelijk zijn:

“Je kan er niet alles mee met het protocol (...). Mensen moeten zich er van bewust zijn dat ze in het protocol kijken hoe het zou moeten. Ik hoop dat dit protocol [*nieuw MRSA-protocol*] zodanig is dat mensen ook zelf gaan nadenken, van dat staat er niet precies in maar met mijn gezonde verstand kan ik dat en dat bedenken (...). Dat je nog iets verder gaat dan de grenzen van het protocol zelf. Want het protocol houdt ergens op, maar de praktijk nooit”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

Attitudedoelen

Personeel moet niet alleen weten hoe te handelen maar ook daartoe bereid zijn. Met de protocollen wordt beoogd dat personeel beseft wat de risico's en de consequenties van besmetting voor zichzelf en de patiënt zijn. Sommige penvoerders merken op dat voor bewustwording een protocol niet afdoende is.

“Het is belangrijk dat mensen zich realiseren wat de problematiek is. Zich realiseren wat er gebeurt als je *MRSA* niet serieus neemt en wat voor consequenties dat heeft. Niet alleen voor jezelf maar met name voor de patiënt en op het moment dat je je het nut realiseert van een protocol, is het natuurlijk ook gemakkelijker om zo te werken en je te houden aan een protocol. De essentie van dit soort zaken ligt vooral op voorlichting (...). Als ik zie wat de respons is op hepatitis-B vaccinatie, dat was zo onvoorstelbaar slecht dat ik denk dat mensen zich niet realiseren wat de risico's zijn en er veel te gemakkelijk mee omgaan”. (Artsmicrobioloog, Z4)

De consequenties van een *MRSA*-besmetting zijn voor de gezondheid van personeel gering. Personeel moet zich ervan bewust zijn dat men door nonchalant gedrag *MRSA* over kan dragen op patiënten waar *MRSA* wel een bedreiging voor de gezondheid kan zijn.

“Het *MRSA*-protocol bewerkt veel meer het gegeven dat je dus voor een bepaalde cliëntengroep een bepaalde zorg moet leveren ter bescherming van de rest van de organisatie”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

Gedragsdoelen

De gedragsdoelen liggen in het verlengde van voornoemde doelen. Uiteindelijk moet bereikt worden dat het aantal infecties vermindert door doelmatig en doeltreffend te handelen. Doelmatig en doeltreffend handelen kan volgens informanten bereikt worden door standaardisering van de handelwijze en door explicitering van de verantwoordelijkheden.

“Het voorkomen van fouten, accidenten. Je probeert natuurlijk door zo'n protocol je kwaliteit van zorg te garanderen en te uniformeren, zodat iedereen ook weet waaraan die toe is. De kans op afwijkingen zo minimaal mogelijk is”. (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

“De verantwoordelijkheden en bevoegdheden moeten helder zijn. Op het moment dat wij met een *MRSA*-uitbraak geconfronteerd worden moet helder zijn wie wat moet doen. Het gaat er om dat er op zo'n moment eenheid in beleid is”. (Kwaliteitsfunctionaris Zorgclusters, Z5)

Volgens penvoerders en afdelingsleiders moet via een protocol bereikt worden dat personeel (althans medisch onderlegd) de voorgeschreven handelingen kan uitvoeren, zonder hulp of ondersteuning van een hygiënist of afdelingshoofd. In die zin gaat er een zekere opvoedende waarde uit van het protocol.

“Je hoopt dat mensen uiteindelijk zelfstandig goed met het protocol kunnen omgaan en dat je niet te veel begeleiding hoeft te geven”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

“Iemand die op de wasserij werkt, daarvan moet ik minder verwachten van wat hij zelf kan. Als hij zich prikt aan een naald op een verpleegafdeling, kan ik niet verwachten dat hij zelf de bron gaat analyseren en eventueel toestemming gaat vragen aan de patiënt (...). Ik denk dat 80% verzorgenden en verpleger is en van die mag je verwachten dat ze zelf een aantal stappen kunnen ondernemen”. (Afdelingshoofd IC, Z2)

Doeltreffend handelen impliceert dat van personeel verwacht wordt dat zij handelen volgens de in het protocol vastgelegde afspraken. Bij afwijkend gedrag dient het protocol als referentiekader voor het management en de overheid (b.v. inspectie; geschillencommissies) om te beoordelen of adequaat gehandeld is.

“Waar protocollen ook voor dienen is intercollegiale toetsing. Je kan toetsingsstudies doen en daar de protocollen als norm voor gebruiken (...). Groepen moeten bestuderen wat hun eigen rol is. De verantwoordelijkheid die beschreven staat in die protocollen, die moet in de praktijk toegepast worden”. (Clustermanager Beschouwende vakken, Z2)

Organisatie-doelen

Reductie van het aantal infecties is het uiteindelijk doel dat via de voornoemde doelen bereikt moet worden. Opmerkelijk is dat de minderheid van de informanten dit doel expliciet noemt, het wordt mogelijk niet direct als een primair doel van het instrument protocol beschouwd. Voor beleidsvertegenwoordigers dienen protocollen als middel om efficiënter en effectiever te werken, ongeacht de problematiek die het protocol beschrijft. Penvoerders en afdelingsleiders kennen aan de protocollen ook een PR-functie toe. Voorkomen moet worden dat een ziekenhuis een *MRSA*-stigma krijgt. Dit speelt vooral in de grensziekenhuizen Z1, Z2 en Z5. omdat er een frequente uitwisseling van personeel en patiënten plaats vindt en in de omringende landen een minder stringent *MRSA*-beleid gevoerd wordt.

“We zitten hier in een hele moeilijke regio. Ingeklemd tussen Duitsland en België. In het buitenland wordt er nauwelijks aandacht aan besteed en we hebben hier te maken met werknemers uit België. En hoe ga je daarmee om, als ze in Belgische ziekenhuizen komen en hier werken?” (Clustermanager OK, Z1)

Door middel van protocollen kan aangetoond worden dat aan de wettelijke vereisten voldaan is, wat van belang is in geval van een claim of geschil. De verantwoordingsverplichting en het creëren van een positief beeld van de organisatie zijn doelen die niet alleen bereikt moeten worden met preventieprotocollen maar met regelgestuurde protocollen in het algemeen.

Verondersteld gebruik

Aan informanten is gevraagd welk gebruik beoogd wordt met de protocollen. Ook bij deze vraag kunnen informanten een of meerdere antwoorden geven. Tabel 6.7 bevat een overzicht van het protocolgebruik zoals informanten zich dat voorstellen.

Uit tabel 6.7 komt naar voren dat het merendeel van de informanten verwacht dat protocollen als leidraad gebruikt worden voor de te verrichten handelingen in probleemsituaties en als naslagwerk dienen voor het opzoeken van achtergrondinformatie wanneer daar behoefte aan is. Een aantal punten valt op. Ten eerste, er is weinig variatie in de onderscheiden gebruiksmogelijkheden (hoofdzakelijk leidraad en naslag). Ten tweede, sommige afdelingsleiders en beleidsvertegenwoordigers kennen aan de protocollen geen gebruiksfunctie toe en ten derde, protocollen zouden gebruikt kunnen worden als een beoordelingsinstrument bij geschillen. De genoemde gebruiksmogelijkheden zullen vooral gebaseerd zijn op ervaringen met het functioneren van protocollen in de praktijk. Dat

Tabel 6.7 Overzicht verondersteld gebruik van protocollen (MRSA, Accidenteel Bloedcontact; n= 48)

Verondersteld gebruik (open vragen)	Penvoerders	Afdelingsleiders	Beleidsvertegenwoordigers (kwaliteitszorg)
	n=13	n=23	n=12
leidraad handelwijze bij problemen	11	12	7
opzoeken van achtergrondinformatie	4	7	2
beoordeling, toetsing bij afwijkend gedrag	0	2	2
geen gebruik	0	5	2

verklaart mogelijk de verschillen in beoogd gebruik tussen afdelingsleiders en penvoerders. Afdelingsleiders staan immers dicht bij de werkvloer. Aan de andere kant kan “geen gebruik” duiden op een opvatting dat als personeel weet hoe te handelen, de stap van raadplegen van een protocol overbodig is.

Leidraad handelwijze bij problemen

Alle informanten geven aan dat de protocollen dienen als leidraad bij problemen. Verwacht wordt dat protocollen gebruikt worden op het moment dat er sprake is van een probleem en acuut handelen vereist is. Bijvoorbeeld om na een accidenteel bloedcontact te kunnen bepalen welke handelingen men moet uitvoeren. De gedachtegang die naar voren komt is dat informanten verwachten dat personeel weet dat er een regeling over een bepaald probleem bestaat en dat in zo'n situatie automatisch het protocol gepakt wordt om na te gaan wat zij moeten doen in die situatie. Het automatisme om bij een acuut probleem een protocol te raadplegen, wordt met name door de penvoerders verondersteld.

“Je moet gewoon weten dat het protocol bestaat. Het moet in je ruggenmerg zitten dat zodra er een probleem zich voordoet van ik moet in het protocol kijken. Aan de hand van het protocol moet iedereen kunnen opzoeken wat nodig is in die situatie”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Enkele informanten (afdelingshoofden) merken daarentegen op dat in geval van een accidenteel bloedcontact personeel wel bekend is met de acties die direct van belang zijn na het accident. Het protocol wordt gebruikt om achteraf zelf of met een afdelingshoofd te controleren of de juiste handelingen uitgevoerd zijn.

“Bij een bloedaccident is meestal wel bekend hoe je moet handelen. Eigenlijk is het retrospectief, men kan dus nog even nachecken of men juist gehandeld heeft”. (Hoofd OK, Z4)

“Op het moment dat iemand zich geprikt heeft en ik ben aanwezig dan ga ik na wat ze gedaan hebben (...). Dan lezen we samen het protocol en dan gaan we na welke acties er nog ondernomen moeten worden”. (Hoofd Chirurgie, Z4)

Het MRSA-protocol dient volgens informanten als handleiding op het moment dat men met MRSA geconfronteerd wordt. In sommige situaties worden geen acute handelingen vereist (zoals bij een geplande opname van een van MRSA-verdachte patiënt) in andere moet direct een besluit genomen (afweging van een indicatiestelling voor isolatie; screening van personeel en sluiting afdelingen bij een epidemie).

“Zo af en toe hebben we een *MRSA*-patiënt en het eerste wat je dan doet is het protocol grijpen. Want dat kun je allemaal niet onthouden, hoe of wat (...) pas wanneer het van toepassing is dan wordt het ter hand genomen”. (Afdelingsmanager Heelkundige afdeling, Z2)

Als protocollen worden gebruikt dan is dat, zeker in het geval van een accidenteel bloedcontact, in situaties die vaak direct om een juiste actie of beslissing van personeel vragen. Wanneer protocollen beschikbaar zijn in een digitale omgeving, is de verwachting dat sneller inzichtelijk is bij welk soort probleem welke acties relevant zijn. Dergelijke voorzieningen blijken voornamelijk toekomstmuziek.

“Zodra ze een vraag hebben over *MRSA* gaan ze kijken of het van toepassing is op hun situatie, en als dat zo is dan kunnen ze vanuit die plek [*in de cd-rom*] naar de protocollen toe die ze op dat moment nodig hebben. Je moet het oude protocol eigenlijk kennen voor je weet wat je moet doen, hierbij [*cd-rom*] stuur je meer de vraag en geef je beslisopties”. (Artsmicrobioloog, Z5)

“Bij signalering van een *MRSA* dient binnen een uur deze groep mensen bijeen te zijn en dan moet bijvoorbeeld de Civiele Dienst een aantal dingen geregeld hebben. Dan klik je daarop en dan krijg je daaronder wat de Civiele Dienst dan allemaal moet regelen (...). Maar dat systeem moet nog goed geregeld worden”. (Voorzitter Protocollen Commissie, Z1)

Opzoeken achtergrondinformatie

Personeel moet in staat zijn om informatie op te zoeken als zij behoefte hebben aan meer achtergrondinformatie. Dit gebruik is niet gebonden aan een acute situatie waarin snel beslissingen genomen moeten worden. Behoeft aan achtergrondinformatie is volgens informanten wel gelieerd aan incidenten. Personeel dat een in aanraking is geweest met bloed of een behandeling moet ondergaan of zelf *MRSA*-positief is, wil meer informatie over de problematiek en de risicofactoren en de consequenties van een besmetting.

De afdelingsvoorschriften dienen volgens sommige afdelingsleiders als leidraad voor de handelingen. Protocollen worden alleen geraadpleegd als men over bepaalde zaken meer informatie zou willen. Het protocol heeft dan louter een naslagfunctie.

“Als er *MRSA* is moeten ze in ieder geval dit pakken [*afdelingsvoorschrift OK*]. Als ze meer achterliggende informatie willen moeten ze het protocol pakken”. (Hoofd OK, Z4)

“Het protocol is denk ik meer een naslagwerk. Bij een bloedaccident pakken we de checklist voor de verwonde omdat je op dat moment direct antwoord wil hebben”. (Afdelingsmanager, Z2)

“Sommigen willen meer weten wat er aan de hand is. Die kunnen in het protocol gaan zoeken. Maar ze hoeven dus eigenlijk alleen te onthouden het schoonmaken en desinfecteren van de wond en het invullen van het meldingsformulier”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

Beoordeling, toetsing gedrag

Het gebruik van een protocol als beoordelingsinstrument is niet vaak genoemd, maar wel interessant uit het oogpunt dat protocollen in toenemende mate beschouwd worden als een instrument dat een rol speelt bij geschillen over de gevolgde handelwijze. Het gaat dan om

situaties waarin het niet nakomen van afspraken tot problemen heeft geleid. In dergelijke situaties wordt het protocol gebruikt om vast te stellen of sprake is van een bewuste overtreding van regels.

“Als er iets mis gaat dan is het aan het management om te beoordelen wie zich wel of niet aan het protocol gehouden heeft (...). Als er iets mis gaat zouden protocollen ook moeten dienen als toetsing van ja is alles zo gegaan zoals het hoort”. (Clustermanager Beschouwendes vakken, Z2)

Geen gebruik

Slechts enkelen kennen aan de protocollen geen gebruiksfunctie toe. Personeel raadpleegt na een accident of bij twijfels over de handelwijze het afdelingshoofd of de ziekenhuishygiënist in plaats van een protocol.

“Personeel dat zoekt niet in die protocollen. Die krijgen persoonlijke informatie en ze hebben een roze kaart [voor *Isolatievoorschriften*] die pakken ze dan”. (Hoofd Civiele Dienst, Z1)

Het gebruik van het protocol lijkt afhankelijk van de mate waarin een handeling als ingesleten beschouwd kan worden. Bij handelingen die veelvuldig voorkomen, is volgens sommige informanten (met name bij afdelingshoofden) protocolgebruik niet meer nodig, omdat personeel inmiddels wel weet hoe te handelen. De handelingen die direct na een accidenteel bloedcontact uitgevoerd moeten worden, worden als een routinehandeling gezien. Dat geldt ook voor de preaccidentmaatregelen. *MRSA* komt incidenteel voor. Kennis over die maatregelen zakt weg en zal bij elk incidenten via het protocol weer opgefrist moeten worden.

“Voor ons komt *MRSA* niet zo vaak voor. Je kan ook niet de hele dag in protocollen lopen te kijken. De gangbare protocollen, zoals een prikprotocol, moet je gewoon in je hoofd hebben. Maar specifieke protocollen, daar is een protocol ook voor bedoeld die moet je niet in je hoofd hebben”. (Hoofd IC, Z3)

“Wat vaak voorkomt daar wordt geen protocol meer voor gebruikt. Dat zit tussen je oren. Wat incidenteel voorkomt daar pak je de klapper nog eens voor en dan wordt gekeken van o ja moest dat zo. Ik denk dat het nog wel eens zou kunnen dat voor zaken die weinig voorkomen dat daar beter volgens protocollen gewerkt wordt, zoals bij *MRSA*”. (Ziekenhuishygiënist, Kwaliteitsfunctionaris, Z4)

6.2.4 Ontwerpstrategie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe penvoerders de protocollen afgestemd hebben op de onderscheiden doelen, doelgroepen en op het verondersteld gebruik. Eerst wordt het ontwerpproces gekarakteriseerd omdat dit als referentiekader dient voor de afstemming op doel, doelgroep en gebruik. Daarna wordt ingezoomd op activiteiten die uitgevoerd zijn om de protocollen qua vorm en inhoud te laten beantwoorden aan de onderscheiden doelen, doelgroepen en het verondersteld gebruik.

Karakterisering ontwerpproces

Aan de hand van de door penvoerders vervaardigde protocollen is het ontwerpproces gereconstrueerd. Gevraagd is wat zij gedaan hebben om de protocollen te laten beantwoorden aan de onderscheiden doelen, doelgroepen en het beoogde gebruik. Deze benadering bleek wat betreft het herinneringsaspect nauwelijks problemen op te leveren. Penvoerders hebben veel ervaring met het schrijven van protocollen, zijn zeer betrokken bij het resultaat ervan (functioneren de protocollen?) en bleken, ten tijde van het onderzoek, nog bezig met het bijstellen van de protocollen of onderdelen ervan. Vragen over de ratio achter de gevolgde aanpak waren daarentegen tamelijk confronterend. Voor penvoerders is het afstemmen van protocollen op doelen, doelgroepen en gebruik een proces dat gestuurd wordt door ervaringen met wat naar hun inschatting in de praktijk schijnt te werken. Beslissingen over inrichting en vormgeving worden gemotiveerd als voor de hand liggend.

“We hebben ons niet van te voren gerealiseerd van dit moet daarop gericht zijn en dat moet dus daaraan voldoen (...). Ik heb die kennis gewoon niet”. (Artsmicrobioloog, Z5)

“De doelgroep is gewoon automatisch aangenomen, voor de hand liggend dachten wij, of niet soms?”. (Artsmicrobioloog, Z2)

De protocollen blijken tot stand te komen volgens een stramien dat grotendeels geïnstitutionaliseerd is (schrijven en ter beoordeling voorleggen aan de infectiecommissie) en vooral gericht is op het verkrijgen van consensus bij leidinggevenden of staffunctionarissen. Een oriëntatie op de uitvoerbaarheid van de protocollen vindt plaats als overeenstemming bereikt is over de inhoud. Het protocolleren is in de ogen van penvoerders toch vooral een proces dat te kenmerken is als het vastleggen van een regeling.

“Eerst bediscussiëren wij met ziekenhuishygiëne de inhoud. Pas dan kun je gaan beginnen aan het echte protocolleren [*regeling vastleggen*]. Dat kost inhoudelijk gezien al heel veel tijd. Als dat gedaan is dan is de volgende stap van hoe ga je het organisatorisch allemaal regelen. Welke randvoorwaarden heb je (...). Als er staat dat als een *MRSA*-patiënt op de EHBO geweest is dan moet je desinfecteren, dan moet je natuurlijk wel in het weekend de huishoudelijke dienst kunnen waarschuwen. Of als je zegt als op de OK de *MRSA*-patiënt niet naar de recovery mag voor nabehandeling, maar nabewaakt moet worden op de OK dan moet het personeel daar wel voor kunnen zorgen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Je probeert toch altijd zoveel mogelijk te beschrijven zoals je denkt dat je inhoudelijk voldoet aan de normen, die van de *WIP*, van de gezondheidsraad en dat je dan toch zoveel mogelijk toespitst op de ziekenhuissituatie. Ik probeer voor iedereen zo duidelijk mogelijk te zijn, dat doe je onbewust”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

De in de ziekenhuizen vastgelegde protocolleringsafspraken (hoofdstuk 5) blijken voornamelijk geen leidraad voor het opstellen van de protocollen. Deels omdat de afspraken nog in ontwikkeling zijn, deels omdat in de organisatie dergelijke afspraken nog geen gemeengoed zijn:

“Bij het ontwikkelen van een protocol moet je voor de lay-out de richtlijn voor protocollen wel hanteren (...). Je moet het doel vermelden en je hebt een indeling zoals het systeem

voorschrijft (...). Je moet ook bij het ontwikkelen gelijk een implementatie- en evaluatietraject vaststellen. Dat loopt nog niet goed, maar ik gebruik het wel voor mezelf. Ik zeg wel van goed, zo gaan we het implementeren.” (Ziekenhuishygiënist, Z4)

Uit de reconstructie van het ontwerpproces komt naar voren dat in de vijf ziekenhuizen een vergelijkbare aanpak gehanteerd wordt. Het ontwerpproces is te karakteriseren als een geïnstitutionaliseerd topdown-proces, waarbij beslissingen over inrichting en vormgeving gebaseerd zijn op opgebouwde ervaringen en expertoordelen. In eerste instantie is het proces gericht op het verkrijgen van overeenstemming over de inhoud, waarbij het voldoen aan regelgeving voorop staat (*afstemming op regelgeving*). Toespitsing op de doelgroep vindt plaats als inhoudelijk overeenstemming bereikt is, waarbij de verantwoordingsplicht op gespannen voet staat met het afstemmen op de praktijk (*afstemming op doelgroep*). Door een staf-lijnoverleg (beoordeling infectiecommissie) en het inschakelen van ervaringsdeskundigen wordt getracht consensus te verkrijgen over de voorgenomen preventie maatregelen (*afstemming op aanvaardbaarheid*). Afstemming op de uitvoerbaarheid van de protocollen voor gebruikers vindt plaats op basis van inschattingen over wat tekstueel gezien de bruikbaarheid van de protocollen kan bevorderen (*afstemming op gebruik*). Gestreefd wordt om de protocollen af te stemmen op de in de organisatie aanwezige systeem voor documentbeheer (*afstemming op documentbeheer*).

Afstemming op regelgeving

Bij de keuze van de inhoudselementen staat het voldoen aan regelgeving centraal, voor zover dat door de penvoerders haalbaar wordt geacht.

De inhoudsvorming vindt plaats aan de hand van:

- Landelijke richtlijnen voor het opstellen van protocollen.
- Protocollen uit andere ziekenhuizen.
- Overleg met professionals/experts.

Richtlijnen van de Werkgroep Infectiepreventie (Accidenteel Bloedcontact, *MRSA*, zie hoofdstuk 1) en de procedure van het Landelijk Coördinatiecentrum Infectieziekten (*LCI*; Accidenteel Bloedcontact) dienen als referentiekader voor het bepalen van de inhoud van de protocollen. In eerste instantie wordt getracht de protocollen conform de richtlijnen op te stellen. De inhoudelijke thema's en preventieadviezen worden overgenomen voor zover ze stroken met principes die de experts, de penvoerders of de infectiecommissie hantieren en voor zover ze van toepassing zijn op de lokale situatie. Hoewel de richtlijnen geen juridische status hebben, moet volgens penvoerders beargumenteerd worden wanneer ervan afgeweken wordt.

Het voldoen aan regelgeving staat soms op gespannen voet met het doel de protocollen af te stemmen op de praktijk. In de ziekenhuizen Z2, Z3 en Z4 is door penvoerders bewust afgeweken van de richtlijnen, omdat ze niet uitvoerbaar worden geacht. Deze situatie doet zich vooral voor bij de *HIV*-procedure.

“De *WIP*-Richtlijnen hebben een aardige status in Nederland. Maar de recente *WIP*-richtlijnen zijn nauwelijks meer op de praktijk gericht. Op het moment dat ze niet meer pragmatisch zijn dan vervalft hun status (...). *LCI* richt zich toch een beetje op de eerste lijn en wij moeten protocollen maken voor ziekenhuizen. Het *LCI* is natuurlijk vanuit het minis-

terie, dus dat komt met een bombardement aan documenten en de *WIP* is relatief low-key en heeft de status op zijn merites, maar heeft niets officieels, wordt niet gedragen vanuit het ministerie”. (Artsmicrobioloog, Z3)

“Iedereen moet kunnen aantonen dat je je aan de *WIP*-richtlijnen houdt (...) en als je ervan afwijkt moet je daar een goed argument voor hebben. Van de *LCI*-richtlijn zijn we behoorlijk afgeweken, maar daar hebben we ook correspondentie over gehad met het *LCI*. Want zij vragen dingen of suggereren dingen die naar ons idee veel te ver voeren. Die voor onze provincie niet zo relevant zijn en die de kosten enorm opdrijven en dat hebben we gezegd en beargumenteerd. (...). Wij hebben gezegd als de bron onbekend is dan gaan we er vanuit dat ze negatief zijn voor *HIV*. In het *LCI* roepen ze dan, we gaan er vanuit dat diegene positief is. Dat is echt een verschil”. (Artsmicrobioloog, Z3)

De genoemde richtlijnen dienen als uitgangspunt voor het bepalen van de onderdelen die in de protocollen aan bod moeten komen. Beslissingen over inhoud worden genomen op grond van professioneel inzicht en reeds opgedane ervaringen met het protocolleren.

“We hebben eigenlijk gewerkt vanuit het protocol dat de hygiënist heeft opgesteld (...). Toen kwam de nieuwe richtlijn uit en zijn we gaan sleutelen om dat protocol van de hygiënist daarop te laten aansluiten en daarbij is ook wel iets aan de lay-out gerommeld, maar we hebben niet voor ogen gehad een protocol moet zo en zo een lay-out hebben. Dit zijn gewoon de onderwerpen die je op volgorde behandelt (...). Dat hebben we vanuit onze professionaliteit bedacht”. (Artsmicrobioloog, Z3)

Penvoerders raadplegen protocollen uit andere ziekenhuizen als vergelijkingsmateriaal, als het om nieuwe regelingen gaat (zoals *MRSA*, *HIV*-procedure). De protocollen worden besproken met hygiënisten of arts microbiologen in een regionaal overleg ter verkrijging van consensus over wat volgens de professionele norm en inzichten regionaal realiseerbaar is.

“In een aantal ziekenhuizen, grote en academische, heb ik *MRSA*-protocollen opgehaald. We hebben regionaal overleg gehad en de *MRSA*-protocollen vergeleken en de verschillen bekeken. Het bloedaccidentenprotocol daar is een bijna letterlijk voorschrift van de inspectie van hoe het moet, het *LCI*-protocol”. (Artsmicrobioloog, Z2)

Afstemming op doelgroep

Volgens penvoerders zijn de protocollen voor een brede doelgroep, in feite voor iedere werknemer, bedoeld. Uit de interviews blijkt dat de protocollen vooral vanuit de optiek van de grootste gebruikersgroep, de verpleegkundige, opgesteld zijn. Aangezien de problematiek ziekenhuisbreed is, er verlangd wordt dat iedereen op de hoogte is van de preventiemaatregelen en eenduidig handelen voorop staat, vindt geen verdere toespitsing op gebruikersgroepen plaats.

“In eerste instantie was het protocol [*MRSA*] hoofdzakelijk gericht op de verpleegkundigenzorg. Maar we moeten het ook ziekenhuisbreed doen”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

“Daar [*doelgroepbepaling*] houden wij niet zo'n rekening mee. We kijken meestal naar de grootste doelgroep en dat zijn meestal de verpleegkundigen. En op dat niveau zijn ze geschreven”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

De verpleegkundige beroepspraktijk dient als uitgangspunt voor de presentatie van de informatie in de protocollen, volgens penvoerders. Dat geldt vooral voor de hygiënisten. Uit de taakverdeling (zie paragraaf 6.2.1) valt op dat het vooral de hygiënist is die zorg draagt voor afstemming van de protocollen op de praktijk, aangezien arts microbiologen minder dicht bij de werkvloer staan. De hygiënisten (soms zelf verpleegkundigen) hebben de meeste affiniteit met de verpleegkundige beroepspraktijk.

Mogelijk is dat niet zozeer de verpleegkundige beroepspraktijk als norm dient voor de beschrijving van de maatregelen, maar dat penvoerders vooral zichzelf als voorbeeld van de doelgroep stellen. Sommige penvoerders blijken als hulpverlener ingeschakeld te worden bij behandeling van accidenten of als vraagbaak te dienen bij *MRSA*-problemen. Het protocol of onderdelen ervan dient dan als leidraad voor hun handelwijze bij hulpverlening.

“Die beslisboom [voor afweging van risico's na een accidenteel bloedcontact] die is alleen voor mij bedoeld. Anders krijg je dat ze dat zelf gaan doen (...) en ze weten wel dat er weinig risico's zijn voor *HIV* en hepatitis-C. (...). Dat geldt alleen in noodgevallen, als ik er niet ben. Dan moeten ze dus die beslisboom nalopen en daar kan eigenlijk niet zo veel fout gaan”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

Penvoerders staan hiërarchisch gezien buiten de lijnorganisatie. Het is mogelijk dat zij zich daardoor minder goed kunnen verplaatsen in de gebruikers van protocollen, wat als gevolg heeft dat men zich zelf al dan niet bewust als voorbeeld neemt bij de beschrijving van de te verrichten handelingen.

Afstemming op aanvaardbaarheid

Als overeenstemming bereikt is over de inhoudselementen wordt getracht consensus te bereiken bij praktijkvertegenwoordigers. Het accent ligt dan op aanvaarding van de protocollen en indirect ook op afstemming ervan op de doelgroep. Ter verkrijging van consensus over de preventie maatregelen zijn de volgende acties uitgevoerd:

- Beoordeling van concepten door infectiecommissie.
- Informeel overleg met ervaringsdeskundigen, betrokkenen.

Beoordeling door infectiecommissie

Het beoordelingsproces vindt in alle ziekenhuizen volgens een vast patroon plaats conform de afspraken over protocolleren. Penvoerders leggen de concepten ter bespreking voor aan de infectiecommissie. De concepten worden tijdens de vergadering plenair besproken. Na een akkoordverklaring door de infectiecommissie worden de protocollen ter goedkeuring voorgelegd aan de directie. De rol van de directie in het beoordelingsproces is gering. Doorgaans worden protocollen door de directie goedgekeurd als de infectiecommissie ermee akkoord gaat. Vervolgens worden de protocollen aan de medische staf en afdelingshoofden gestuurd met een verzoek tot implementatie. In feite is daarmee het formele beoordelingsproces afgerond.

“Tekstueel is het nagekeken door vertegenwoordigers van de doelgroepen. Het is door de gehele infectiecommissie bekeken. Als er onduidelijkheden in stonden, kon dat dus aangegeven worden door iedere vertegenwoordiger”. (Artsmicrobioloog, Z2)

De infectiecommissie vertegenwoordigt de lijn-staforganisatie: de leden vertegenwoordigen de medische staf, ondersteunende diensten (laboratoria, apotheek) en verpleegkundigen, via afdelingshoofden. Verwacht wordt dat de leden hun achterban raadplegen om de uitvoerbaarheid van het protocol op de werkvloer te beoordelen. Dat gebeurt niet altijd waardoor problemen pas na invoering aan het licht komen. Incidenteel, bij twijfels over de uitvoerbaarheid, schakelen penvoerders vertegenwoordigers van gebruikers in door het conceptprotocol met hen te bespreken of voeren een knelpuntenonderzoek uit als blijkt dat afdelingshoofden de protocollen achteraf (na akkoordverklaring door infectiecommissie) toch onuitvoerbaar vinden.

“Wij vragen altijd alle mensen in de infectiecommissie hun achterban te raadplegen. Dus we doen nooit geheimzinnig over de protocollen (...). Iedereen mag het protocol aan iemand anders laten zien omdat je alle informatie boven tafel wil krijgen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Ik maak een voorstel, dan spreek ik het nog even door met de arts microbioloog en dat concept komt in de infectiecommissie. Nou dan komen er weer dingen uit, van dit moet anders, dan stel ik het weer bij en komt het weer in de infectiecommissie totdat we een goed werkbaar protocol hebben. Als de infectiecommissie akkoord gaat, dan ga ik kijken op de werkvloer van kunnen jullie hiermee zo uit de voeten. Soms is dat ook tegelijk, dat ik het voorleg aan de spoedeisende hulp of aan mensen die ermee moeten werken”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

Informeel overleg met ervaringsdeskundigen, betrokkenen

Penvoerders voeren overleg met ervaringsdeskundigen en personen die cruciaal zijn voor een succesvolle uitvoering van protocollen. Het doel van het overleg is het verkrijgen van medewerking voor de maatregelen: zijn de maatregelen qua personele belasting, beschikbare voorzieningen en benodigde kosten realiseerbaar? De personen zijn door de penvoerders zelf of in overleg met de infectiecommissie ingeschakeld. Deze procedure vindt niet structureel plaats, maar op het moment dat penvoerders of leden van de infectiecommissie daar de noodzaak van inzien. Dat kan zijn om een impasse te doorbreken over financiële of juridische problemen of om vroegtijdig zicht te krijgen op de voorzieningen die nodig zijn om de maatregelen überhaupt uit te kunnen voeren.

Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact is voor een goede opvang en behandeling van getroffen werknemers medewerking vereist van de bedrijfsarts of verpleegkundigen van de Eerste Hulp en internisten of arts-assistenten. Met genoemde functionarissen is overleg gevoerd over de bereidheid om mee te werken aan behandeling van accidenten:

“Het [*accidenteel bloedcontact*] is denk ik gevoelsmatig een heel lastig onderwerp. Waarbij je ook medewerking van de clinici nodig hebt. Dat bleek in eerste instantie niet zo te lukken en nu blijkt dat wel. Ik dacht dat we recent op dat punt consensus hadden (...). Het inschatten van het risico voor *HIV* dat kan alleen maar een clinicus doen en toen hebben ze een van de internisten gevraagd. Want een aantal leden van de infectiecommissie willen dat de inter-

nisten geprotocolleerde handvatten krijgen waarop zij de risico-inschatting moeten doen”. (Artsmicrobioloog, Z4)

Bij de *MRSA*-protocollen is overleg gevoerd met ervaringsdeskundigen (afdelingshoofden met ervaring met *MRSA*) en met personeel van afdelingen waar een specifiek *MRSA*-beleid voor nodig is (Intensive Care, Operatie Kamer, Civiele Dienst). Het doel van dat overleg is zicht te krijgen op voorzieningen (tijd, middelen, personeel) die nodig zijn om te garanderen dat de protocollen überhaupt uitgevoerd kunnen worden.

“Ik wil A. [*afdelingshoofd*] ernaar [*MRSA-protocol*] laten kijken of vragen of hij het aan een paar mensen wil laten zien. A. is ervaringsdeskundige, dan wordt het protocol dusdanig bijgesteld dat het een protocol van Z5 wordt en daarna gaat het naar de infectiecommissie”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Het belang van het bereiken van consensus over materiële of personele voorzieningen wordt soms onderschat of genegeerd, omdat de behoefte aan een regeling domineert. In een van de ziekenhuizen bleek dat het negeren van weerstand uiteindelijk toch resulteerde in het uit de roulatie nemen van het protocol.

“Er is weerstand gekomen, dat hadden we van te voren niet helemaal goed ingeschat. Dat was dus die uitvoering door de Eerste Hulp. In de praktijk bleek dat toch veel knelpunten op te leveren. In eerste instantie hebben we dus ook maar een nieuwe noodprocedure gemaakt [*checklijst arts-assistenten*] (...). En toen hebben we de arts-assistenten die hebben daar een rol in [*opvang accidenten bij de Eerste Hulp*] en ander medewerkers van de Eerste Hulp die hebben we van te voren bij elkaar laten komen om het nog eens uit te leggen wat zij moesten doen en toen is het geaccepteerd”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

“De weerstanden bij de uitvoering van *HIV-PEP* hebben we aangegeven, maar het protocol is toen toch geïntroduceerd. Ook om tijdsdruk. Ja en die weerstanden zijn duidelijk voelbaar geworden tijdens de uitvoering”. (Artsmicrobioloog, Z2)

Afstemming op gebruik

Penvoerders streven, volgens de onderscheiden doelen, ernaar dat de gebruikers in staat zijn om zelfstandig aan de hand van de protocollen te bepalen welke handelingen voor hen van belang zijn. Via onderstaande strategieën is geprobeerd om aan de genoemde doelen tegemoet te komen. De aanpassingen zijn gebaseerd op de inschatting van penvoerders dat op die manier de uitvoerbaarheid van protocollen te bevorderen is.

- Verhelderen van risicosituaties.
- Streven naar volledigheid.
- Streven naar eenduidigheid.
- Streven naar eenvoud.

Verhelderen van risicosituaties

In de inleiding van de *MRSA*-protocollen of in begeleidende brieven is in een aantal gevallen uiteengezet hoe overdracht van *MRSA* plaats vindt en waarom maatregelen noodzakelijk zijn. In een aantal protocollen Accidenteel Bloedcontact is gedefinieerd in welke situatie er sprake is van een accident. Deze informatie is enerzijds bedoeld om werknemers

een handvat te geven voor een beslissing over de te nemen stappen (wel/geen acties), anderzijds om personeel te laten inzien dat een spat- of slijmvliescontact ook tot de risicomogelijkheden kan horen. Een accidenteel bloedcontact wordt vaak alleen geassocieerd met een “prikwonding”.

“Dit [*definitie accidenteel bloedcontact*] is wat wij verstaan onder accidenteel bloedcontact. Gewoon de definities. Die moet je mensen wel geven natuurlijk. Je moet voor zijn dat men denkt, nou ik heb alleen maar een spat-accident, dat is dus niks (...). Ze moeten weten wat een prik-accident is, welke risico's we aan denken en wat ze moeten doen en voor de rest moeten ze weten waar ze dingen kunnen opzoeken en vragen”. (Artsmicrobioloog, Z3)

Streven naar volledigheid

De protocollen zijn voor een brede doelgroep bestemd. Volgens de onderscheiden doelen dient iedereen uit de protocollen te kunnen opmaken wat relevante handelingen zijn in een bepaalde probleemsituatie. De grote lijn van een protocol, dat wil zeggen de inhoudselementen, is een selectie van de regelgeving. Bij de beschrijving van de werkwijze vindt een zekere detaillering plaats door diverse praktijksituaties in het protocol op te nemen. Het aanbod aan praktijkscenario's neemt toe, naarmate er meer ervaring met de problematiek is opgedaan.

“We hebben voor het regionale [*MRSA*] protocol een aantal praktijkvragen verzameld. Zo van moet de röntgenapparatuur in de kamer of buiten de kamer gedesinfecteerd worden? Wat moet een moeder met een kind dat in isolatie ligt voor *MRSA* zelf doen? Wat betekent *MRSA* voor zwangere medewerkers? Een verpleegkundige blijkt drager te zijn en haar echtgenoot werkt in een ander ziekenhuis. Dat soort dingen komen uit de praktijk en die hebben we geprobeerd te beantwoorden. We hebben al aardig wat ervaring met praktijkvragen (...). Hoe meer *MRSA*, hoe meer specifieke vragen”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

De behoefte aan volledigheid leeft vooral bij hygiënisten of verpleegkundigen (vertegenwoordigd in de infectiecommissie), wat voorstelbaar is omdat veel praktijkvragen bij hen terecht komen. Artsmicrobiologen willen meer ruimte overlaten voor eigen interpretaties, omdat de regeling soms dermate gecompliceerd is dat geen pasklare of dwingende oplossingen te geven zijn. Gebruikers dienen volgens hen zelf op basis van professionele kennis en inzicht beslissingen te nemen. Het protocol dient daartoe een aantal opties te presenteren. Gedoeld wordt op situaties zoals het inschatten van een risico en het vaststellen of vervolgacties gewenst zijn. Dat zijn overigens wel beslissingen die door experts genomen worden: (arts)assistenten, internisten of daarvoor opgeleide verpleegkundigen.

“Het probleem is dat er een aantal mensen zijn die het protocol willen overprotocolleren (...). Een aantal leden van de infectiecommissie wil gewoon stapsgewijs op papier gaan zetten wat de internist moet doen. Nou dan denk ik dat je a) een internist nooit hoeft te vertellen hoe hij zijn werk moet doen, b) dat je moet uitkijken met het protocolleren (...). Ik denk dat je het risico loopt dat je dingen vergeet, want heel veel zaken die kun je gewoon niet vastleggen (...). Je loopt het risico dat je dingen gaat vastleggen die niet reëel zijn. Die moet je over laten aan het gezonde verstand van diegene die moet beoordelen. Ik wil dat niet zien als afschuiven naar de internist. Dit is gewoon een heel lastige materie (...). Wat mij betreft is er een protocol dat gewoon niet anders is dan in andere ziekenhuizen en dat heel veel ruimte laat voor eigen interpretatie en ik vind dat je dit alleen maar kunt oplossen door bij elk accident an sich heel goed op te schrijven wat de overwegingen zijn (...) achteraf evalu-

atie en overleggen met het *HIV*-team van wat hadden jullie gedaan in deze situatie?”. (Arts-microbioloog, Z4)

In de discussie over volledigheid speelt de vraag of een protocol een reglement moet zijn voor alle denkbare situaties of meer een afwegingsinstrument voor het nemen van verantwoordelijke beslissingen. In het eerste geval wordt met het protocol gestreefd naar een soort draaiboek dat in alle situaties de handelwijze regisseert. Het “overprotocolleren” komt vermoedelijk voort uit een behoefte om zich in te dekken tegen allerlei vragen uit de praktijk. In het tweede geval wordt beoogd dat het protocol voor experts een acceptabele richtlijn is. Acceptabel, omdat voor bepaalde maatregelen ook een gebrek aan bewijskracht is. Het protocol is dan niet zo zeer een voorschriftboek maar een compromis over een best werkbaar aanpak.

“De ziekenhuishygiëne heeft de neiging om heel streng te zijn. Aan de andere kant heb je de specialisten die pragmatisch werken en gevaar van overdracht [*van MRSA*] weg wuiven. Het probleem is dat er weinig bewijslast is voor een hele hoop handelingen die je doet. Eigenlijk is het een soort committent om het samen zo goed mogelijk te doen”. (Artsmicrobioloog, Z2)

“Wat we gedaan hebben is de [*nieuwe*] protocollen zo simpel en doorzichtig mogelijk houden. Daar hebben we heel lang bij stil gestaan. Wat moet er in, niet te veel informatie en wat is simpel? Want hoe meer je erin stopt des te meer weerstand je krijgt. Daar heb ik wel rekening mee gehouden”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Streven naar eenduidigheid

Eenduidigheid heeft betrekking op de uniformering van de werkwijze en op de standaardisering van de vormgeving van de protocollen. Uniformering van de werkwijze is een behoefte die met de protocollen nagestreefd wordt, daarmee wordt bedoeld dat uitgaande van een probleem personeel op vergelijkbare wijze handelt. Het protocol moet daarop aansturen door de werkwijze zodanig te beschrijven dat iedere werknemer dezelfde route volgt bij een incident.

“Ik denk dat bepaalde zaken geprotocolleerd moeten worden omdat het anders een zootje wordt. Het geeft duidelijkheid, biedt handvatten aan mensen wat ze moeten doen in bepaalde situaties en dat voor iedereen duidelijk is wat ie dan moet doen. Niet dat iedereen zijn eigen dingen gaat doen. Dat bepaalde zaken vastliggen, dus er is een absolute noodzaak voor bepaalde zaken om te protocolleren”. (Artsmicrobioloog, Z4)

Het streven naar eenduidigheid heeft er toe geleid dat in de protocollen het perspectief verschuift van het vastleggen van handelingen om infectieproblemen te voorkomen naar het benoemen van verantwoordelijkheden voor beheersing van de problematiek. Het accent is in de beschrijving van de werkwijze meer komen te liggen op “wie hoort wat te doen” dan op “wat voor handelingen zijn vereist”. Voor het vastleggen van verantwoordelijkheden in de protocollen is wel inzicht vereist in de organisatiestructuur en -cultuur, anders kan de situatie zich voordoen dat protocollen een handelingsverloop beschrijven dat niet overeenkomt met wat zich in de lijnorganisatie daadwerkelijk afspeelt. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat protocollen handelingen toedelen aan actoren die niet tot hun taken gerekend worden, met als gevolg dat de maatregelen als ballast beschouwd worden.

Dat heeft er toe geleid dat penvoerders eerst verkennen wat de gebruikelijke gang van zaken is alvorens het protocol de organisatie in te sturen:

“Je gaat in het ziekenhuis navragen wie doet wat en dan blijkt bij wie de taken zijn ondergebracht (...). We hebben nu meer aandacht besteed aan de verantwoordelijkheid die het management heeft bij het mogelijk maken van de uitvoering van het protocol [*regelen vervanging van getroffen werknemers*] en bij het *MRSA*-protocol heeft het management geen taak in de reguliere screening, maar wel op het moment dat je een calamiteit hebt en we hebben de verantwoordelijkheid die het management heeft bij calamiteiten in de protocollen gezet”. (Artsmicrobioloog, Z2)

“Gisteren is in de bespreking [*medische stafvergadering*] vastgesteld dat de poortarts natuurlijk deze personen [*getroffen werknemers*] op de EHBO krijgt. Die besluit wie van de specialisten dan daarover ingesind moet worden. In feite ligt de verantwoordelijkheid dus bij de EHBO-specialist of bij de EHBO-arts (...). De persoon die zich bij de EHBO meldt en die blijkt een risico te hebben, die wordt op dat moment een patiënt. En dan gaat hij een behandelovereenkomst aan, want er is sprake van een risico. Dan wordt het een medische aangelegenheid en geen medicus kan een medische aangelegenheid weigeren”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Eenduidigheid in terminologie is nagestreefd om misverstanden over de taakopvatting te voorkomen. Aan de protocollen zijn begrippenlijsten toegevoegd en het gebruik van vakjargon is zoveel mogelijk vermeden.

“We hebben met het taalgebruik geprobeerd om ook voor mensen die er niet zo veel verstand van hebben het toch in Nederlands taalgebruik te doen. Met zoveel mogelijk vermijding van medische termen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Streven naar eenvoud

Penvoerders streven naar eenvoud om de gebruikers in staat te stellen om aan de hand van het protocol te bepalen welke instructies in welke situaties van belang zijn. Het streven naar eenvoud komt er op neer dat aan protocollen samenvatting of verkorte instructies toegevoegd worden om in een acute situatie snel handelen mogelijk te maken. Ter ondersteuning van beslissingen over risico's zijn tabellen of schema's vervaardigd.

Aanleiding voor het vereenvoudigen van protocollen is doorgaans een praktijkprobleem. Bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact deden zich problemen voor, omdat niet duidelijk was welke taken door de getroffen werknemer in eerste instantie zelf uitgevoerd moesten worden. Penvoerders hebben dat probleem verholpen door op de werknemer toegesneden instructies te vervaardigen in de vorm van samenvattingen en checklists waarbij de taken van werknemers beperkt zijn tot acties die direct van belang zijn na een incident.

“Er is een korte versie gemaakt en een checklist voor degene die de gewonde moet opvangen (...). Puntsgewijs hebben we de acties weergegeven. Om in ieder geval het belangrijkste eerst te doen. Dat is inschatten van een hoog of laag risico. Want op basis daarvan moet je snel handelen. Als je zegt van laag heb je 24 uur de tijd. Belangrijk is om dat goed in te schatten. Dan moet de bron van het bloed geprikt worden en bij je zelf. We hebben dus een

onderscheid gemaakt in wat de directe acties zijn en wat eventueel de latere acties zijn”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

Vereenvoudiging vanuit het principe dat iedereen in staat moet zijn adequaat te handelen, leidt soms tot overprotocollering. Maatregelen worden soms tot op het niveau van vrijwel voor de hand liggende taken beschreven om niets meer aan het toeval over te laten. Bij twijfel kan personeel een beroep doen op een hulpverlener.

“We zijn er van uit gegaan dat er geen voorkennis is (...). Dat in ieder geval 90% van de vragen die boven komen, dat je die op deze manier [*Vernieuwd MRSA-protocol*] kunt oplossen (...). We zijn heel ver gegaan met de toespitsing op de doelgroep, tot op het taakniveau toe. Bijvoorbeeld leg de schort klaar, welke schorten, gewone jassen zonder mouwen (...). Bij alle belangrijke beslismomenten, zoals wij dat belangrijk vinden, staat altijd een telefoonnummer dat je kunt bellen als je er niet uit komt (...). Het protocol is gewoon een kapstok en je zou willen dat er vierentwintig uur een helpdeskfunctie achter zit”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Een ander effect van vereenvoudiging is dat afgeleide producten een zelfstandig leven gaan leiden en personeel niet (meer) weet dat er ook nog een regeling bestaat waarin de gehele problematiek verwoord is. Die situatie doet zich vooral voor bij het huishoudelijk personeel. Op zich is dat geen probleem als de eigen voorschriften afdoende zijn. Uit de praktijk blijkt echter dat de beroepsspecifieke voorschriften dermate beknopt zijn dat er behoefte is aan meer achtergrondinformatie over het doel en de noodzaak van de maatregelen. Soms blijkt dat door onduidelijk beheer protocol en afgeleid product beide in omloop zijn, waarbij voor personeel niet altijd vast te stellen is welk document als formeel geldend beschouwd moet worden.

“Ik heb begrepen dat er in Wijzer toch weer allemaal verschillende versies zitten en dan denk ik hoe is dat toch mogelijk? (...) Maar ik denk dat het hele kwaliteitssysteem in wording is en dat je een hele goede logistiek voor protocollen nodig hebt”. (Artsmicrobioloog, Z3)

De protocollen dienen ook als leidraad voor het vaststellen of er sprake is van een hoog dan wel laag risico (na een incident, of ter overweging van isolatie). Ter ondersteuning van de risico-indicatiestelling zijn in alle protocollen schema's of tabellen opgenomen. Soms zijn de schema's gebaseerd op documenten die door de overheid aangeleverd zijn, zoals de procedure van het Landelijk Centrum voor Infectieziekten (de *LCI*-procedure).

“We maken de protocollen op grond van landelijke richtlijnen en we proberen een zo kort mogelijke beschrijving te geven van de te volgen stappen. Bijvoorbeeld een logisch flowchart maken we met toelichting waar dat nodig is. Een apart hoofdstuk met stroomdiagrammen. Dat hebben we bij *MRSA* al gedaan en dat komt straks ook bij het Accidenteel Bloedcontact protocol”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

“Die schema's voor *HIV*, hepatitis komen deels van de overheid, van de *LCI*. Die hadden daarin van die hele grote schema's staan en daar zijn toen delen van uitgehaald door de arts microbioloog”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

Afstemming op documentbeheer

Volgens de afspraken voor ziekenhuisbrede protocollen dient vastgelegd te worden wie verantwoordelijk is voor het onderhoud en het beheer van de protocollen. Dat geldt ook voor de distributie, implementatie en evaluatie van de protocollen. Deze ontwikkeling is onderdeel van de invoering van kwaliteitssystemen, waar documentbeheer onderdeel van is. Met documentbeheer wordt beoogd de actualiteit van protocollen te waarborgen en de naleving te bevorderen.

Penvoerders merken op dat de huidige protocollen in de loop van de tijd aangepast worden aan eisen die vanuit documentbeheer opgelegd zijn. Het probleem is dat afspraken over onderhoud, beheer en evaluatie op het niveau van ziekenhuisbrede protocollen soms nog niet helder zijn.

“Eigenlijk is de infectiecommissie de eigenaar. Maar volgens de notitie ‘*Zeggen wat we doen en doen wat we zeggen*’ mag een werkgroep of commissie geen eigenaar meer zijn. Dus dan zal het wel de hygiënist worden (...). Onderhoud, beheer en implementatie dat zijn allemaal zaken die nog in de organisatie hangen (...). Ik heb wel begrepen dat in het nieuwe DKS-systeem dat daar afspraken over komen (...). Zoals ik begrepen heb dat het nu moet gaan is dat je van tevoren een traject voor implementatie moet aangeven en dat het protocol dan pas als advies aan het bestuur gegeven wordt”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

De protocollen dienen afgestemd te zijn op de invoering ervan in documentatiesystemen. Protocollen worden geschreven en vervolgens overgeleverd aan degene die de documenten in een systeem moet invoeren. Dat betekent dat penvoerders bij de inrichting van de protocollen rekening moeten houden met eisen die door het documentatiesysteem gedicteerd worden. Dit levert problemen op omdat deze systemen niet uitgerust zijn om diverse vormen van informatie op te nemen (geen schema's, tabellen) en omdat ze beperkingen opleggen aan de omvang van protocollen. Het streven naar uniformiteit in vormgeving is een ontwikkeling die in alle vijf ziekenhuizen is waar te nemen. De keuze voor de vorm is niet zozeer gericht op het faciliteren van het gebruiksgemak voor de werkvloer, maar vooral op het bevorderen van het invoergemak ervan voor de systeembeheerders.

“Men heeft een aantal protocollen in dat elektronisch systeem gestopt en dan gebeuren er allemaal rare dingen (...). We hadden dat [*MRSA*] protocol nog in Word, en we dachten dan importeren we dat (...). We hadden een stroomschema gemaakt van hoe werkt *MRSA* en dat kunnen we in het systeem niet kwijt (...). Dus wij wilde weten van R. [*kwaliteitsfunctionaris, Z1*] wat moet er nog veranderd worden om daar in te kunnen komen. En daar hebben we nog geen antwoord op (...). Ik denk dat we er een papieren systeem ernaast moeten houden. Dat vind ik enorm beperkend. Ik twijfel zelfs of we niet beter een papieren vorm kunnen handhaven. Voor ons is dat hele systeem ontoegankelijk”. (Artsmicrobioloog, Z1)

6.2.5 Gerapporteerde ontwerpproblemen

In deze paragraaf worden de problemen samengevat die door penvoerders, afdelingsleiders, en beleidsvertegenwoordigers (kwaliteitszorg) gesignaleerd zijn. De problemen zijn geïnventariseerd aan de hand van het in hoofdstuk 2 (tabel 2.13) gepresenteerde analyse-schema en als volgt gerubriceerd:

- Betrokkenheid bij protocollen is gering.
- Beoordelingsprocedure verloopt niet optimaal.

- Protocollen blijken onvoldoende praktijkgericht.
- Ondersteuning van ontwerpers is gebrekkig.

Betrokkenheid bij protocollen is gering

Penvoerders signaleren dat de directie, de lijnorganisatie en het personeel vrij onverschillig staan tegenover de protocollen. Het gebrek aan betrokkenheid vertraagt het totstandkomingsproces en leidt bij penvoerders tot een gevoel van machteloosheid over wat zij met de protocollen in de praktijk kunnen bereiken. De directie schuift problemen over de aanvaardbaarheid en bruikbaarheid van protocollen af naar de infectiecommissie en de opstellers van protocollen. De besluiteloosheid van de directie over preciaire zaken vertraagt het totstandkomingsproces en stelt penvoerders voor onoverkoombare problemen, omdat zij zelf (gezien hun hiërarchische positie) geen doorslaggevende stem hebben in de oplossing van uitvoerbaarheidsproblemen.

“Het probleem is dat wij gedwongen worden een protocol te gaan schrijven waarbij van tevoren al onenigheid is [*behandeling accidenteel bloedcontact*]. Dat kan nooit leiden tot een goede uitvoering van het protocol. De directie moet zijn verantwoordelijkheid nemen (...). Het conflict speelt al twee jaar, ook in Z2. Daar zeiden ze op de Eerste Hulp, dat protocol werkt niet. Dus doen we het voorlopig niet. En het gekke is dat ze daarin ook nog ondersteund worden door het management. Ik denk dat we met de infectiecommissie en met de directie er over moeten praten. Op het moment dat de directie zegt, zo goed en kwaad als het kan implementeren we dit protocol, dan staan zij ook in voor de gevolgen ervan en kunnen ze ons er niet mee opzadelen”. (Artsmicrobioloog, Z2)

In de lijnorganisatie hebben ziekenhuisbrede of afdelingsoverstijgende protocollen minder prioriteit dan de afdelingsvoorschriften. Afdelingsleiders hebben te maken met een overdaad aan protocollen, reorganisaties en andere besommeringen die leiden tot een schifting van protocollen naar urgentie. Bij sommige penvoerders leidt dat besef tot een zekere terughoudendheid om afdelingen te bestoken met protocollen, maar aan de andere kant voelen zij zich verantwoordelijk (onder meer afgedwongen door regelgeving) voor het veilig werken in de organisatie.

“Het is de bedoeling dat iedereen met het protocol gaat werken, maar dat hangt ook af van de verwerkingscapaciteit van de afdelingen. We hebben zo het idee dat je daaraan eerder grenzen hebt bereikt dan je zelf denkt, als protocollenproducent”. (Ziekenhuishygiënist, kwaliteitsfunctionaris, Z4)

Volgens penvoerders onderschat personeel het nut van de maatregelen omdat problemen incidenteel voorkomen (zoals *HIV/MRSA*); personeel ervaart daardoor de maatregelen als extra ballast. Het gevolg is negeren of verzet. Penvoerders uiten dat die problemen kenmerkend zijn voor handelingen die geen onderdeel uitmaken van de dagelijkse praktijk en dat een protocol alleen niet voldoende is voor bewustwording van veilig werken. Het gedrag van afdelingshoofden (voorbeeldfunctie) is volgens hen essentieel om personeel te motiveren tot het gewenste gedrag.

“Mensen zijn toch vaak een beetje onverschillig. Als dan blijkt dat een patiënt toch *HIV*-positief blijkt te zijn. Dan krijgen we ineens een hele run van meldingen [*accidenten*] van mensen die zich ook geprikt hebben aan die patiënt en dat niet gemeld hadden. En dan in-

eens is Leiden in last en is men ongerust en de volgende keer recapt [*naald in hoes terugsteken*] men weer. Dus men leert er niet van (...). Ik vind het een lijnverantwoordelijkheid. Er staan bepaalde preventieve maatregel in en die zijn helemaal niet zo ingewikkeld. Daar mag een zorgmanager best wel opletten. Eens naar kijken, daar zal hij toch wat mee moeten op zijn afdeling, zolang mensen nog recappen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Wat je moet hopen is dat de lijn zich sterk maakt voor infectiepreventie. Het vervelende is dat dit geen dagelijks protocol is. Als je kijkt naar een protocol dat goed gedragen wordt, dan moet je naar een protocol basishygiëne toe. Dat is een protocol dat in de dagelijkse praktijk uitgevoerd moet worden. Dat is een ander soort protocol, hoewel dit er op voortborduurt”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Het gevoel van machteloosheid over wat met een protocol in de praktijk bereikt kan worden, leidt bij sommige penvoerders tot de vraag of afstemming van de protocollen op logistieke problemen wel tot hun ontwerptaak gerekend moet worden. Door hun positie buiten de lijnorganisatie hebben penvoerders minder grip op de praktijk en een minder duidelijk beeld van de gebruikers. De consequentie daarvan is dat penvoerders zich beperken tot wat inhoudelijk gezien relevant is en dat het de taak van het lijnmanagement is de protocollen in hanteerbare instrumenten te vertalen. In feite ontstaat dan een situatie waarbij penvoerders halffabrikaten afleveren die in de praktijk vervolmaakt worden door de gebruikers.

“We kunnen niet in extenso alles gaan protocolleren voor de zorgdiensten. Je kunt als microbioloog niet in de huid kruipen van een verpleegkundige. Je geeft aanwijzingen en je geeft inhoudelijke zaken, maar in feite zou de zorgdienst zelf aan de slag moeten met dat stukje protocollering dat op hen van toepassing is (...). Ik vind het niet volledig onze taak, die logistiek. Dat is voor een heel groot deel de taak van de zorgmanagers. En ik moet zeggen dat zij daar ook een goede bijdrage inleveren in de vorm van een stafmedewerker die ze dit laten ondersteunen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Beoordelingsprocedure verloopt niet optimaal

De beoordeling van protocollen door de infectiecommissie bestrijkt een lange periode, gemiddeld een jaar. Dit komt door impasses over financiële en personele consequenties van preventiemaatregelen, doordat het protocol plenair besproken wordt en de beoordelingsmomenten afhankelijk zijn van de geplande bijeenkomsten van de infectiecommissie.

“Het kost tijd omdat je gebruik maakt van plenair bespreken. Die vergaderingen worden maar tien keer per jaar gepland (...). Het hepatitis-B deel ging vrij vlot. Het [*hepatitis*]-C-deel niet. De heikele punten hebben we er toen maar uitgehaald (...). Je zit met die privacy-aspecten met het testen. En wat doen we als we het niet zeker weten of iemand besmet is? Kiezen we dan maar voor wel besmet, maar dan zit je aan al die consequenties vast. Dan moet je al die *PEP*-kuren gaan geven, daar staat niet iedereen om te springen en zeker het ziekenhuis niet, want het heeft geweldige financiële consequenties. Dat zijn van die dilemma's daar kom je gewoon niet uit en velen gaan ze ook uit de weg”. (Voorzitter Infectiecommissie, Z4)

De beoordelingsprocedure is te omslachtig en verloopt te weinig gestructureerd. De beoordelingscriteria voor ziekenhuisbrede protocollen zijn onduidelijk of onbekend en

commentaar wordt niet tijdig verwerkt. De gebruikers zelf worden nauwelijks in het beoordelingsproces ingeschakeld.

“Bij ziekenhuisbrede protocollen moet je overal informatie inwinnen. Je moet iedereen de gelegenheid geven om toch zijn gal te kunnen spuien op het protocol. Je moet een werkgroep bij elkaar brengen, dat is al heel vaak lastig en ook nog een datum prikken”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

“Het gaat allemaal op zijn jan-boeren-fluitjes. Of ze hebben het protocol niet bij zich of de kans is groot dat ze het niet gelezen hebben en dan wordt ter vergadering onder het genot van een broodje en een kopje soep het protocol even snel gelezen (...). Er is geen leidraad voor de beoordeling (...). Dit [*het beheersysteem protocollen en voorschriften*] is ooit een keer opgesteld en dan gaat iedereen weer over tot de orde van de dag (...). Ik heb voorgesteld om uitsluitend op basis van ingediend commentaar te gaan discussiëren”. (Voorzitter infectiecommissie, Z4)

De protocollen worden beoordeeld door de infectiecommissie. In principe is de doelgroep vertegenwoordigd in de infectiecommissie, maar uit de opmerkingen van informanten komt naar voren dat vertegenwoordigers van de doelgroep niet representatief zijn voor het personeel op de werkvloer en dat de leden problemen niet bespreken met hun achterban, het personeel. Het probleem dat zich bij beoordeling van de protocollen voordoet, is dat de consequenties van de preventiemaatregelen niet altijd goed te voorzien en te overzien zijn voor niet ingewijden. Door confrontatie met incidenten wordt pas echt zichtbaar wat de tekortkomingen van het protocol zijn. Dat blijkt vooral bij de *MRSA*-protocollen het geval.

“Bij alle protocollen is het zo dat, dat merken we overal bij, zolang we maar praten met de zorgmanagers en staffunctionarissen, stafmedewerkers dan wordt alles goed begrepen. Maar straks moet dat gewoon op die afdeling uitgevoerd gaan worden en dan is het altijd ja dan ontstaan er altijd moeilijkheden”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Men heeft aangenomen dat de verpleegkundigen die deelnemen in de werkgroep infectiecommissie dat zij voor de verpleging gesproken hebben. Maar dat blijkt dus achteraf niet zo. Waardoor er dus veel onduidelijkheden zijn en eigenlijk zeggen we dat er te weinig rekening gehouden is met de uitvoerbaarheid (...). Ik denk met name dat in de beginfase niet geïnventariseerd is wie zijn nu de betrokkenen? En op welke titel zitten die verpleegkundigen in de werkgroep? Want dan had je een heel ander verhaal gekregen. Dan hadden die verpleegkundigen terug gemoeten naar de achterban met de vraagstelling kun je je daarin vinden? De positie van die mensen is dus niet geconcretiseerd”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

Gebruikers worden nauwelijks in het beoordelingsproces betrokken. Volgens sommige informanten hadden allerlei praktijkproblemen voorkomen kunnen worden door gebruikers in een vroeg stadium bij het opstellen te betrekken. Volgens de afspraken over protocollen in een van de ziekenhuizen (Z1) moeten protocollen door gebruikers getest worden op begrijpelijkheid en pas ingevoerd worden als gebruikers akkoord gaan met de protocollen. Over de manier waarop dat gebruikersonderzoek moet plaats vinden, is niets vastgelegd. Het inschakelen van gebruikers levert problemen op als hen een inhoudelijk oordeel gevraagd wordt over materie die voor hen onbekend is (*HIV*-procedure, *MRSA*).

Dat neemt niet weg dat gebruikers via praktijkgerichte vragen een goed oordeel kunnen geven over begrijpelijkheid en aanvaardbaarheid van de protocollen.

“Mij is gebleken dat als je mensen betreft bij het ontwikkelen van het protocol, bij het benaderen van ‘welk probleem hebben we hier en hoe kunnen we dat het beste oplossen?’, dat dat de beste manier is om ervoor te zorgen dat er ook zo gewerkt wordt. Al je iets oplegt van boven af, van zo moet het, dan is het maar net hoe dwingend de zaak is dat men zich daar ook aan gaat houden. Betrek mensen bij het probleem, dan heb je de meeste kans dat het ook zo werkt”. (Voorzitter protocollencommissie, Z2)

Protocollen blijken onvoldoende praktijkgericht

Volgens afdelingsleiders zijn protocollen te weinig praktijkgericht omdat ze niet aansluiten op het denkpatroon van personeel. Afdelingsleiders verwachten ook van deze protocollen dat ze evenals andere handelingsprotocollen duidelijkheid verschaffen over de te nemen acties. Protocollen moeten “zeggen wat personeel moet doen” en geen ruimte open laten voor individuele interpretaties.

“Het *MRSA*-protocol laat in de uitvoering te wensen over. In de uitvoering zijn we er achter gekomen dat bij een heleboel vragen er een grijs gebied is. De ene keer is het wel van toepassing, de andere keer niet. Een gebied dat voor de verpleegkundigen onverklaarbaar is. Maar vanuit microbiologisch oogpunt zijn er wel argumenten voor. Ik ben van mening dat je moet zorgen dat je bij *MRSA* zegt het is zwart of wit. Ik vind dat je individuele interpretaties moet vermijden”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

Penvoerders daarentegen geven aan dat protocollen in de praktijk onbedoeld tot wet verheven worden. In de praktijk wordt verwacht dat protocollen volledig en dekkend zijn voor alle zich voordoende problemen. Volgens penvoerders kan dat niet omdat de problematiek, althans op sommige punten, te complex is voor eenduidige oplossingen en het protocol een weergave is van “best practice” op een bepaald moment. Verwacht wordt dat personeel op basis van aangeleverde kennis zelf kan inzien of bepalen wat relevant is.

“Het grootste probleem is dat mensen verwachten van protocollen dat ze volledig zijn. Dat is per definitie onmogelijk. En tegelijkertijd dat als er een probleem is het protocol acuut tot wet verheven wordt. Als je ervan afwijkt krijg je met iedereen ruzie. Terwijl mensen absoluut niet door hebben dat het protocol niks anders is dan een weergave van zaken onder bepaalde omstandigheden”. (Artsmicrobioloog, Z5)

Alle partijen vinden dat een protocol een leidraad voor personeel moet zijn in geval van incidenten. Uit de gesignaleerde problemen komt naar voren dat de partijen uiteenlopende ideeën hebben over wat een leidraad is. In de praktijk hebben protocollen voor personeel de betekenis van bindende voorschriften, terwijl penvoerders met de protocollen eerder een richtlijn voor ogen hebben waar gemotiveerd afwijken van mogelijk moet zijn. De discussie over de status van een protocol speelt juist bij afdelingsoverstijgende protocollen, omdat deze protocollen de gebruikelijke verantwoordelijkheidsstructuur doorkruisen. Een situatie die zich bij de *MRSA*-protocollen voordoet aangezien beslissingen over het te voeren beleid afdelingsoverstijgend zijn (bij uitbraak van een *MRSA*-epidemie) en gedrag voorgeschreven wordt dat soms conflicteert met de belangen van zorgverleners (sluiting afdelingen; opnameverbod).

“Een protocol is een richtlijn. Ze moeten wel weten wat ze moeten doen als iemand in isolatie ligt en bij twijfel moeten ze de hygiënist bellen (...). Bij *HIV* is een stuk eigen interpretatie nodig, dat laat zich niet protocolleren”. (Artsmicrobioloog, Z4)

“Dit protocol is een kader dat het ziekenhuis je aangeeft ten aanzien van hoe ga je om met een *MRSA*-patiënt. Maar er is een discussie over een protocol an sich. Is een protocol een richtlijn of een voorschrift en dus bindend? Ik zeg altijd, ik vind dat een protocol een richtlijn is. Je moet er van af kunnen wijken op het moment dat daar een reden voor is”. (Hoofd Intensive Care, Z3)

Ondersteuning penvoerders is gebrekkig

Het ontwerpen van protocollen wordt door penvoerders tot de reguliere werkzaamheden gerekend. Ondersteuning in de vorm van tijd, budget of andere voorzieningen is beperkt. De richtlijnen (*WIP*, *LCI*) bieden onvoldoende handvatten om de protocollen op de ziekenhuissituaties toe te snijden. De afspraken voor het protocolleren bieden voornamelijk een kader van randvoorwaarden aan voor het verkrijgen van goedkeuring.

“Het is lastig, je hebt geen houvast in de organisatie in de vorm van een modelprotocol waarin je ook vastlegt welke stijl we hanteren. Gaan we erg in details of houden we het bij de grote lijnen”. (Artsmicrobioloog, Z3)

De ICT-voorzieningen die er zijn, blijken eerder belemmerend dan stimulerend. Penvoerders geven aan dat een papieren systeem naast een elektronisch documentatiesysteem nodig is, omdat protocollen niet in te passen zijn in het elektronisch systeem en lang niet alle gebruikers toegang tot dat systeem hebben.

“Persoonlijk ken ik dat systeem nog niet zo goed. Ik heb er een demo van gehad. Maar ik ken de toepasbaarheid van het systeem voor dit enorme protocol niet. Er is over een heleboel zaken niet nagedacht, misschien komt dat nog wel, want het is een hele klus om zo'n systeem te hebben. Van onze kant is het zo, als je moet wachten op het in orde maken van dit soort systemen dan zijn we over 25 jaar nog niet klaar”. (Artsmicrobioloog, Z2)

6.3 Implementatie en evaluatie van protocollen

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de protocollen in de ziekenhuizen zijn geïmplementeerd en geëvalueerd. In paragraaf 6.3.1 wordt ingegaan op de organisatie van implementatie en evaluatie. In de daaropvolgende paragrafen (6.3.2 en 6.3.3) is beschreven hoe de protocollen in de praktijk geïmplementeerd en geëvalueerd zijn. In paragraaf 6.3.4 worden de implementatie- en evaluatieproblemen behandeld die signaleerd zijn door de opstellers van de protocollen, het lijnmanagement, beleidsvertegenwoordigers en de gebruikers.

6.3.1 Organisatie van de implementatie en evaluatie

De protocollen zijn, na goedkeuring door de directie (of een andere autorisator) verspreid in de organisatie en geïntroduceerd in de lijn, bij ondersteunende diensten en bij de medische staf. De implementatie van de protocollen blijkt langs verschillende schijven te verlopen. De opstellers van de protocollen of andere personen zorgen voor de *verspreiding* van de protocollen in de organisatie. De protocollen worden toegestuurd aan het lijnma-

nagement, de medische staf en de beheerders van het documentatiesysteem van de ziekenhuizen. Het lijnmanagement of daarvoor aangewezen personen zorgen er vervolgens voor dat de protocollen in de afdelingshandboeken terecht komen en dat vervallen exemplaren verwijderd worden. Niet duidelijk is wie uiteindelijk verantwoordelijk is voor het gehele distributieproces (de opstellers of de protocollenbeheerders of het lijnmanagement).

“De informatieverantwoordelijke, de eigenaar, is verantwoordelijk voor onderhoud van de protocollen en de technisch beheerder draagt zorg voor de het daadwerkelijk invoeren van het protocol in het systeem (...). Ik weet niet wie de eindverantwoordelijkheid heeft over het geheel”. (Hoofd automatisering, Z3)

De *introductie* van de protocollen verloopt eveneens via verschillende schijven. Penvoerders zorgen er voor dat de protocollen in de organisatie bekend gemaakt worden via een aankondiging in een personeelsblad of een ander huisorgaan. De introductie van de protocollen op de werkvloer is daarentegen de verantwoordelijkheid van het afdelingsmanagement. De penvoerders leveren, indien wenselijk, ondersteuning bij de bekendmaking van de protocollen in de lijnorganisatie of bij de medische staf:

“Ik zorg dat iedereen voldoende op de hoogte is. Voldoende geïnformeerd wordt van de inhoud en de achterliggende gedachte. Een stukje achtergrondinformatie over het totstandkomen en het waarom van deze protocollen (...). De verspreiding van ziekenhuisbrede protocollen doen wij ook. Als er wijzigingen komen dan voeren wij die gelijk in *ISOBASE* in. Dus de afdelingen beschikken over de laatste versie”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

“Op het moment dat het protocol gereed is dan worden ze naar de hoofden van de diensten gestuurd. Die heeft uiteindelijk de eindverantwoordelijkheid voor implementatie (...). Het is wel zo dat ik begeleiding geef als men dat wenst. Ik heb op een aantal afdelingen het protocol accidenteel bloedcontact besproken. Op verzoek, dus dan kom ik gewoon in het werkoverleg. Maar er zijn ook afdelingen die dat niet nodig vinden, die zeggen dat ze dat zelf wel kunnen”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

De *evaluatie* van de protocollen blijkt niet duidelijk geregeld. In principe is de eigenaar van een protocol verantwoordelijk voor het onderhoud ervan; onderhoud in de betekenis van aanpassing aan de nieuwste wetenschappelijke inzichten en actualisering van documentatiesystemen zodat gebruikers beschikken over de meest recente versie. Niet duidelijk is wiens taak en verantwoordelijkheid het is om na te gaan of gebruikers bekend zijn met de protocollen en in staat en bereid zijn om ernaar te handelen. Penvoerders beschouwen toezicht op naleving van protocollen, ongeacht welk soort, als een verantwoordelijkheid van het lijnmanagement. Als het protocol niet zou voldoen, dan is het de taak van de opstellers om het bij te stellen.

“Als je kijkt naar de evaluatie in de zin van houden we ons er aan, dan is dat een lijnverantwoordelijkheid. Als je kijkt in de zin van evaluatie van het protocol, is het nog actueel, dan is dat onze verantwoordelijkheid. En moet het protocol bijgesteld worden, dan is dat de verantwoordelijkheid van de opstellers”. (Ziekenhuishygiënist, kwaliteitsfunctionaris, Z4)

6.3.2 Implementatiestrategie

Uit de interviews komt naar voren dat de protocollen niet geïmplementeerd zijn volgens een bewust op de doelgroepen toegesneden communicatiestrategie en dat implementatie van instellingsbrede protocollen moeizaam verloopt. Penvoerders staan in feite langs de zijlijn bij de invoering van de protocollen en zijn afhankelijk van de medewerking van het lijnmanagement en het bestuur van de organisatie voor een succesvolle implementatie.

“Formeel is de directie verantwoordelijk voor implementatie, en dat is het stuk waar we tot vermoeden toe geen invloed op hadden (...). Wat er met de protocollen gebeurde, wisten we niet en ook niet of ze verspreid werden”. (Artsmicrobioloog, Z2)

Om te zorgen dat personeel bekend raakt met de protocollen en de maatregelen toepast, is door penvoerders gestreefd naar een aanpak waarbij uit overweging van efficiëntie en een behoefte aan versterking van de grip op de lijn zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van in de organisatie al bestaande kanalen en middelen om protocollen te introduceren. Via bestaande overlegstructuren (werkoverleg) en in de lijn gebruikte media (personeels- en afdelingsbladen) kan een zo breed mogelijke doelgroep bereikt worden. Voor penvoerders is het ondoenlijk om de protocollen organisatiebreed toe te lichten en in de lijn vindt regelmatig werkoverleg plaats. Penvoerders streven naar een systeem waarbij via een cascade van overleg de protocollen organisatiebreed toegelicht kunnen worden. De penvoerders bespreken de protocollen met een delegatie van het lijnmanagement. Het lijnmanagement bespreekt de protocollen vervolgens met afdelingleiders of teamleiders. Ten slotte bespreken de afdelingsleiders de protocollen met het personeel.

Via organisatorische maatregelen zoals het inschakelen van contactpersonen of coördinatoren en het houden van voorlichtingsbijeenkomsten trachten penvoerders de naleving van de maatregelen via interpersoonlijke communicatie te bevorderen. Contactpersonen zijn werknemers die een bepaald aandachtsgebied op het terrein van de zorgverlening in hun takenpakket hebben. Het is de bedoeling dat dergelijke personen worden ingeschakeld of aangesteld voor de invoering van infectiepreventieprotocollen in de organisatie. De contactpersonen fungeren als aanspreekpunt voor problemen van de werkvloer. Voor het succesvol functioneren van contactpersonen zijn penvoerders echter afhankelijk van de bereidheid van het (afdelings)management om de benodigde voorzieningen (tijd, middelen) beschikbaar te stellen.

“We hebben indertijd in Z1 verzocht om afdelingscontactpersonen in te stellen. Daar ging het management van de verpleegafdeling niet mee akkoord. Omdat dat extra tijd kost. Hier in Z2 zijn de protocollen met de hygiëne-kwaliteitsmedewerkers [*contactpersonen*] doorgesproken en daarna konden ze op de afdelingen inhoudelijk toegelicht worden door de hygiëne-kwaliteitsmedewerkers. Hier in Z2 hebben we dus een structuur gevonden waarin dit soort protocollen gemakkelijker geïmplementeerd kunnen worden”. (Artsmicrobioloog, Z2)

In twee van de vijf ziekenhuizen (Z1, Z2) zijn organisatorische maatregelen genomen om de implementatie van de *MRSA*-protocollen te verbeteren. Er zijn commissies ingesteld of coördinatoren benoemd die de zorg dragen voor een succesvol verloop van het gehele implementatietraject. Dat houdt in dat volgens een projectmatige aanpak het protocol geïmplementeerd wordt: inventarisatie knelpunten, nagaan welke randvoorwaarden nodig

zijn voor een succesvolle implementatie en vastleggen op welke momenten beoordeeld wordt of de beoogde verbeteringen bereikt zijn.

“Sinds kort is het ziekenhuis een andere weg ingeslagen. Meer in de richting van projectmatig invoeren van ziekenhuisbrede protocollen (...). Er is een subcommissie van de infectiecommissie ingesteld, aangevuld met een aantal deskundigen uit huis die er mee te maken hadden. De implementatiecommissie *MRSA*-protocol en die is gaan inventariseren wat de knelpunten waren en er zijn voorstellen gedaan voor het aanstellen van een *MRSA*-coördinatoren per afdeling, en ook overkoepelende coördinatoren benoemd en er zijn afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden voor leidinggevenden (...). Er is gezorgd voor een 24-uurs-dekking door bereikbaarheidsdiensten in te stellen voor clustermanagers”. (Clustermanager OK/lid implementatiecommissie *MRSA*, Z1)

Voorlichting in de vorm van instructie of een informatiebijeenkomst vindt plaats als daar behoefte aan is. Protocollen worden in de lijn besproken als de werkwijze door een protocol ingrijpend verandert of als personeel te kennen geeft daar behoefte aan te hebben. De aandacht voor de protocollen blijkt afhankelijk van de mate waarin men in de lijn geconfronteerd is met problemen (hoe meer incidenten, hoe vaker instructie) en van het aandeel dat men heeft gehad in het totstandkomen van de protocollen.

Tabel 6.8 bevat een overzicht van de door informanten (penvoerders en lijnmanagement) gewenste aanpak voor de implementatie van de protocollen. Om de vlootschouw van geplande of gerealiseerde middelen en maatregelen te bespreken, is een structuur aangebracht die in tabel 6.8 gepresenteerd is. De door informanten genoemde middelen en maatregelen zijn gekoppeld aan de doelen van implementatie. Deze doelen hebben als uitgangspunt gediend voor de vragen die aan informanten gesteld zijn: wat is gedaan om te zorgen dat personeel op de hoogte raakt van de protocollen, in staat en bereid is om ernaar te handelen en hoe is gezorgd dat personeel blijft werken zoals beoogd wordt? De middelen en maatregelen zijn in tabel 6.8 per initiatiefnemer gepresenteerd om de verschillen in implementatieaanpak tussen penvoerders en het lijnmanagement zichtbaar te maken.

Het aanbod aan middelen en maatregelen dat uitgevoerd is in de praktijk wisselt per ziekenhuis. Doordat in tabel 6.8 een overzicht gepresenteerd wordt van alle genoemde activiteiten en maatregelen ontstaat mogelijk een vertekend beeld. De in tabel 6.8 genoemde middelen en maatregelen die betrekking hebben op het attenderen op de protocollen zijn in alle vijf ziekenhuizen gerealiseerd. De overige middelen en maatregelen zijn incidenteel uitgevoerd. De penvoerders hebben zelf de hand in de activiteiten om personeel op de hoogte te stellen van de protocollen wat daarna met de protocollen gebeurt, is voor hen niet overzienbaar en blijkt afhankelijk te zijn van de belangstelling van het lijnmanagement voor de protocollen. Uit tabel 6.8 komt naar voren dat penvoerders en lijnmanagers in principe een vergelijkbare aanpak voorstellen om personeel te attenderen op de protocollen en personeel te stimuleren tot naleving ervan. Er zijn wel accentverschillen tussen de penvoerders en het lijnmanagement in de opvattingen over de onderdelen motivatie en incorporatie. Instructie lijkt als de taak van de penvoerders beschouwd te worden (door penvoerders zelf en door het lijnmanagement). De penvoerders verwachten dat de protocollen door de lijnmanagers besproken en nader toegelicht worden en dat zij personeel

Tabel 6.8 Gewenste aanpak implementatie protocollen in vijf ziekenhuizen

<i>Doelen implementatie</i>	<i>Aanpak voorgesteld door penvoerders</i>	<i>Aanpak voorgesteld door het lijnmanagement</i>
<i>Attenderen</i>		
bekendheid met protocollen	Mededeling in personeelsblad; begeleidende brief bij protocol; folders. Informatiebijeenkomsten; werkoverleg.	Mededelingenbord; nieuwsbrief; informatiemap. Werkoverleg Registratie doornemen protocol (informatieplicht).
<i>Instrueren en motiveren</i>		
begrip van protocollen	Instructiebijeenkomsten via video, lespakketten. Werkkaarten, checklijsten, afdelingsvoorschriften.	Instructie door hygiënist bij problemen Werkkaarten, checklijsten, afdelingsvoorschriften. Werkoverleg (toelichting van maatregelen).
inzicht in eigen handelen	Feedback op handelen (contactpersoon). Instructie door hygiënist (behandelaar) na incident.	Feedback op handelen (collega's, contactpersonen).
acceptatie maatregelen	Informatiebijeenkomsten; werkoverleg (afdelingshoofden benadrukken belang van maatregelen). Werkkaarten, checklijsten, afdelingsvoorschriften.	Werkoverleg (benadrukken belang van maatregelen). Werkkaarten, checklijsten, afdelingsvoorschriften.
<i>Incorporeren</i>		
blijvend toepassen maatregelen	Reminders; infectiepreventieprijs. Feedback op gedrag (contactpersonen of hygiënist via een afdelingsbezoek). Periodieke instructie/scholing.	Kwaliteitsprijs, infectiepreventieprijs. Feedback op gedrag (afdelingshoofd).

motiveren tot naleving van de voorzorgsmaatregelen. Volgens het lijnmanagement vindt incorporatie plaats door sociale controle. Het personeel is zelf verantwoordelijk voor het doornemen van protocollen. Als er behoefte aan is, worden protocollen in het werkoverleg besproken.

Attenderen op de protocollen

De in tabel 6.8 genoemde middelen en maatregelen gericht op het bekendmaken van de protocollen komen in alle ziekenhuizen voor. De protocollen zijn met een begeleidende *brief* aan het afdelingsmanagement en de medische staf toegestuurd. In de begeleidende brief wordt uiteengezet wat de aanleiding voor een nieuw protocol of een wijziging is en wat de consequenties ervan zijn voor de praktijk. Via een aankondiging in een *personeelsblad* is ziekenhuisbreed het personeel geattendeerd op de protocollen. Er zijn organisatiebreed *bijeenkomsten* georganiseerd voor personeel waarbij de protocollen en het belang ervan uiteengezet zijn. Voor personeel en bezoekers zijn *folders* over de *MRSA*-maatregelen opgesteld.

“Met ziekenhuisbrede protocollen is het meestal zo dat er vooraf een aankondiging gaat naar het personeelsblad en een brief naar alle verantwoordelijke personen. De beide protocollen zijn verstuurd met een begeleidend briefje”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

In de lijn zijn werknemers geattendeerd op een nieuw protocol of een wijziging ervan door een aankondiging op een *mededelingenbord* of in een *nieuwsbrief*. Soms wordt het protocol op een mededelingenbord gehangen. Op de afdelingen liggen *mappen* waarin nieuwe protocollen ter inzage liggen.

“Nieuwe protocollen of wijzigingen worden eerst aangekondigd via een intern mededelingenblad en komen daarna een tijd op het prikbord of in de teamkamers te hangen. Zodat iedereen er kennis van kan nemen. Als er opmerkingen zijn dan komen ze bij mij om dat terug te koppelen naar degene die ze opgesteld heeft”. (Afdelingshoofd Interne geneeskunde, Z4)

Bij huishoudelijk personeel zorgt het afdelingshoofd ervoor dat protocollen of daarvan afgeleide instructies in de werkmap van het personeel terecht komt of dat ter plekke de instructie voorhanden is. Alle werkinstructies staan in de map en personeel dient de werkmap te raadplegen alvorens zij beginnen te werken.

“Ieder van ons krijgt zo’n werkkaart [*instructie bij isolatie*]. Die zit in het handboek dat in iedere werkkast aanwezig is. Verder hebben ze een kaart die aan de werkkast hangt”. (Hoofd Huishoudelijke Dienst, Z3)

Het personeel dient het protocol of de wijzigingen door te lezen. Bij omvangrijke protocollen is door sommige afdelingshoofden een voorselectie gemaakt van voor de afdeling relevante punten. Opmerkingen over het protocol kunnen tijdens een werkoverleg kenbaar gemaakt worden of aan het afdelingshoofd gemeld worden. Bij sommige ondersteunende diensten (laboratoria) wordt geregistreerd wie de afdelingsprotocollen gelezen heeft. *Gelezen en getekend*, betekent dat er van uit gegaan wordt dat personeel begrijpt wat er in het protocol staat en dat men zich akkoord verklaart met de uitvoering ervan.

“Bij de protocollen van het ziekenhuis wordt aangekondigd, via het mededelingenbord, dat die gelezen moeten worden. Maar bij de SOP’s [*standard operating procedures*] wordt bijgehouden wie ze gelezen en getekend heeft. Dat gebeurt dus niet bij de ziekenhuisprotocollen. Dat kun je wel bij de lableiding neerleggen, maar dan moet dat wel geregeld worden”. (Hoofd laboratorium, Z3)

Volgens afdelingshoofden heeft het personeel de plicht om nieuwe protocollen of wijzigingen te lezen. Personeel krijgt daar volgens hen ook voldoende tijd en gelegenheid voor. Protocollen worden aangekondigd op een mededelingenbord, zijn beschikbaar via een informatiemap en tijdens het werkoverleg wordt gemeld dat er nieuwe protocollen zijn. In de praktijk blijkt dat het lezen van protocollen geen automatisme is en dat personeel persoonlijk gewezen moet worden op de informatieplicht.

“We hebben op de afdelingen een informatieklaapper. Je hebt een informatieplicht als werknemer. Dus als je een aantal dagen niet gewerkt hebt dan kijk je dus in die klapper naar de datum wanneer je afwezig geweest bent en kijk je of er nieuwe dingen zijn. Er is een whiteboard in de koffiekamer. Plus voor ieder werkoverleg en teambespreking sturen we bij de

agenda een resumé mee van de belangrijkste wijzigingen. Iedereen heeft dus minimaal drie triggermomenten gehad om het inhoudelijk na te lezen. Dat is je beroepsverantwoordelijkheid vind ik en je individuele verantwoordelijkheid”. (Hoofd Special Care, SEH, Z2)

“In principe zeggen we als je een protocol goed ontwikkeld hebt conform onze ideeën [*notitie protocollering*] dan loopt de implementatie vanzelf. Ik heb daar wel af en toe vraagtekens bij in de zin van er wordt te veel van een automatisme uitgegaan van ‘men zal het wel gelezen hebben’, of ‘het staat op de computer dus je hebt het nu ook al binnen gekregen’. Dus ik denk dat we een soort parallelle structuur erbij moeten hebben om mensen er toch meer persoonlijk op aan te spreken op het feit dat het protocol er ligt. We zijn in de commissie nog bezig om dat uit te zoeken”. (Voorzitter protocollen commissie/ Clustermanager Paramedische Zorg Z1)

Instrueren en motiveren van personeel

In tabel 6.8 zijn verschillende middelen en maatregelen gepresenteerd die voorgesteld zijn om te bereiken dat personeel in staat en bereid is de protocollen toe te passen. De voorgestelde middelen en maatregelen zijn slechts ten dele geëffectueerd. Penvoerders streven ernaar dat via het formele lijnoverleg de protocollen besproken worden. In de lijn wordt het *werkoverleg* als een krachtig medium beschouwd, omdat daarmee elk personeelslid bereikt kan worden.

“Het sterkste medium is het werkoverleg. Iedereen heeft werkoverleg en daar moet dus het nut van het protocol aangegeven worden. Dat is wel belangrijk anders zeggen mensen van het valt wel mee. Daar moeten allerlei veranderingen ter sprake komen. En als ik nou kijk naar het *MRSA*-protocol, dat is nogal aan veranderingen onderhevig. Er kwamen steeds wijzigingen en dat werkt demotiverend. Omdat niemand begrijpt van dat moest toen zo en nu weer anders”. (Hoofd OK, Z1)

Het is de bedoeling dat tijdens het werkoverleg nagegaan wordt of de protocollen begrijpelijk zijn, dat veranderingen toegelicht worden en dat het nut van het protocol benadrukt wordt. Om dat te realiseren wordt het wenselijk geacht dat personeel de protocollen voor het werkoverleg gelezen heeft en opmerkingen reeds kenbaar heeft gemaakt aan het afdelingshoofd. In de praktijk blijkt dat protocollen uitsluitend besproken worden als afdelingshoofden daar de noodzaak van inzien en er voldoende tijd voor is, wat begrijpelijk is gezien het aantal protocollen en de omvang ervan. De noodzaak om een protocol te bespreken is onder meer afhankelijk van de invloed ervan op de werkwijze. Indien de werkwijze ingrijpend verandert dan wordt het protocol toegelicht. Bespreking van de protocollen hangt ook af van wat met de protocollen beoogd wordt. Als een protocol consequenties heeft voor de kennis en vaardigheden van het personeel, wordt het in ieder geval besproken. De beide protocollen zijn niet door alle afdelingshoofden toegelicht, enerzijds omdat ze geen ingrijpende veranderingen voor personeel te weeg brengen (accidenteel bloedcontact) anderzijds omdat naar het oordeel van leidinggevenden personeel alleen moet weten waar de protocollen te vinden zijn aangezien het incidentele handelingen betreft (*MRSA*).

“Als er dus een nieuw protocol wordt ingevoerd dat afwijkt van de werkwijze tot nu toe, dan wordt het protocol toegelicht, via werkoverleg, een klinische les of bijscholing wordt er dan aandacht aan besteed. Dus alleen als het protocol echt afwijkt van de huidige gang van za-

ken. Het protocol Accidenteel Bloedcontact is niet toegelicht omdat het niet afweek van wat we al deden”. (Hoofd OK, Z4)

“Als het een nieuw protocol is dan bespreek ik het. Als het een vervanging is dan hang ik alleen een briefje op het prikbord. Bij het *MRSA*-protocol is een briefje van ‘het is herzien en daar is het te vinden’ genoeg. Ze hoeven het niet uit hun hoofd te weten. Ze moeten het gewoon pakken als er *MRSA* is”. (Afdelingsmanager Heelkundige vakken, Z2)

Afdelingsleiders die betrokken zijn geweest bij het totstandkomen van het protocol of die regelmatig geconfronteerd zijn met problemen, blijken de protocollen vaker met personeel te bespreken. Die besprekingen zijn dan vooral gericht op het benadrukken van het nut van het protocol en het motiveren van personeel om de handelingen uit te voeren.

“Op het werkoverleg hebben we het uitvoerig besproken. Eerst en vooral is belangrijk: wat is *MRSA* en wanneer dient het protocol gehanteerd te worden. Bij alle patiënten die bij ons opgenomen worden, moet eerst gevraagd worden of ze recent in een buitenlands of ander ziekenhuis gelegen hebben. Daar begin je mee en dan merk je dat een paar mensen er toch tussendoor zijn geslipt. Je moet de mensen toch stimuleren in het opsporen van mogelijke *MRSA*-patiënten”. (Afdelingsmanager Chirurgie, Z2)

Instructie wordt verzorgd door de penvoerders van de protocollen als in de praktijk daar behoefte aan is. De instructie wordt in principe per beroepsgroep verstrekt. Penvoerders streven naar periodieke instructie en standaardisatie van het lesmateriaal. Periodiek omdat na enige tijd de bekendheid met en de kennis van het protocol afneemt. Via een standaard lessenpakket kunnen verschillende doelgroepen op elk willekeurig moment instructie ontvangen.

“We hebben gewoon drie of vier keer achter elkaar tussen de middag mensen uitgenodigd en het hele *MRSA*-verhaal verteld gedurende een uur, voor verpleegkundigen, voor de schoonmaak, voor medisch personeel. En voor bepaalde afdelingen waar met name de *MRSA*-patiënten komen te liggen, hebben we nog een aantal scholingsdagen gehad”. (Ziekenhuis-hygiënist, Z4)

Behoeft aan instructie of achtergrondinformatie doet zich pas voor als personeel zelf geconfronteerd is met incidenten. Sommige penvoerders willen daarom de instructiemomenten koppelen aan incidenten, omdat op die manier beter inzicht bij te brengen is in de lacunes in de eigen handelwijze. Instructie bij introductie van de protocollen is gericht op bewustwording van de problematiek en op het creëren van begrip voor de maatregelen. De penvoerders bepalen aan de hand van hun ervaring en deskundigheid welke informatie overgebracht wordt aangezien personeel naar hun idee onvoldoende zicht heeft op wat voor hen relevante informatie is.

“Accidenteel Bloedcontact daar hebben we lespakketten voor en een videofilm. We bepalen zelf wat nodig is, wat actueel is op dat moment. Meestal weten ze zelf niet wat ze nodig hebben. Dat is een beetje het probleem. Waar het om gaat is dat ze vooral goed doordrongen worden van wat zij zelf moeten doen bij een accident”. (Ziekenhuis-hygiënist, Z4)

“Je kunt ze wel iets vertellen over *MRSA*. Een jaar later komt het en dan hebben ze geen idee. Dan weten ze niet eens meer wat *MRSA* is. Het werkt pas op het moment dat het speelt.

Dus inspringen op het moment van het incident. Want als ze een half jaar daarvoor een klinische les hebben gehad dan weten ze niets meer”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

Via contactpersonen of via collega's wordt getracht het *aanspreken op nalatig gedrag* te bevorderen. De gedachtegang is dat directe feedback beter inzicht geeft in de lacunes in het eigen handelen. Collegiaal toezicht is een aanpak die in ontwikkeling is. Personeel wordt via cursussen voorbereid op een dergelijke taak.

“Er is een ontwikkeling gaande dat mensen elkaar ook aanspreken op tekortkomingen of afwijkingen. Er zijn ook sessies voor geweest om dat te leren (...). Het wordt gelukkig niet tegen de mensen gebruikt, maar als leermoment. Die cultuur begint langzaam te komen”. (Kwaliteitsfunctionaris Lab, Z3)

Vanuit de lijnorganisatie is incidenteel een beroep gedaan op de penvoerders om de protocollen toe te snijden op de afdelingssituatie, omdat ze te omvangrijk zijn of onuitvoerbaar. Ter bevordering van de begrijpelijkheid, toepasbaarheid en acceptatie zijn protocollen door de lijn in samenspraak met de penvoerders vertaald in *werkkaarten*, *checklijsten*, *afdelingsvoorschriften*. Het oorspronkelijke protocol dient dan als naslagwerk, de voorschriften en werkkaarten als handelingsrichtlijn en de checklijsten als controle van de uitvoering.

“We hebben een checklist ontwikkeld omdat niet iedereen alles kan weten. Je moet steeds continuïteit hebben. Met een checklist kun je alle stappen achter elkaar zetten, de stappen die je moet bewandelen. Omdat we vaak wisselend personeel hebben, is het van belang om een goede continuïteit te hebben. Het moet helder en overzichtelijk zijn wat je moet doen. Iedereen moet zijn eigen aandachtspunten eruit kunnen halen, en je kunt mensen er naderhand op aanspreken, van waarom is dat niet gebeurd?” (Clustermanager Chirurgie, Z2)

Het vertalen van protocollen in werkkaarten, afdelingsvoorschriften of checklijsten wordt door penvoerders toelaatbaar geacht op voorwaarde dat de inhoud van de afgeleide documenten niet strijdig is met het originele protocol. Penvoerders willen wel tegemoet komen aan de behoefte aan een handzaam voorschrift voor de werkvloer, maar daarnaast ook vasthouden aan het originele protocol. De beide opties wil men verwezenlijken door middel van documentatiesystemen waarbij het oorspronkelijke protocol inhoudelijk in tact kan blijven en personeel via trefwoorden kan zoeken naar de benodigde afdelingsinstructies.

“Ik denk dat je een goed protocol moet hebben dat voor iedereen hanteerbaar is. En alleen als in de praktijk blijkt dat ze te groot zijn, te veel informatie hebben, dan kun je voorstellen er een samenvatting van te maken voor een bepaalde afdeling. Men moet wel uitkijken dat het geen eigen leven gaat leiden en dat het wel conform het protocol blijft”. (Artsmicrobioloog, Z3).

De protocollen worden in de lijn in overleg met de penvoerders aangepast. Vooral de *MRSA*-protocollen blijken te worden toegesneden op de afdelingssituatie.

“Ik heb liever dat leidinggevenden dat [*toesnijden op afdelingssituatie*] doen want die weten meer hoe het er op de afdeling aan toe gaat. Maar hij mag niets aan de inhoudelijkheid veranderen. Als dat niet gebeurt is, dan is het wat ons betreft akkoord”. (Artsmicrobioloog, Z2)

“We hebben onze eigen voorschriften [*MRSA-epidemie*] gemaakt aan de hand van het protocol. En daar staat exact in wat de verantwoordelijkheden zijn. Met name de coördinerende taken, zorgen dat iedereen op de hoogte is en dat de zaken binnen onze dienst georganiseerd worden volgens het voorschrift. Voor de schoonmaak heb je een aantal activiteiten. Mensen moeten op de hoogte zijn, het materiaal hebben. Weten wat ze moeten doen. Transport heeft weer zijn eigen taken (...). Als teamleider moet je de mensen informeren, de contactlijsten opstellen, zorgen dat medewerkers gescreend worden. Dat staat allemaal in de voorschriften hoe dat gaat. Om zo eenduidig mogelijk te werken en ook dat niets vergeten wordt. (Hoofd Civiele Dienst, Z1)

Incorporeren van protocollen

Personeel dient uiteindelijk te handelen zoals de protocollen dat voorschrijven. Om te bereiken dat personeel blijft handelen zoals gewenst is, streven penvoerders met name naar continuïteit in de voorlichting (periodieke instructie, reminders) en naar het stimuleren van regelmatige feedback op gedrag. In de lijn wordt de eigen verantwoordelijkheid van personeel benadrukt.

Reminders in de vorm van stickers bij naaldenbekers, of op andere tactische plekken dienen personeel continu te attenderen op het vermijden van accidenten. *Regelmatige feedback* op gedrag vindt plaats door afdelingsbezoeken waarbij hygiënisten personeel attenderen op de maatregelen, wijzen op onzorgvuldig gedrag en praktijkvragen beantwoorden. In ziekenhuizen waar contactpersonen werkzaam zijn, vervullen zij de rol van stimulator.

“De hygiënist gaat regelmatig de afdelingen langs, normaal gesproken elke week (...). Als we constateren dat er niet gewerkt wordt volgens de protocollen, gaan we daarmee naar de lijn. De verantwoordelijkheid blijft daar wel liggen. Maar als we constateren dat er levensgevaarlijke dingen gebeuren dan moeten ze wel van heel goede huize komen, willen ze dat negeren”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

Bij nalatig gedrag wordt personeel door het lijnmanagement gewezen op hun verantwoordelijkheid om hygiënisch te werken. Positieve feedback vindt plaats via werkoverleg of door het aantonen van behaalde resultaten, zoals een *kwaliteitsprijs of infectiepreventieprijs*.

“Als ik bijvoorbeeld constateer dat personeel zich niet aan de maatregelen houdt dan ga ik met hen praten, want het valt onder mijn aandachtsgebied. In het ergste geval moeten daar consequenties aan verbonden worden. Dat is het bijstellen van gedrag via functionerings- of beoordelingsgesprekken en bij herhaling zullen daar misschien wel consequenties aan verbonden worden, zoals ontslag of iets anders”. (Clustermanager Paramedische Dienst, Z1)

“Ik zou graag zien dat er steekproefsgewijs aan de hand van een aantal punten onaangekondigd een visitatie gebeurt. We hebben nu toch twee hygiëne-kwaliteitsmedewerkers per afdeling. En dat aan de afdelingsmanager en in een jaaroverzicht kenbaar gemaakt wordt hoe we scoren. Dan geef je je bloot en probeer je mensen te prikkelen adequater met de proto-

collen om te gaan (...). Want als de werklast hoger wordt dan is het eerste wat nagelaten wordt de hygiëne". (Afdelingshoofd Special Care, SEH, Z2)

Uit het bovenstaande is af te leiden dat penvoerders via educatieve maatregelen proberen de benodigde kennis over te brengen en via organisatorische maatregelen de positie van de protocollen in de lijn te verstevigen. Sociale controle en regelmatige feedback moet personeel stimuleren de handelingen blijvend toe te passen. Sociale controle is realiseerbaar als daar in de lijn draagvlak voor is. De keuze van de implementatieaanpak is niet gebaseerd op een onderscheid in pre- en postaccidentmaatregelen, noch op een onderscheid naar type protocol. Bij *MRSA* is sprake van een collectief probleem, bij een accidenteel bloedcontact van een individueel probleem. In de voorlichting zou dat tot uiting kunnen komen door een aanpak waarbij het trainen van vaardigheden (accidenteel bloedcontact) en het ontwikkelen van een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel (*MRSA*) centraal staat.

In de lijn worden de protocollen op vergelijkbare wijze geïntroduceerd als de afdelingsprotocollen. Instructie en motivatie van personeel wordt min of meer als een taak van de penvoerders gezien. Bij naleving wordt in de lijn vooral gerefereerd aan de verantwoordelijkheid van personeel.

6.3.3 Evaluatiestrategie

In deze paragraaf wordt beschreven hoe beoordeeld is of de beoogde doelen met de protocollen bereikt zijn: zijn doelgroepen bekend met de protocollen, bereid en in staat om de maatregelen toe te passen? En is het gewenste resultaat, reductie van infecties, behaald?

Evaluatie zou, aldus de afspraken voor instellingsbrede protocollen, systematisch en periodiek moeten plaats vinden aan de hand van audits die intern en door externe instanties (visitaties) uitgevoerd worden (hoofdstuk 5). De geïnventariseerde knelpunten en de voorgenomen verbeteringen dienen in jaarverslagen aan de orde te komen. De voorgestelde evaluatieaanpak lijkt geënt op kwaliteitssystemen; evaluatie dient cyclisch uitgevoerd te worden om te beoordelen of de voorgenomen verbeteringen gerealiseerd zijn. Uit de interviews blijkt dat deze evaluatieaanpak wel gewenst maar nauwelijks geëffectueerd is vanwege allerlei uitvoeringsproblemen.

Uit de afspraken voor de evaluatie van instellingsbrede protocollen (hoofdstuk 5) wordt niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor evaluatie, welke gegevens verzameld moeten worden en welke norm als uitgangspunt dient voor beoordeling van de resultaten. In de praktijk blijkt dat deze onduidelijkheden leiden tot een weinig systematische evaluatieaanpak. Evaluatie vindt incidenteel plaats op momenten dat personeel geconfronteerd is met een accident of met *MRSA*. Pas dan blijkt dat protocollen niet begrepen worden of onuitvoerbaar zijn. Via incidenten vindt evaluatie plaats van problematisch gedrag (afwijkingen, negeren) of van onvermogen (onbekendheid, onbegrip van protocollen). Informanten blijken beoordeling van correct gedrag, waaruit blijkt dat de voorgestelde preventiemaatregelen toegepast worden, moeilijk te vinden omdat daarvoor de indicatoren ontbreken. Een ander punt is dat voor de uitvoering van de maatregelen geen specifieke vaardigheden vereist zijn zodat een beoordeling op bekwaamheidsniveau niet realistisch is.

Tabel 6.9 bevat een overzicht van de gewenste en gerealiseerde evaluatie van de protocollen in de vijf ziekenhuizen. Aan informanten is gevraagd hoe de protocollen geëvalueerd worden, welke evaluatiecriteria als uitgangspunt dienen en wat met de resultaten van de evaluaties gedaan is. Er zijn geen antwoordopties aangeboden.

Tabel 6.9 laat zien dat evaluatie naar aanleiding van incidenten plaats vindt en dat op ad-hoc basis een knelpuntenonderzoek of audit in enkele ziekenhuizen is uitgevoerd. Beoordeling van de protocollen is onderdeel van visitatie van de afdeling infectiepreventie; in een van de vijf ziekenhuizen is de afdeling gevisiteerd door collega hygiënisten. Casusevaluatie van accidenten vindt plaats aan de hand van meldingsformulieren. In (kwaliteit)jaarverslagen wordt verslag gedaan van een toename of afname van incidenten en van de geplande verbeteractiviteiten.

Uit tabel 6.9 is op te maken dat evaluatie volgens een kwaliteitssystematiek plaats dient te vinden (periodiek, audits, visitaties, toetsing en registratie). Penvoerders twijfelen aan de mogelijkheid om via indicatoren te bepalen of de gewenste effecten bereikt zijn.

Evaluatiemethoden

Evaluatie dient volgens de afspraken (hoofdstuk 5) en de interviews periodiek plaats te vinden op geplande momenten, conform kwaliteitsnormen zoals *NIAZ/PACE* en *ISO-9001*. Protocollen zouden een beperkte geldigheid moeten hebben (een doorlooptijd van ongeveer twee jaar). Een jaar na introductie zou de eerste evaluatie moeten plaats vinden.

“Deze protocollen zijn eindelijk geldig. Volgens het systeem zouden ze elke twee jaar getoetst moeten worden. In de toekomst gaan we werken met jaarrapportages. Dan zul je aan de orde moeten stellen wat je gedaan hebt aan toetsing, onderhoud van het kwaliteitssysteem”. (Stafffunctionaris Kliniek, Z4)

Tabel 6.9 Gewenste aanpak evaluatie van protocollen in vijf ziekenhuizen

<i>Gewenste evaluatieaanpak</i>	<i>Gerealiseerd (=R)</i>	<i>Opmerking</i>
<i>Evaluatiemethode</i>		
periodiek evalueren	-	
ijkmomenten (vervaldatum; termijn na introductie) afspreken	-	
na incidenten evalueren	R	
<i>Evaluatiecriteria</i>		
indicatoren	-	
<i>Evaluatie-instrumenten</i>		
audit	R	(Z5, incidenteel)
knelpunteninventarisatie	R	(Z1, Z2 incidenteel)
visitatie	R	(Z4, eenmaal)
casusevaluatie	R	
toetsing personeel	-	
<i>Rapportage evaluaties</i>		
jaarverslag (resultaten evaluaties)	R	

“Periodieke toetsing is iets van de laatste jaren. Daarvoor werd er niet over nagedacht. Ik denk dat ze [*lijnmanagement*] dat moeten weten en dat weten ze gewoon niet (...). Je probeert je toch te conformeren aan wat men landelijk gaat doen”. (Ziekenhuishygiënist, Z3)

In de praktijk vindt evaluatie plaats naar aanleiding van incidenten. Aan de hand van meldingsformulieren of inventarisaties van praktijkproblemen wordt door penvoerders beoordeeld wat de oorzaak is van een accident en welke tekortkomingen het protocol bevat.

“Naar aanleiding van de epidemie die we gehad hebben zijn er evaluatierondes geweest. Zijn er schriftelijke enquêtes gehouden onder de mensen. Ze hebben allemaal kunnen aangeven wat er niet goed liep”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Als er een accidenteel bloedcontact is, die kwamen eerst bij mij terecht, dan neem ik meteen het protocol door want het gebeurt vaak met teruggestoken naalden. Dan kijk ik met hen het protocol op die punten door. Ik inventariseer tekortkomingen en die leg ik dan vast en die worden dan meegenomen in de volgende bijstelfase”. (Ziekenhuishygiënist, Z2)

Evaluatiecriteria

Penvoerders merken op dat er geen betrouwbare indicatoren zijn voor het meten van het succes van de protocollen. Het lijnmanagement en beleidsvertegenwoordigers streven naar het opstellen van indicatoren op basis van kwaliteitsnormen en professionele normen. Gesuggereerd wordt dat het aantal infecties of het aantal accidenten een indicator is van preventief werken. Penvoerders betwijfelen dat omdat het merendeel van accidenten niet gemeld wordt. Aan het nut van registratie van incidenten wordt eveneens getwijfeld, omdat valide normen daarvoor ontbreken en registratie van accidenten volgens wetgeving geanonimiseerd moet zijn.

“Voor een organisatie is het wel belangrijk een totaal plaatje te hebben. Aan de hand van het invullen van een accreditatiegids of een kwaliteitsbeoordelingnorm wordt heel snel duidelijk waarop je moet scoren, wat je gepland en verbeterd hebt. En hoe ver je gevorderd bent. Aan de hand daarvan kom je dan tot een score uit. Er zijn binnen de instellingen een aantal indicatoren aan te geven. Bijvoorbeeld het aantal infecties dat optreedt”. (Kwaliteitsfunctionaris zorgclusters, Z2)

“Als we kijken naar ons kwaliteitsplan dan zijn we op dit moment toe aan het ontwikkelen van indicatoren. Op dit moment kijken we naar outcome-indicatoren. Het aantal gemelde prikaccidenten bijvoorbeeld. Maar dan zien we het topje van de ijsberg, want veel accidenten worden niet gemeld”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

“We sluiten ons niet aan op centraal registreren, al was het alleen maar omdat we daar de logistiek niet voor rond krijgen. Volgens de richtlijnen die daar landelijk voor staan dan is dat hier in huis niet te realiseren. Bovendien ben ik wat wantrouwend tegenover dat centrale geregistreer. Want wat je toch gaat krijgen is dat er een analyse gedaan wordt op basis van de data landelijk, waarbij allerlei factoren worden weggefilterd of niet herkend of bekend zijn bij de mensen die de analyses doen. Dat zijn volgens mij nauwelijks mensen uit de praktijk. En als die dan roepen van ziekenhuis X heeft te veel infecties en dat komt omdat ze zus of zo doen dan denk ik daar weten jullie geen snars van”. (Artsmicrobioloog, Z3)

Evaluatie-instrumenten

Informanten staan een systematische verzameling van gegevens voor, via audits, knelpunteninventarisaties, visitaties en toetsing van personeel. Penvoerders lijken vooral behoefte te hebben aan een in de praktijk hanteerbaar instrument voor het systematisch verzamelen van gegevens over het functioneren van de protocollen.

“Ik zou willen evalueren of het protocol hanteerbaar is in de praktijk. Je kunt het allemaal wel mooi vanuit de theorie opstellen, maar werkt het ook zo in de praktijk. Heeft men er ook wat aan, gebruikt men het, zijn de zaken leesbaar en duidelijk.” (Artsmicrobioloog, Z4)

De *audit-aanpak* wordt voorgesteld om organisatiebreed gegevens te verzamelen, alhoewel sommige penvoerders aangeven dat een audit onhaalbaar is en dat hoogstens via steekproeven een evaluatie van instructies op grotere schaal uitvoerbaar is.

“Als je organisatiebreed zou toetsen, dan moet je eens kijken wat dat gaat kosten. Ik denk dat we beter een paar afdelingen op een klein aantal items kunnen toetsen, steekproefsgewijs. Maar dan wel structureel steekproefsgewijs. Dat je toch een goed beeld krijgt van het functioneren van de protocollen”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

“We hebben zelf een aantal audits gemaakt. Het is de bedoeling dat we een keer per jaar een audit op de afdelingen houden. In het verleden deden we dat consequent, we rapporteerden daar ook uitgebreid over. Nu doen we dat meer globaal. We willen ter plekke een indruk hebben hoe het protocol functioneert, dan is er nog wel wat winst uit te halen door discussie over de audit”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

De behoefte aan audits lijkt samen te hangen met de invoering van kwaliteitssystemen. In ziekenhuizen worden audits afgenomen bij laboratoria. Nnaar voorbeeld daarvan willen sommige informanten de protocollen periodiek toetsen aan de hand van een standaardvragenlijst.

“Als ze zich niet aan de protocollen houden, dan komt dat tot uiting via de kwaliteitsaudits. Als kwaliteitsfunctionaris word ik geacht om een aantal keren per jaar, periodiek audits te houden. Volgens een omschreven procedure waarin opgenomen is waar je op let. Een checklist van kritische punten. Daarmee ga ik op een bepaald moment het lab op”. (Kwaliteitsfunctionaris lab, Z3)

“We hebben het nog niet concreet uitgedacht. Maar het gaat er om dat we via een audit toetsen of mensen zich aan het protocol houden en zo niet waarom”. (Kwaliteitsfunctionaris, Z1)

Onduidelijk is wie onderzoek naar het functioneren van protocollen zou moeten organiseren en coördineren. Het lijnmanagement verwacht min of meer dat de opstellers van de protocollen de organisatie en uitvoering van de evaluatie voor hun rekening nemen.

“Ik vind eigenlijk dat voor de algemene protocollen, dus die afdelings- en zorgoverstijgend zijn, dat er door infectiecommissie een structuur voor gemaakt moet worden om minimaal steekproefsgewijs te toetsen of ze nog functioneren, werken”. (Afdelingshoofd Special Care, SEH, Z2)

Visitatie is een vorm van extern auditen door collega-hygiënist. In een van de ziekenhuizen (Z4) is een *visitatie* uitgevoerd. De *visitatie* is gericht op het functioneren van de afdeling infectiepreventie en op het gevoerde beleid. Beoordeling beperkt zich tot het nagaan of er systemen zijn voor het opstellen, implementeren en het beheer van de protocollen. *Casusevaluatie* houdt in dat op grond van incidenten geëvalueerd wordt welke problemen zich voordeden en in welke richting oplossingen gekozen zijn. De evaluatie is gericht op de overwegingen die geleid hebben tot een bepaalde beslissing. Deze aanpak wordt voorgesteld bij de protocollen Accidenteel bloedcontact, omdat via casusbeschrijvingen inzicht verkregen kan worden in oplossingsstrategieën bij complexe problemen, zoals een indicatiestelling voor behandeling bij een vermoeden op *HIV*-besmetting.

“Je moet bij elk accident an sich gewoon heel goed opschrijven wat de overwegingen zijn. En achteraf een evaluatie doen of overleggen met het *HIV*-team van wat hadden jullie in deze situatie gedaan. Ik denk dat je altijd, zeker als je besluit tot het starten van de PEP [*post exposure profylaxe*] moet overleggen met het *HIV*-team want dat zijn de experts.” (Artsmicrobioloog, Z4)

“Bij het bloedaccidentenprotocol wordt door de ziekenhuishygiënist elke casus die zich aandient geëvalueerd en gerapporteerd. Daartoe [*evaluatie*] zijn formulieren ontwikkeld”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Vooraf door de lijn en beleidsvertegenwoordigers is voorgesteld om te *toetsen* of personeel bekend is met de protocollen en in staat is ze uit te voeren. Beoordeling van kennis en vaardigheden zou via *toetsen* regelmatig plaats moeten vinden. Daarbij wordt toch een onderscheid gemaakt tussen handelingsprotocollen en infectiepreventieprotocollen. Infectiepreventieprotocollen zouden op bekendheidsniveau getoetst moeten worden.

“De wens is dat iedereen op de hoogte is van dit soort bijzondere protocollen. Dat kun je gewoon te vragen weet jij wat in het protocol staat en wat je moet doen, langs welke weg je moet gaan. Weet je wat je moet doen na een prikaccident? Als ze je aankijken en melden van moet ik een formulier invullen dat wist ik niet, waar liggen die formulieren? Dat kun je een aantal mensen vragen of met een soort kleine enquête. Het wordt nu allemaal ad-hoc gedaan, maar we zijn van plan een handboek te maken met alle protocollen en die gaan we regelmatig toetsen”. (Hoofd OK, Z3)

“Beoordeling vindt intercollegiaal plaats, maar nog ad-hoc. Op basis van de voorbehouden handelingen is een algemeen functieprofiel van verpleegkundigen gemaakt en dat gaat ook per medewerker, afdeling gebeuren. Aan de hand van een afvinklijst waarop alle gedocumenteerde voorbehouden handelingen staan, vindt dan minimaal eenmaal per jaar een controle op bekwaamheid plaats. Ik vind dat je de hygiëneprotocollen toch minimaal op bekendheidsniveau moet toetsen, dat je weet wanneer je het protocol moet hanteren. Op kennisniveau hoeft je ze niet volledig te beheersen, bij handelingsprotocollen ligt dat dus anders”. (Afdelingshoofd, Special Care/SEH, Z2)

“Protocollen zouden vaker op uitvoerbaarheid getoetst moeten worden (...). Dankzij de flexibele opstelling van veel werknemers draait het systeem, ondanks de protocollen. Protocollen zijn ongelooflijk star. Als *MRSA* veel voorkomt dan is het onwerkbaar (...). Van ons wordt verwacht dat we patiënten behandelen, maar met de uitvoerbaarheid van zo'n protocol wordt geen rekening gehouden”. (Arts, Z4)

Rapportage evaluaties

Volgens de beleidsvoornemens wordt in (kwaliteits)jaarverslagen gerapporteerd over het gevoerde beleid, de tekortkomingen en de beoogde verbeteringen. Aangezien beoordelingen van het functioneren van protocollen niet systematisch plaats vindt, ontbreken daar meestal gegevens over in de jaarverslagen.

6.3.4 Gerapporteerde implementatieproblemen

De tijdens interviews gerapporteerde problemen zijn volgens het schema in hoofdstuk 2 (tabel 2.14) geïnventariseerd. Het betreft problemen die geuit zijn door de penvoerders, het lijnmanagement en beleidsvertegenwoordigers. De gesignaleerde implementatieproblemen zijn gerubriceerd zoals in tabel 6.10 is weergegeven. Alle partijen (penvoerders, lijnmanagement, beleidsvertegenwoordigers) signaleren dat de implementatie van de protocollen niet goed georganiseerd is en dat de voorzieningen ontoereikend zijn voor een succesvolle uitvoering. De partijen wijten, vanuit hun ervaringen met dergelijke protocollen, de problemen aan verschillende oorzaken. Volgens de penvoerders is er een gebrek aan medewerking in de lijn voor de uitvoering van de protocollen. Het lijnmanagement oordeelt dat de problemen onder meer voortkomen uit de onduidelijke positie van instellingsbrede protocollen ten opzichte van de afdelingsprotocollen. Afspraken over implementatie blijken onduidelijk of ontbreken en er zijn onvoldoende voorzieningen (tijd, personeel, middelen) voor de uitvoering. De beleidsvertegenwoordigers (kwaliteitszorg) wijten de problemen aan het ontbreken van een implementatiebeleid in de organisatie voor instellingsbrede protocollen.

Implementatie moeilijk stuurbaar

Het systeem van verspreiding, introductie en invoering van de protocollen blijkt moeilijk stuurbaar. Introductie van de protocollen vindt op beperkte schaal plaats, omdat het ondoenlijk is om organisatiebreed de protocollen te bespreken. Penvoerders bespreken de protocollen met een selecte groep, voornamelijk afdelingshoofden. Met de werkvloer vindt voornamelijk indirect contact plaats via afdelingshoofden of intermediairen (contactpersonen, werkgroepen). De penvoerders leveren op afroepbasis ondersteuning in de vorm van toelichting van het protocol of instructie. Al met al staan penvoerders in feite langs de zijlijn bij de implementatie van de protocollen. Organisatorische maatregelen, zoals het instellen van contactpersonen, blijken op verzet te stuiten wegens logistiek problemen of weinig zoden aan de dijk te zetten omdat contactpersonen of commissies beperkte invloed in de organisatie hebben. Penvoerders en afdelingsleiders spelen elkaar de bal toe wat de verantwoordelijkheid voor het inburgeren van de protocollen betreft.

“Ik geef advies. Wij kunnen ingehuurd worden door degene die de implementatie gaat coördineren om voordrachten te geven, praktische vragen te beantwoorden. Maar ik vind niet dat wij de hele club bij elkaar moeten gaan roepen. Dat moeten de zorgdiensten doen”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“Ik ben verantwoordelijk voor een aantal protocollen die toegewezen zijn aan de IC, dat is mijn verantwoordelijkheid, maar *MRSA* valt daar niet onder. Dat is een ziekenhuisbreed protocol en daar is een leemte. Ik vind dat de ziekenhuishygiënist daar verantwoordelijk voor is”. (Hoofd IC, Z3)

Tabel 6.10 Implementatieproblemen protocollen (pervoerders, lijnmanagement en beleidsvertegenwoordigers)

<i>Probleemomschrijving</i>	<i>Pervoerders</i>	<i>Lijnmanagement/beleidsvertegenwoordigers</i>
organisatie implementatie	implementatie moeilijk stuurbaar	taken en bevoegdheden onduidelijk
uitvoering voorlichting	gebrek aan prioriteit	overdaad aan protocollen, problematiek incidenteel
effectiviteit voorlichting	instructie beklijft niet	onvoldoende en te weinig praktijkgerichte instructie
beschikbaarheid voorzieningen	onvoldoende tijd beschikbaar	onvoldoende tijd, personeel, budget

In feite is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij onduidelijk is wie welke taken en plichten hebben in het proces van verspreiding, introductie, invoering en naleving. Personeel heeft de plicht om zich op de hoogte te stellen van de protocollen en de erin vastgelegde maatregelen na te komen. Afdelingsleiders hebben de plicht om personeel te attenderen op een protocol en personeel aan te spreken op afwijkend gedrag. Onduidelijkheden bestaan over de taken die betrekking hebben op het incorporeren van de maatregelen: het bevorderen van inzicht in de problematiek en in het eigen handelen, het bevorderen van acceptatie en beklijven van de maatregelen. Onduidelijk is ook wie de taak heeft te garanderen dat de maatregelen realiseerbaar zijn qua materiële en immateriële voorzieningen.

“Als de protocollen klaar zijn en geaccordeerd dan ontstaat er ergens een muur. Een muur op de werkvloer. Verpleegkundigen blijken onvoldoende op de hoogte (...). Je kan niet voor iedereen voorlichtingsbijeenkomsten gaan houden dus dat wordt dan beperkt tot leidinggevers. Op de een of andere manier is er geen structuur in het ziekenhuis voor implementatie. (...). Ik vind dat het een lijnverantwoordelijkheid is. De maatregelen zijn helemaal niet zo ingewikkeld en hij zal er toch wat mee moeten op zijn afdeling”. (Artsmicrobioloog, Z1)

“In feite wordt het protocol aan de klinische zorg aangeboden. En men gaat er vanuit dat als het aangeboden is, dat het dan ook uitgevoerd wordt. Ik heb ze beide aangeboden gekregen. Maar er zegt niemand hoe het nu ingevoerd moet worden. Want dan krijg je weer de vraag van als het zo en zo moet, dan hadden we graag wel dit en dat in de voorzienings sfeer aangepast willen zien”. (Clustermanager, Chirurgie, Z1)

Voorlichting heeft in de lijn geringe prioriteit

Volgens pervoerders is de aandacht voor voorlichting over preventiemaatregelen in de lijn gering. Preventieprotocollen worden pas actueel op het moment van incidenten. In urgente situaties blijkt dat personeel de protocollen niet kan vinden en een beroep doet op de pervoerders voor nadere toelichting of instructie. Pervoerders zien een oplossing in een geautomatiseerd protocollensysteem, omdat dan in urgente situaties in ieder geval de protocollen beschikbaar zijn en personeel naar behoefte informatie op kan opvragen. Uit de ziekenhuizen waar een dergelijk systeem in gebruik is (Z4) of waar een pilot is uitgevoerd met het gebruik van intranet (Z2), blijkt dat personeel niet met de systemen overweg kan (Z2) of een zodanig vertrouwen in het systeem stelt dat verwacht wordt dat bij

elk zich voordoend probleem via een druk op de knop een pasklare oplossing voorhanden is (Z4).

“Vaak is het toch zo van er is een nieuw protocol dat leg ik in de kast en als ik tijd heb, dan lees ik het wel een keer. Bij een epidemie wordt het ergens uit een stofnest tevoorschijn gehaald. Met het *DKS*-systeem is het wel toegankelijker. Met een druk op de knop kun je zo de informatie ophalen. Nu is het altijd de vraag waar het protocol ligt”. (Ziekenhuishygiënist, Z1)

Afdelingsleiders merken op dat men overspoeld raakt met protocollen. Protocollen die ingrijpende veranderingen teweeg brengen, krijgen prioriteit. Aan de relevantie van de *MRSA*-protocollen wordt getwijfeld, omdat de relatie tussen de voorgeschreven maatregelen en de problematiek niet duidelijk is. Door het wisselend beleid bij incidenten, wordt de aandacht wel steeds op *MRSA* gevestigd, maar in negatieve zin. Het demotiveert personeel en verzwakt de betekenis van een protocol als leidraad voor de handelwijze.

“Je krijgt zoveel protocollen en zoveel instructie-exemplaren, waarvan je van de helft kunt zeggen die zijn niet relevant want dat komt bij ons niet voor (...). *MRSA* is wel van belang maar dat komen we weer te weinig tegen”. (Hoofd Chirurgie, Z4)

“Met betrekking tot het personeel vind ik dit [*MRSA*] een heel moeilijk protocol. Het is complex, het is uitgebreid en ik betwijfel of men het nut ervan inziet. Je hebt van die maatregelen van ‘we doen ze omdat we ze moeten doen’, maar waarom eigenlijk weten we niet. Bij Accidenteel Bloedcontact ben je afhankelijk van de inzet en professionaliteit van de medewerkers”. (Clustermanager OK, Z1)

“Het *MRSA*-protocol is nogal aan verandering onderhevig. Dit blijft dus vanzelf wel onder de aandacht. Omdat er iedere keer weer nieuwe inzichten, herzieningen komen. Dat werkt soms heel demotiverend omdat niemand begrijpt van wat toen zo moest, hoeft nu plotseling niet meer”. (Clustermanager OK, Z1)

Voorlichting beklijft niet

Penvoerders merken op dat de instructie niet beklijft omdat de incidenten te weinig voorkomen. Door de geringe confrontatie met problemen raakt het personeel niet vertrouwd met de protocollen. Sommige afdelingsleiders merken op dat met voorlichting over deze protocollen niet meer bereikt kan worden dan dat personeel er van op de hoogte is en weet waar ze te vinden zijn. Bij problemen is ter plekke assistentie van de penvoerders gewenst.

“Ik heb al dertig of veertig verhalen gehouden over wat is nou *MRSA* van wat is het probleem nou. Hoe groot is het probleem, waarom doe je zoveel moeite en waarom zijn we bang voor dat soort dingen. De hoofd-waarde-tijd van dat soort verhalen is volgens mij nog geen week”. (Artsmicrobioloog, Z5)

“Met deze protocollen kun je geen routine opbouwen. Dat is een groot probleem. Wat je wel kunt doen is zorgen dat mensen weten dat er een protocol is, en dat ze weten waar ze het kunnen vinden. En op het moment dat er een probleem is dat degene die er meer van weten dat die ter plekke aanwezig zijn om begeleiding te geven”. (Clustermanager OK, Z1)

Penvoerders geven aan dat juist de preaccidentmaatregelen nadere aandacht van lijnmanagers behoeven omdat eenmaal ingesleten gedrag moeilijk te veranderen is. Dat probleem doet zich vooral bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact voor. Personeel is volgens penvoerders tamelijk onverschillig aangezien nalatigheid doorgaans weinig consequenties heeft.

“De helft van de prikaccidenten is een kwestie van onzorgvuldig gedrag. Mensen nemen de naaldenbekers niet mee naar het bed van de patiënt. Dat is een kwestie van gedrag. Daar hoef je geen ingewikkelde dingen voor te bedenken. Je zou kleinere naaldenbekers kunnen aanschaffen. Het soort gedrag en cultuur daar kun je haast niet tegen vechten”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Voorlichting is te weinig praktijkgericht volgens afdelingsleiders. De organisatorische consequenties van de protocollen voor de afdeling zelf komen onvoldoende aan bod en de protocollen bieden te weinig ondersteuning om praktijkproblemen op te lossen. Het delegeren van voorlichting aan contactpersonen blijkt geen geaccepteerde oplossing.

“Zoals het nu gegaan is, is dat de protocollen naar iedereen toegestuurd worden met een verzoek van lees het maar, neem er kennis van en handel naar welbevinden. Dat is dus geen implementatie, dat is in kennis stellen van. En wat je nu ziet is dat die hygiëne kwaliteitsmedewerkers er mee de boer op moeten, naar die hebben geen enkele zeggenschap”. (Afdelingsmanager, Z2)

“Het protocol geeft geen duidelijkheid op het moment dat de problemen zich voordoen. Je moet dan in een keer heel veel activiteiten zelfstandig kunnen uitvoeren en daarin zou het protocol ondersteuning moeten bieden. Onduidelijk is hoe lang iemand geïsoleerd moet worden, wie de bezoekers voorlicht, wat mag het personeel wel en dat soort praktische zaken”. (Clustermanager Chirurgie, Z1)

Voorzieningen ontoereikend

De afdeling infectiepreventie beschikt over te weinig personeel of tijd om organisatiebreed voorlichting te verstrekken of om op afroepbasis instructie ter plekke te verzorgen. In de lijn ontstaan problemen bij de invoering van de protocollen, omdat dan blijkt dat de materiële of immateriële voorzieningen ontoereikend zijn.

“We hebben geanalyseerd waar de problemen lagen. Er blijkt bijvoorbeeld dat de beschikbaarheid van het clustermanagement in het weekend niet goed geregeld is. Als er in het weekend een probleem is dan moet je gaan rondbellend omdat die mensen niet 24 uur beschikbaar zijn. Dat soort zaken moet verbeterd worden”. (Artsmicrobioloog, Z2)

“De contactpersonen hebben een voorlichtende functie. Het werkt niet overal even goed omdat je hen moet blijven voeden met informatie. Een groot punt is tijdgebrek. We hebben ongeveer vier keer per jaar de contactpersonen bij elkaar, en dat is veel te weinig”. (Ziekenhuishygiënist, Z5)

6.3.5 Gerapporteerde implementatieproblemen door gebruikers

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de implementatieproblemen die gesignaleerd zijn door de gebruikers van de protocollen. De problemen zijn naar voren gekomen tijdens de uitvoering van de taken door een geselecteerd deel van de doelgroep van

de protocollen (zie hoofdstuk 4). De implementatieproblemen zijn geïnventariseerd en gerubriceerd. Uit de problemen komt naar voren dat gebruikers kritiek hebben op de voorlichting, maar vooral ook op de protocollen zelf. De voorgestelde verbeteringen weerspiegelen vooral dat van een protocol verwacht wordt dat het een duidelijk en gemakkelijk bereikbaar werkvoorschrift is. De voorlichting dient volgens gebruikers ter bewustwording van de risico's en ter bevordering van de vaardigheden om risico's te voorkomen.

Onvoldoende voorbereid op taakuitvoering

De protocollen zijn toegestuurd aan de behandelafdelingen, ondersteunende diensten en aan de medische staf. De protocollen, of voorafgaande versies, zijn soms besproken. Van het personeel wordt verwacht dat zij de protocollen doornemen en de maatregelen vervolgens toepassen.

“Het [*MRSA-protocol*] is neergelegd en er is alleen gezegd dit is het verhaal en dat zijn de regels (...). Je moet ze lezen en dan uitvoeren”. (Afdelingsleider neurologie/*MRSA*-unit, Z4)

“Ik heb het [*protocol Accidenteel bloedcontact*] ooit toegestuurd gekregen met een begeleidende brief en dat is alles”. (Arts, Z2)

“We hebben een infectiepreventiekaart achter de balie. Iedereen kan lezen wat daar in zit. We zijn op de kaart gewezen door het afdelingshoofd. Ook nieuwe collega's zeggen we van kijk daar eens in. We zijn er zelf verantwoordelijk voor dat we de protocollen doornemen”. (Verpleegkundige, Z5)

Uit de interviews komt naar voren dat een protocol als zodanig geen afdoend middel is om inzicht te krijgen in wat de consequenties ervan zijn voor de werkwijze. De protocollen zijn te omvangrijk om tijdens een werkbespreking toe te lichten of te weinig toegesneden op de praktijk om de benodigde informatie eruit te destilleren.

“Voor dat je dit protocol [*Accidenteel Bloedcontact*] hebt doorgelezen en iedereen alles heeft begrepen en ook in zich heeft opgenomen dat kost tijd. Het is ook een andere taal, dus je moet het aandachtig lezen van wat bedoelen ze nu? Ik vind dat hierover wel eens extra informatie of scholing over mag komen”. (Analist, Z1)

“Tegenwoordig hebben we op elke afdeling zoveel protocollen. Als je voor elk probleem zo'n dik protocol moet doornemen dan valt dat niet mee. Het protocol [*MRSA*] moet uit twee dingen bestaan. Het moet een volgkaart zijn voor wat je moet doen bij een uitbraak. En, wat je moet doen bij opgenomen *MRSA*-patiënten. Waar moet je op letten, wat zijn de risico's, en er achter moet de uitleg staan van waarom”. (Arts, Z5)

Instructie in de vorm van een of meerdere bijeenkomsten of klinische lessen heeft in het merendeel van de ziekenhuizen plaats gevonden. Desondanks oordelen verschillende informanten dat zij onvoldoende voorbereid zijn op de uitvoering van de protocollen. De instructie draagt niet voldoende bij aan de vaardigheden die nodig zijn om de maatregelen toe te passen en geeft te weinig inzicht in de verantwoordelijkheden die zij hebben.

“Er vindt geen instructie plaats van de basishygiënische maatregelen die van belang zijn bij *MRSA*. Dan gaat het met name om het handenwassen. Dat is heel belangrijk bij *MRSA*. Wij

hebben gezegd, vorig jaar al, dat er meer instructie moet komen over hoe je je handen moet wassen, hoe je je handen moet verzorgen. Want dat is een dankbare taak voor infectiepreventie". (Afdelingshoofd Vaatchirurgie, Z5)

"De aansprakelijkheid komt onvoldoende aan bod in de voorlichting. Op het moment dat mensen van het protocol [*Accidenteel Bloedcontact*] afweten, van het bestaan ervan, dan moeten ze ook weten dat als er iets gebeurt waar ze zelf voor verantwoordelijk zijn, waar je ze op kunt aanspreken. Je kunt dan niet volstaan met ik heb het niet geweten". (Verpleegkundige SEH, Z1)

Met name arts-assistenten signaleren dat zij onvoldoende voorbereid zijn op de hun toedachte rol in de opvang van getroffen werknemers. Tijdens de inwerkperiode is niet voldoende duidelijk geworden welke taak zij hebben in de afhandeling van accidenten.

"In de loop van de eerste maand kreeg ik allerlei protocollen onder mijn neus geschoven, op het moment dat ik heel erg druk was met het ingewerkt raken (...). Er is niemand die mij op dit soort protocollen gewezen heeft en de collega's [*andere arts-assistenten*] die weten dus ook niets (...). Ik zou het goed vinden dat er een toelichting komt in het protocol [*Accidenteel Bloedcontact*] hoe wij als arts-assistenten het moeten gebruiken en dat het regelmatig vervangen wordt en dat we het krijgen voordat we er gaan werken". (Arts-assistent, Z4)

"We hebben het allemaal wel een keer gehad tijdens de opleiding. Maar binnen zo'n organisatie is toch alles weer anders. Ik denk dat het goed is dat we tijdens de introductiedag instructie krijgen, bijvoorbeeld van de medewerkers van de Eerste Hulp, over wat de procedure inhoudt, wat wij moeten doen met accidenten want je krijgt met verpleegkundigen en artsen te maken die toch flink geschrokken zijn op zo'n moment. Ik denk dat we heel goed moeten weten wat we moeten doen met bloedprikken, toestemming vragen, controle op infectieziekten etc". (Arts-assistent, Z2)

Onvoldoende inzicht in problematiek

MRSA en "prikaccidenten" roepen, vooral bij huishoudelijk personeel, gevoelens van angst of paniek op. De angst voor *MRSA* lijkt groter dan voor een accidenteel bloedcontact, vanwege de onbekendheid over de gevolgen. De onzekerheid over de consequenties van een *MRSA* leidt tot extra veiligheidsmaatregelen.

"In de tijd dat *AIDS* nog nieuw en wat onbekend was, waren werknemers erg angstig. Men was bang om het zelf op te lopen. Wat je bij *MRSA* ziet is dat werknemers overbezorgd zijn en alles willen desinfecteren (...). En er komen vragen van wat betekent het nu voor onszelf en kunnen we er ziek van worden". (Hoofd Huishoudelijke dienst, Z3)

"Ik heb maar een dag om ze in te werken en dan moet ik alles uitleggen, ook van *MRSA*, een dag is te weinig. Mensen hebben zoiets van het is eng. Een bacterie dat is eng. Dus willen ze liever niet op die isolatiekamers". (Huishoudelijk medewerker, Z5)

De geringe kans op besmetting met *HIV* en de mogelijkheid om zich door vaccinatie te beschermen tegen hepatitis-B, hebben er toe geleid dat de gevolgen van een accidenteel bloedcontact als minder ingrijpend worden beschouwd. Een landelijk incident waaruit naar voren is gekomen dat personeel ook patiënten kan besmetten, heeft vooral geleid tot vragen over het preventiebeleid.

“Het gebeurde toch wel vaak dat werknemers die zich prikten, gewoon doorwerkten. Men ging er toch van uit dat het wel mee valt. Zo is het altijd goed gegaan. Maar daar komen we toch van terug. We zijn toch veel bewuster geworden. Het wordt nu steeds duidelijker voor ons allemaal, waar we mee te maken hebben. Dat wij ons kunnen besmetten, maar ook anderen. Dus vanuit je beroepsverantwoordelijkheid zeg ik nu toch: meld accidenten”. (Hoofdasistent OK, Z3)

“Er zijn vanwege dat hepatitisincident acties gekomen vanuit de afdeling. Men wilde meer weten over het vaccinatiebeleid en men wilde de titer laten controleren. Wat hun status is of er een titerbepaling bekend is. Toen ik hoorde dat dat leefde, heb ik contact gezocht met de Arbodienst. Het initiatief is dus van onszelf gekomen”. (Hoofd OK, Z5)

Onvoldoende stimulans naleving protocollen

Er is te weinig continuïteit in de voorlichting. De protocollen Accidenteel Bloedcontact blijken soms jaren geleden toegelicht te zijn en aan wijzigingen van eenmaal geïmplementeerde protocollen wordt te weinig aandacht besteed.

“De laatste jaren wordt er niet zo veel aandacht meer aan besteed. Er heeft wel een tijd hier zo’n folder opgehangen op het prikbord. Over wat te doen bij prikletsels. Die folder kwam op hetzelfde neer als het protocol (...). Er wordt wel gemeld als er een wijziging is, maar verder wordt er niets aan gedaan. We bespreken niet eens in de zoveel tijd van wat kunnen we aan het voorkomen van prikletsels doen en hoe gaan we ermee om”. (Verpleegkundige, Z4)

“Personeel moet weten dat het protocol in Wijzer zit. Alleen als je er niets mee te maken hebt, kijk je niet in Wijzer of het er in staat en of er wat veranderd is. Maar degene die een protocol in Wijzer zet en het verandert, moet de mensen daar wel van op de hoogte stellen. Met de eigen protocollen gebeurt dat wel, die bespreken we met de afdelingshoofden als er iets aangescherpt of veranderd wordt”. (Verpleegkundige, Z3)

“Het protocol is een bijstelling van een versie die al tien jaar oud is. Er vindt wel instructie plaats door infectiepreventie als er een nieuw protocol komt. Maar dat komt zelden voor. Wij zelf bespreken wijzigingen via het informatiebulletin, maar deze protocollen liggen in een map van infectiepreventie. Maar als we het willen bespreken dan moeten we zelf het initiatief nemen”. (Hoofdanalist, Z5)

Continuïteit in de voorlichting ontbreekt omdat implementatie niet vanuit een beleid geïmplementeerd wordt en veelal willekeurig geschiedt. Sociale controle op gedrag en reminders worden als middelen gezien om naleving te stimuleren.

“Op zich zijn de maatregelen [M_{RS}A] zinvol, maar als zo vaak is de implementatie van maatregelen te veel aan het toeval overgelaten (...). Ik spreek mijn verbazing uit als een bepaalde regeling nagelaten wordt, maar ik ben niet degene die het als taak ziet om te zorgen dat in het ziekenhuis alles volgens de regels uitgevoerd wordt (...). Er zijn altijd zwakke schakels in de uitvoering van het protocol [M_{RS}A]. Iemand met verantwoordelijkheidsbesef zal logischerwijs doen wat wenselijk is. Maar er is geen controle op of dat wat iedereen eigenlijk zou moeten doen, ook daadwerkelijk gebeurt. Dat is een beetje de cultuur, hier”. (Arts, Z2).

“Het [*MRSA*] protocol is een werkschema. Je kunt van niemand verwachten dat hij het kent. Het schema voor indicatiestelling dat moet je ophangen op de afdelingen, dat komt de bewustwording ten goede. En in de situaties dat het [*MRSA*] voorkomt, moet je blijven hame- ren op de regeling en continu, hoe dan ook. Je moet elkaar opvoeden, denk ik”. (Arts, Z1)

6.3.6 Gerapporteerde evaluatieproblemen

De betrokken partijen hebben weinig evaluatieproblemen geconstateerd. Dit is niet op- merkelijk aangezien de evaluatie van de protocollen nog in de kinderschoenen staat. Uit de opmerkingen van penvoerders komt naar voren dat de beoordelingscriteria nog niet helder zijn, afdelingsleiders geven aan dat de beoordelingsprocedure onbekend of ondui- delijk is.

Evaluatiecriteria onduidelijk

Voor penvoerders is onduidelijk hoe beoordeeld kan worden of de doelstelling van de protocollen, veranderd gedrag, gehaald is. Het geïncorporeerd zijn van een protocol zou in het gedrag van personeel tot uiting moeten komen. Bij incidenten is alleen achteraf te beoordelen of juist gehandeld is, bijvoorbeeld aan de hand van de ingediende meldings- formulieren. Daarmee kan echter geen betrouwbare indicatie verkregen worden van het preventief werken, omdat veel accidenten niet gemeld worden. Beoordeling van de in- vloed van een protocol op het preventief gedrag (het vermijden van accidenten of inciden- ten) is volgens penvoerders moeilijk, omdat betrouwbare indicatoren ontbreken.

“Het is heel moeilijk met dit soort protocollen om er een toetsing op los te laten. Want dat is eigenlijk wat je zou willen. Wat je wilt weten is leeft het protocol eigenlijk. Het is wel zo dat als er zich een epidemie voordoet, je het protocol hard nodig hebt en dat is dan gelijk ook de toetsing (...). Je zou kunnen gaan beoordelen of bij elke opname van een patiënt gevraagd is naar *MRSA* risico, dat zou je kunnen overwegen. Dan weet je meteen of het protocol leeft. Maar dat kost veel energie en wat levert het eigenlijk op? Zolang er geen epidemie is gaat het alleen om patiënten met een potentieel risico of met een bekend risico en daar hebben we een goed signaleringssysteem voor. Dus dat systeem is in feite al een toetsing. Bij Acciden- teel Bloedcontact toetsen we via de meldformulieren elke casus en daar wordt over gerap- porteerd”. (Artsmicrobioloog, Z1)

Vanuit de organisatie wordt aangedrongen op periodiek toetsen, maar aanwijzingen voor het verzamelen van gegevens over de bekendheid, bereidheid en bruikbaarheid van de protocollen zijn niet voorhanden.

“Het is de bedoeling dat de effecten van de protocollen gemeten worden (...). Die afspraken moeten we nog opstellen. Navolging, dat je je er aan houdt, wordt getoetst via interne audi- ting door de afdelingen. We hebben het nog niet concreet uitgedacht. Maar het gaat om te beoordelen of mensen zich eraan houden en zo nee waarom niet. Waar lopen ze tegen aan? Dat moet je gaan onderzoeken.” (Kwaliteitsfunctionaris, Z1)

Evaluatieprocedure onduidelijk

Afdelingsleiders geven aan dat onduidelijk is hoe de evaluatieprocedure van de protocol- len zou moeten verlopen. Volgens hen zijn de opstellers verantwoordelijk voor de beoor- deling van de protocollen. Penvoerders geven aan dat evaluatie de taak is van het lijnma- nagement. Hier doet zich een probleem voor dat vermoedelijk illustratief is voor instel-

lingsbrede en topdown opgestelde protocollen. Er zijn geen duidelijke afspraken over de beoordeling van het functioneren van de protocollen in de praktijk.

“Er zijn mij geen afspraken over evaluatie bekend. Er vindt ook nog geen toetsing plaats, maar dat zou dan moeten gebeuren door de afdelingen zelf? Ik heb dat document [*beheersysteem protocollen en voorschriften*] nog nooit gelezen. Ik wist helemaal niet dat er getoetst zou moeten worden. Maar volgens mij moet infectiepreventie dat doen”. (Afdelingshoofd Chirurgie, Z4)

“Toetsing van naleving is een verantwoordelijkheid van lijn. Als ze ons daarbij willen gebruiken is prima, maar het is niet onze primaire verantwoordelijkheid”. (Ziekenhuishygiënist, Z4)

“Op een gegeven moment komen er heel veel evaluatiegegevens. En waar moet die informatie dan terecht komen? Wie heeft de verantwoordelijkheid om daar dan iets mee te doen? Dat is een belangrijk aspect dat nog verder uitgediept moet worden”. (Kwaliteitsfunctionaris zorgclusters, Z2)

6.4 Conclusie en nabeschatting

De vraagstelling van het totstandkomingsonderzoek is hoe de infectiepreventieprotocollen ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd worden en welke problemen zich voordoen bij het afstemmen op de doelen en doelgroepen? In deze conclusie wordt de gehanteerde ontwerp-, implementatie- en evaluatieaanpak van de protocollen besproken en gerelateerd aan de in hoofdstuk 1 genoemde factoren die van invloed zijn op het succes van regelgestuurde communicatie.

Ontwerp van de protocollen

Uit de interviews blijkt dat de protocollen voornamelijk geschreven worden door experts op het terrein van infectiepreventie (ziekenhuishygiënist, arts microbioloog). Er is sprake van een gedeeld schrijverschap; de verdeling van schrijftaken vindt plaats op grond van expertise of praktische overwegingen. In drie van de vijf ziekenhuizen (Z1, Z2, Z5) is voor het totstandkomen van de *MRSA*-protocollen een commissie gevormd. Zo'n commissie bestaat uit praktijkvertegenwoordigers die ervaring hebben opgedaan met de problematiek, zoals een *MRSA*-uitbraak. De commissie adviseert de penvoerders over de afstemming van de protocollen op de praktijk. De protocollen blijken in een tijdsbestek van ongeveer een jaar tot stand te komen. Er is geen tijdsplanning. De schrijftaak wordt tussen-de-andere-werkzaamheden-door uitgevoerd. De planning hangt af van de druk van de organisatie om een protocol te hebben en van de overlegmomenten van de infectiecommissie die de concepten inhoudelijk beoordeelt. Aanleidingen voor het op- of bijstellen van de protocollen zijn regelgeving, ontwikkeling in bestrijding van infecties en gesignaleerde knelpunten uit de praktijk. Doorgaans nemen de penvoerders het initiatief voor het op- of bijstellen van de protocollen.

De protocollen zijn voor iedereen bestemd, omdat in principe iedereen met de problematiek te maken kan krijgen. Met de protocollen worden doelen op individueel niveau (kennis, attitude en gedrag) en op organisatieniveau nagestreefd. Werknemers moeten weten dat er voor een gesignaleerd probleem een regeling getroffen is in de vorm van een proto-

col, waar dat protocol te vinden is, welke risico's het probleem kan opleveren en hoe gehandeld moet worden om problemen te voorkomen (kennisdoelen). Verwacht wordt dat werknemers in staat en gemotiveerd zijn om de voorzorgsmaatregelen te treffen om risico's te beperken voor zichzelf, de patiënt of collega's (attitude- en gedragsdoel). Het protocol dient als leidraad werknemers te ondersteunen in hun handelwijze.

Op organisatieniveau dienen de protocollen als een verantwoordingsdocument, als norm voor geschillen en als toets of men juist gehandeld heeft. Het uiteindelijke doel is beheersing van infecties.

Uit de interviews komt naar voren dat de ziekenhuizen overeenkomen in hun aanpak om de protocollen af te stemmen op de onderscheiden doelen, doelgroepen en het beoogd gebruik. Het totstandkomen van de protocollen is te kenmerken als een geïnstitutionaliseerd vrijwel topdown verlopend herontwerpproces. Beslissingen over de inhoud en vorm zijn gebaseerd op reeds opgebouwde ervaringen en expertoordelen. De bestaande protocollen dienen als kader voor de inhoud en vormgeving van de protocolwijzigingen. In eerste instantie is het ontwerpproces gericht op het bereiken van overeenstemming over de inhoud, waarbij het voldoen aan overheidsregelgeving voorop staat. Doordat de protocollen als een door wet- en regelgeving afgedwongen middel beschouwd worden, vindt geen heroverweging plaats van de bijdrage van protocollen aan de realisatie van de beleidsdoelen. Afstemming op de gebruikers vindt pas plaats als inhoudelijke overeenstemming bereikt is. Ter bevordering van de aanvaardbaarheid van de maatregelen worden concepten ter beoordeling voorgelegd aan de infectiecommissie. Deze commissie vertegenwoordigt de lijn-staforganisatie. Met ervaringsdeskundigen wordt informeel overleg gepleegd om inzicht te krijgen in de uitvoerbaarheid van de maatregelen. De penvoerders proberen de protocollen zodanig op te stellen dat iedereen ermee uit de voeten kan door de risicosituatie te verhelderen en door de handelwijze zo volledig en eenvoudig mogelijk te beschrijven. Daarbij gaan zij uit van hun ervaring en hun inschatting over wat de bruikbaarheid van de protocollen kan bevorderen. Gestreefd wordt om de protocollen qua lay-out af te stemmen op de in de organisatie aanwezige systemen voor documentbeheer.

Ontwerpproblemen

De ontwerpproblemen die besproken worden, zijn gerapporteerd door de penvoerders en de beleidsvertegenwoordigers.

Gebrek aan inhoudelijke ondersteuning en voorzieningen

De penvoerders vinden dat zij onvoldoende bruikbare handvatten hebben om de protocollen af te stemmen op de praktijk. De landelijk opgestelde *richtlijnen* van de Werkgroep Infectiepreventie en de door de overheid afgedwongen regelgeving (circulaires, adviezen inspectie) dienen voor ontwerpers als inhoudelijke norm voor de inrichting van de protocollen. Volgens ontwerpers bieden de richtlijnen onvoldoende houvast, omdat ze kostenopdrijvend en te weinig praktisch zijn. Dat geldt vooral voor de postaccidentprocedure (*HIV*). Alhoewel de landelijke richtlijnen volgens ontwerpers geen juridische status hebben, dienen afwijkingen ervan wel gemotiveerd te worden. Onduidelijk is wat de consequenties zijn als men zich niet conformeert aan de richtlijnen. De verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de overheid en landelijke instellingen in de infectieziektebestrijding blijkt eveneens onduidelijk. De regelgeving in zake allerlei verplichtingen van

maatregelen (meldverplichting beroepsziekten; ziekenhuisinfecties; vaccinaties) blijkt niet helder en dat geldt ook voor de aansprakelijkheid bij nalatigheid (individuele werknemer of ziekenhuis). Uit de praktijktoets (hoofdstuk 4) blijkt dat zich op het punt van aansprakelijkheid en verplichtingen acceptatieproblemen voordoen. Het geformuleerde protocolleringsbeleid (hoofdstuk 5) blijkt eveneens weinig richtinggevend te zijn. Uit de vergelijking van de protocollen valt op dat de documenten maar matig voldoen aan de afspraken voor instellingsbrede protocollen. Uit de interviews blijkt dat het beleid onbekend, onuitvoerbaar of door het management nog niet geaccordeerd is. Ondersteuning van het ontwerpproces in de vorm van tijd, personeel en middelen is beperkt. De ICT-voorzieningen die er zijn, blijken eerder belemmerend dan stimulerend omdat de protocollen niet goed inpasbaar zijn in dergelijke systemen en niet alle gebruikers toegang tot die systemen hebben.

De betrokkenheid bij de protocollen is gering

De penvoerders signaleren dat de protocollen in de lijnorganisatie weinig prioriteit hebben. De geringe interesse in de preventieproblematiek vertraagt het totstandkomen van de protocollen en leidt bij de penvoerders tot een gevoel van machteloosheid over wat zij met de protocollen kunnen bereiken. Het lijnmanagement heeft te maken met een overdaad aan protocollen; protocollen die niet direct ingrijpen op de dagelijkse werkzaamheden krijgen minder prioriteit.

De beoordelingsprocedure functioneert niet goed

De beoordeling van de protocollen is primair inhoudelijk en verloopt ongestructureerd. De criteria voor beoordeling zijn onduidelijk, de beoordelingsmomenten zijn afhankelijk van de geplande bijeenkomsten van de infectiecommissie en er vindt te weinig terugkoppeling plaats met de achterban waardoor de concepten nauwelijks beoordeeld zijn op de praktische bruikbaarheid ervan. Protocollen worden daardoor te snel geïmplementeerd wat onder de gebruikers tot ergernis en weerstand leidt, omdat naar hun idee het beleid steeds verandert en protocollen geen zekerheid meer bieden, zoals ook uit de praktijktoets blijkt (hoofdstuk 4).

De protocollen blijken onvoldoende praktijkgericht

De protocollen sluiten onvoldoende aan op de denk- en werkwijze van de gebruikers, aldus het afdelingsmanagement. In de visie van afdelingsleiders dienen protocollen eenduidigheid te verschaffen over de handelwijze en geen ruimte te laten voor interpretaties. De penvoerders streven wel naar eenduidigheid, maar geven te kennen dat dat streven niet altijd haalbaar is omdat de infectieproblematiek daarvoor te complex is. Volgens penvoerders worden protocollen in de lijn onbedoeld tot wet verheven, omdat verwacht wordt dat ze voor elk probleem een pasklare oplossing bieden.

Implementatie en evaluatie van de protocollen

De penvoerders zijn voor de implementatie en evaluatie van de protocollen afhankelijk van de medewerking van het (lijn)management. Daarom is gekozen voor een aanpak van implementatie van protocollen waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande kanalen en middelen om protocollen in de lijn te introduceren. Uit de interviews blijkt dat de penvoerders en het lijnmanagement een scala aan activiteiten en maatregelen

voornemen maar dat in de praktijk de implementatie voornamelijk beperkt is tot de bekendmaking van de protocollen. De voorgestelde aanpak ter motivering van de naleving van de maatregelen en ter bevordering van de incorporatie ervan is slechts incidenteel uitgevoerd. De implementatieaanpak is niet gedifferentieerd naar de aard van de preventieproblematiek: bij Accidenteel Bloedcontact gaat het om een individueel probleem bij *MRSA* om een collectief probleem.

Personeel is geattendeerd op de protocollen via huisorganen, mededelingenborden, informatiebijeenkomsten en werkoverleg. Vervolgens is het de bedoeling dat via werkoverleg en periodieke voorlichtingsbijeenkomsten begrip gekweekt wordt voor de protocollen en dat gepoogd wordt personeel te motiveren tot de toepassing ervan. Ter bevordering van de begrijpelijkheid, toepasbaarheid en acceptatie zijn protocollen in een aantal ziekenhuizen door de lijn, in samenspraak met de penvoerders, vertaald in werkkaarten, checklijsten en afdelingsvoorschriften. Deze situatie doet zich vooral voor bij de *MRSA*-protocollen. Sociale controle door contactpersonen en collega's zou inzicht in het eigen handelen bevorderen en de naleving van maatregelen stimuleren. Voor het blijvend toepassen van de maatregelen wordt gestreefd naar een aanpak waarbij via reminders in de vorm van waarschuwingen personeel geattendeerd wordt op de mogelijke risico's en het belang van de voorzorgsmaatregelen. Via feedback door de werkomgeving moet afwijkend gedrag gesignaleerd en gecorrigeerd worden. Sociale controle wordt zowel door de penvoerders, het lijnmanagement als de gebruikers als de beste manier gezien om ingesleten inadequaat gedrag te corrigeren.

Evaluatie van protocollen dient conform de kwaliteitssystematiek (*NIAZ/PACE*) cyclisch te verlopen door middel van audits. In de praktijk blijkt dat evaluatie plaats vindt op momenten dat personeel geconfronteerd wordt met incidenten, via meldingsformulieren of inventarisaties van praktijkproblemen wordt achterhaald waarin de protocollen te kort schieten.

Implementatie- en evaluatieproblemen

Problemen die geuit zijn door de penvoerders, het lijnmanagement, de beleidsvertegenwoordigers en de gebruikers van de protocollen worden nader toegelicht.

Implementatie is moeilijk stuurbaar

De uitvoering van de implementatieactiviteiten verloopt problematisch, omdat de taken en verantwoordelijkheden onduidelijk zijn, de benodigde voorzieningen (middelen en personeel) ontbreken en in de lijn de ziekenhuisprotocollen weinig prioriteit hebben.

Bij de implementatie zijn op verschillende momenten in het proces actoren betrokken die verschillen in hiërarchische positie in de organisatie en in betrokkenheid bij de protocollen. In de keten van introductie tot evaluatie doen zich kritieke punten voor op momenten dat andere actoren in beeld komen en duidelijke afspraken ontbreken over de coördinatie van taken in het proces. Bovendien is niet duidelijk wie de eindverantwoordelijkheid heeft voor de implementatie. De infectiepreventieprotocollen worden in de lijn minder relevant gevonden dan de zorg- of behandelprotocollen. Eenmaal geïmplementeerde protocollen worden bekend verondersteld. Aan bijgestelde protocollen wordt niet veel aandacht ge-

schonken (ten onrechte zoals uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek en de praktijktoets blijkt), omdat verondersteld wordt dat de wijzigingen geen ingrijpende veranderingen of vernieuwingen inhouden waar bepaalde kennis en vaardigheden voor vereist zijn. In aanzet zijn afspraken gemaakt om de implementatie van protocollen planmatiger te laten verlopen, echter die afspraken zijn of nog in ontwikkeling of worden niet gevolgd omdat ze niet bekend of onaanvaardbaar zijn.

Voorlichting is niet toereikend

Penvoerders merken op dat de instructie over de protocollen niet beklijft, omdat de problematiek te weinig voorkomt. Door de geringe confrontatie met incidenten raken werknemers niet vertrouwd met de protocollen. Volgens de lijnvertegenwoordigers en de gebruikers van de protocollen is de voorlichting ook te weinig praktijkgericht. De gebruikers van de protocollen oordelen dat zij onvoldoende voorbereid zijn op de uitvoering van de maatregelen. Onvoldoende duidelijk is welke taak zij hebben in de preventiezorg. Er is behoefte aan periodieke voorlichting, gericht op bewustwording van de risico's en op het aanleren van vaardigheden om incidenten te voorkomen. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt eveneens dat de organisationele stimulans als onvoldoende beoordeeld wordt. In het werkoverleg en de nascholing wordt onvoldoende aandacht besteed aan de protocollen en er is te weinig continuïteit in de voorlichting.

Evaluatieprocedure is onduidelijk

Evaluatie van het functioneren van de protocollen blijkt incidenteel uitgevoerd te worden. Criteria en instrumenten voor de evaluatie ontbreken, onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor evaluatie. Inzicht in het functioneren van protocollen wordt via incidenteel uitgevoerde knelpunteninventarisaties gekregen.

Nabeschouwing

Al met al lijkt de ontwerp-, implementatie- en evaluatieaanpak niet bevredigend, noch voor de betrokken actoren noch voor de gebruikers. Uit het praktijkonderzoek (hoofdstuk 4) blijkt dat de protocollen als leidraad onvoldoende houvast bieden voor de ondersteuning van beslissingen over de handelwijze en dat de toepassing ervan gehinderd wordt omdat de maatregelen onvoldoende toegesneden zijn op de praktijk. De penvoerders hebben bij het opstellen van de protocollen niet zozeer de gebruikssituaties in beeld maar de problematiek die zo verantwoord mogelijk verwoord dient te worden. De verantwoordingsplicht blijkt op gespannen voet te staan met de afstemming op de praktijk. Dat betekent dat aan een protocol diverse functies toegekend worden: legitimeren, instrueren en motiveren. De onderzochte protocollen dienen deels als legitimering van het infectiepreventiebeleid, deels als ondersteuning van beslismomenten (behandelaars, management) en deels als instructie voor het uitvoerend personeel. Het verenigen van diverse functies in een protocol is kenmerkend voor instellingsbrede protocollen die gestuurd worden door wet- en regelgeving. Het stelt ontwerpers voor de vraag wat überhaupt met een protocol bereikt kan worden. De discussie over wat de mogelijkheden en beperkingen van een protocol zijn, leeft wel bij de penvoerders maar is van ondergeschikt belang omdat eenvoudigweg een protocol verlangd wordt door regelgeving.

De protocollen worden voornamelijk opgesteld door experts die gezien hun positie in de organisatie slechts een beperkte invloed kunnen uitoefenen op processen die zich op de werkvloer afspelen. In zo'n situatie is participatie van de lijnorganisatie in het totstandkomingsproces juist van belang om acceptabele en uitvoerbare protocollen te ontwerpen. Uit het praktijkonderzoek (hoofdstuk 4) blijkt dat de toepassing van protocollen belemmerd wordt, omdat onvoldoende rekening gehouden is met de mogelijkheden en beperkingen van de praktijk. Het gebrek aan inzicht in het functioneren van protocollen in de lijnorganisatie leidt tot protocollen die een schaduworganisatie representeren, wat uiteindelijk leidt tot verzet of negeren ervan, zoals uit de praktijktoets blijkt. Participatie van gebruikers bij het opstellen van protocollen levert blijkbaar problemen op, omdat gebruikers geen goed inzicht hebben in de problematiek. De oplossing ligt vermoedelijk in het stimuleren van het opstellen van voorschriften of richtlijnen door de werkvloer aan de hand van een protocol dat de inhoudelijke ingrediënten daarvoor bevat. Lijnmanagers en gebruikers staan positief tegenover het vertalen van protocollen in werkvoorschriften voor de eigen beroepsgroep of afdeling. Als men bij de vertaling zelf betrokken wordt, zou dat een positief effect kunnen hebben op de naleving van de voorzorgsmaatregelen.

Alle betrokken partijen streven ernaar dat iedereen die met de problematiek geconfronteerd wordt "weet hoe te handelen". Dit blijkt een te globaal omschreven doelstelling. Bedoeld wordt dat de doelgroep in de dagelijkse praktijk probleemsituaties herkent en vervolgens weet welke voorzorgsmaatregelen (instructies) getroffen moeten worden. Verondersteld wordt dat de instructies uit het protocol geïnternaliseerd zijn (automatisme) en dat bij twijfel het protocol geraadpleegd wordt. De protocollen sturen in dit geval routinematig handelen aan. Bedoeld wordt ook dat de protocollen de gebruikers de benodigde kennis verschaffen om bij probleemsituaties (calamiteiten) aan de hand van het protocol adequate beslissingen te nemen om een infectieziekte te voorkomen, voor zichzelf en voor anderen. Het protocol dient als leidraad en stuurt incidenteel gedrag aan. In de protocollen komt het onderscheid tussen preventie (routinematig preaccidentgedrag) en calamiteiten (incidenteel postaccidentgedrag) in de presentatie van informatie niet helder tot uiting. Gedragsregels (verbod- en gebodregels), instructies en toelichtingen zijn niet gerelateerd aan het doel dat ermee beoogd wordt. Het gevolg is dat de protocollen enerzijds als weinig relevant beschouwd worden (beperkte toegevoegde waarde van preaccidentgedragsregels) anderzijds als documenten die alleen voor "medisch personeel" bedoeld zijn.

De protocollen dienen ook voor iedereen bruikbaar te zijn. Naar aanleiding van de praktijktoets kan afgevraagd worden of dat een haalbaar uitgangspunt is. Dat geldt zeker voor de postaccidentprocedure van de protocollen Accidenteel Bloedcontact. Van protocollen wordt in de lijn met name verwacht dat ze eenduidige oplossingen bieden voor problemen. De onderzochte protocollen kunnen in die behoefte niet voorzien, omdat de problematiek te gecompliceerd is om pasklare oplossingen aan te kunnen dragen en het infectiebeleid niet uitgekristalliseerd is. Uit de praktijktoets blijkt ook dat de voorkeur in twijfelsituaties niet uitgaat naar een protocol maar naar een continu bereikbare helpservice.

De voornemens voor implementatie en evaluatie van de protocollen suggereren een meer gestructureerde en continue aanpak om de protocollen blijvend onder de aandacht van personeel te houden. De behoefte aan een planmatiger aanpak van de implementatie en

evaluatie sluit aan bij de ontwikkelingen voor het invoeren van kwaliteitssystemen in de ziekenhuizen. Een gebrek aan voorzieningen en medewerking van de lijnorganisatie belemmert echter de realisatie van de voornemens.

7

Conclusies en aanbevelingen

In dit proefschrift wordt verslag gedaan van een onderzoek naar communicatie die voortvloeit uit wet- en regelgeving op het terrein van veilig werken in ziekenhuizen. De vraagstelling van het onderzoek was:

“Hoe worden infectiepreventieprotocollen ontworpen, geïmplementeerd en geëvalueerd en hoe functioneren deze protocollen in de praktijk?”

Om praktische redenen is eerst het functioneren van de protocollen onderzocht. Via vragenlijsten en een gebruiksonderzoek is getracht inzicht te krijgen in het succes van de protocollen in de praktijk. Vervolgens is door middel van een reconstructie van het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van de protocollen onderzocht hoe de protocollen afgestemd zijn op de doelen en doelgroepen.

Het onderzoek is uitgevoerd in vijf algemene ziekenhuizen, twee in Noord-Nederland, twee in Zuid-Nederland en een in Oost-Nederland. De ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van hun bereidheid tot medewerking en regionale spreiding. De onderzochte protocollen zijn voorbeelden van infectiepreventieprotocollen: het *MRSA*-protocol dat maatregelen bevat ter voorkoming van verspreiding van een multiresistente bacterie, Methicilline Resistente *Staphylococcus Aureus*, en het protocol Accidenteel Bloedcontact ter voorkoming van een besmetting met hepatitis of *HIV* als gevolg van een bloedbloedcontact. Beide typen protocollen worden in alle (vijf) ziekenhuizen gebruikt en zijn voor alle medewerkers bestemd. De protocollen zijn voorbeelden van regelgestuurde communicatie. Ze worden op basis van (overheids) regelgeving opgesteld en bijgesteld naar aanleiding van nieuwe inzichten in preventie- en behandelmogelijkheden.

Door middel van vragenlijsten is onderzocht of de gebruikers van protocollen bekend zijn met de voorzorgsmaatregelen, bereid en in staat zijn om ze toe te passen en of men voldoende gestimuleerd wordt om de maatregelen (blijvend) uit te voeren. Er zijn 133 vragenlijsten afgenomen (63 vragenlijsten over het *MRSA*-protocol en 70 over het protocol Accidenteel Bloedcontact) bij een selectie van de doelgroep (medisch, paramedisch en huishoudelijk personeel). Aan de hand van een gebruiksonderzoek (een praktijktoets) is nagegaan of de *MRSA*- en Accidenteel Bloedcontactprotocollen bereikbaar, toegankelijk,

begrijpelijk, toepasbaar en acceptabel zijn. De taken in de praktijktoets representeren het gebruik van een protocol als handelingsleidraad (instructie) en naslagwerk (informatie over taakuitvoering). Er zijn in totaal 10 protocollen (vijf protocollen Accidenteel Bloedcontact, vijf *MRSA*-protocollen) door 92 informanten gebruikt en beoordeeld. Per ziekenhuis zou in principe één *MRSA*-protocol en één protocol Accidenteel Bloedcontact beoordeeld worden. In de ziekenhuizen bleken echter meerdere varianten van een en hetzelfde protocol in omloop te zijn. In de beoordeling zijn protocollen, onderdelen ervan of afgeleide producten betrokken die ten tijde van het onderzoek formeel goedgekeurd waren of een officieus bestaansrecht hadden. De resultaten van het vragenlijstonderzoek en het gebruiksonderzoek geven een indicatie van het succes van het functioneren van de protocollen.

Het proces van ontwerp, implementatie- en evaluatie van de protocollen is gereconstrueerd aan de hand van interviews. Er zijn 48 interviews afgenomen bij informanten die als penvoerder (artsmicrobiologen, ziekenhuishygiënist) of als beleidsvertegenwoordiger (kwaliteitsfunctionaris, leden protocolcommissie, lijnmanagement) een rol hebben vervuld in dat proces. De interviews zijn in de vijf ziekenhuizen volgens een standaardprocedure afgenomen om een vergelijking van resultaten mogelijk te maken. De focus in de beschrijving van het ontwerp-, implementatie- en evaluatieproces ligt op de afstemming van protocollen op de doelen en gebruikers. Daarbij is nagegaan hoe rekening gehouden is met de proces- en productafspraken voor het protocolleren van instellingsbrede protocollen en hoe geanticipeerd is op de gebruikerskenmerken (kennis, attitude en gedrag).

7.1 Conclusies over de onderzoeksopzet en methoden

Er is een discrepantie waarneembaar tussen de resultaten van het vragenlijstonderzoek en het gebruiksonderzoek.

De resultaten van het gebruiksonderzoek laten een minder positief beeld zien van het functioneren van de protocollen dan het vragenlijstonderzoek: het protocol en de maatregelen zijn minder bekend en men blijkt minder bereid en in staat de maatregelen toe te passen dan op grond van de resultaten van het vragenlijstonderzoek verwacht zou worden. De resultaten van beide methoden komen overeen in de beoordeling van de stimulans door de organisatie (die wordt onvoldoende geacht) en in de geconstateerde verschillen tussen beroepsgroepen.

Met het gebruiksonderzoek kan een concreter en realistischer beeld van het functioneren van de protocollen verkregen worden dan met het vragenlijstonderzoek.

Mogelijk is bij het vragenlijstonderzoek sprake van vertroebeling door sociaal wenselijke antwoorden, zelfoverschatting of door rationalisatie van gedrag. De maatregelen in de protocollen zijn deels bedoeld als algemene voorzorgsmaatregelen die verankerd moeten zijn in het dagelijks handelen. Dat betekent dat bij de uitvoering van de maatregelen geen afweging van voor- en nadelen meer plaats vindt, men handelt op basis van automatisme.

Een andere verklaring van de discrepantie is dat met het vragenlijstonderzoek een beeld gepresenteerd wordt van wat respondenten denken dat het protocol van hen vereist en van wat zij denken te kunnen uitvoeren. Dat beeld hoeft niet te stroken met het protocol zelf en met wat het protocol daadwerkelijk vereist en met wat respondenten daadwerkelijk

kunnen en doen. Discrepancie tussen dat beeld en het protocol zelf kan pas aan het licht komen via het gebruiksonderzoek. Het vragenlijstonderzoek levert een globaler beeld op dan het gebruiksonderzoek, het dient vooral om verschillen tussen de protocollen en tussen de doelgroepen te traceren. Een kanttekening bij het gebruiksonderzoek is dat met de praktijktoets de protocollen als leidraad serieuzer genomen worden dan in de praktijk mogelijk het geval is. De resultaten bieden aanknopingspunten voor het optimaliseren van protocollen op basis van wat in de praktijk relevant geacht wordt.

Gebruiksonderzoek is minder geschikt voor niet-professionele lezers.

De methode levert een gevarieerd beeld van gebruikersproblemen op, maar voor sommige informanten bleek het verbaliseren (te) moeilijk. De omvang en de structuur van de protocollen blijken de uitvoering van de taken te belemmeren. De protocollen zijn als handlingsrichtlijnen bedoeld, verwacht wordt dat gebruikers op basis van het document praktijkproblemen kunnen oplossen. Dat houdt in dat men in staat is informatie te selecteren en toe te passen. Vooral huishoudelijk personeel bleek niet gewend aan een dergelijk gebruik. Protocollen werden eerder als een “leesboek” behandeld dan als een actierichtlijn. Informanten lazen de tekst lineair en bleken ook in de praktijk een protocol integraal te lezen. Hun voorkeur gaat ook uit naar afvinklijsten waarbij lineair de routing van een probleemoplossing aangereikt is. Het gebruiksonderzoek vraagt van informanten een houding die overeenkomt met wat in de praktijk verlangd wordt, maar lang niet alle werknemers bleken op die taak voorbereid.

De problemen die uit de reconstructie van het ontwerp-, implementatie- en evaluatieproces naar voren zijn gekomen, leveren mogelijk een zorgwekkender beeld op dan zich in de praktijk voordoet.

Bij de inventarisatie zijn de gerapporteerde problemen van alle geïnterviewden en de vijf ziekenhuizen samengenomen. Het doel van de probleembeschrijving is om een breed scala van mogelijke problemen te laten zien. De geconstateerde problemen zijn door meerdere geïnterviewden gerapporteerd, maar de omvang ervan is niet herleid tot een bepaalde groep actoren of tot een bepaald ziekenhuis. Daardoor is mogelijk een wat zorgwekkender beeld gegeven dan zich in de praktijk voordoet.

De gebruikte methoden laten strikt genomen geen conclusies toe over een causaal verband tussen ontwerpmethoden, de kwaliteit van de protocollen en het functioneren van de protocollen.

Het onderzoek is exploratief van aard. Beschreven is hoe in de praktijk te werk wordt gegaan om de protocollen af te stemmen op de doelen en doelgroepen. Getoetst is of de gebruikers met de protocollen uit de voeten kunnen. Uitspraken over verbanden tussen ontwerpmethoden, de kwaliteit van protocollen en het functioneren ervan zijn hypothetisch van aard of gebaseerd op eerder onderzoek naar regelgestuurde communicatie.

7.2 Conclusies over het functioneren van de protocollen

De eigen kennis van preventiemaatregelen wordt overschat evenals de eigen vaardigheden om risicosituaties te beoordelen.

Uit het gebruiksonderzoek blijkt dat respondenten minder bekend zijn met de protocollen en de preventiemaatregelen dan zij zelf denken, dat de voorzorgsmaatregelen minder

uitvoerbaar zijn dan zij inschatten en dat zij geen duidelijk beeld hebben van de handelingen die in een bepaalde situatie van hen verwacht worden. Uit de praktijktoets blijkt dat begripsproblemen, volledigheidproblemen en belemmeringen bij de toepassing van de voorzorgsmaatregelen bij beide protocoltypen en bij alle beroepsgroepen veelvuldig voorkomen, terwijl uit het vragenlijstonderzoek naar voren komt dat de meerderheid inschat dat de maatregelen uitvoerbaar zijn (ook in hectische omstandigheden). Problematisch blijkt de beoordeling van risicosituaties te zijn en het op basis daarvan bepalen welke vervolgacties gewenst zijn. Dat geldt met name voor de niet-routinematige handelingen na een incident. Ook uit onderzoek bij verpleegkundigen over *HIV*-preventie blijkt dat zij weinig kennis hebben van risicofactoren voor overdracht van *HIV* en dat de bekendheid met de preventiemaatregelen gering is (Van der Veen, 1998).

De attitude ten opzichte van de protocollen en de preventiemaatregelen is in principe positief.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat respondenten positief staan tegenover de protocollen en de daarin vereiste voorzorgsmaatregelen. Respondenten zijn bereid om de voorzorgsmaatregelen uit te voeren en men acht zich daartoe ook in staat.

De betrokkenheid bij infectiepreventie is in de lijn gering.

Hoewel respondenten in principe positief staan tegenover de protocollen en vereiste maatregelen blijkt dat in de lijn de betrokkenheid bij infectiepreventie gering is. Infectiepreventie wordt als een “ver van mijn bed” problematiek beschouwd en de protocollen zelf blijken ook weinig aansprekend. De belangstelling voor behandelprotocollen die door personeel zelf opgesteld zijn of die inhaken op de dagelijkse werkzaamheden is groter dan voor infectiepreventieprotocollen. Bovendien gaat het om voorzorgsmaatregelen die doorgaans incidenteel van toepassing zijn. Een geringe betrokkenheid bij infectiepreventie vermindert mogelijk de aandacht voor de protocollen waardoor men slechts een globaal beeld heeft van de voorschriften en van de eigen rol in de beheersing van infectieproblemen. Een globaal beeld van voorzorgsmaatregelen die incidenteel van toepassing zijn, is op zich niet problematisch. Het wordt dat wel als bij incidenten vervolgens blijkt dat protocollen als leidraad onvoldoende ondersteuning bieden. Ook een weinig aansprekende problematiek moet adequaat gecommuniceerd worden.

De bezorgdheid voor het opdoen van infecties is gering; risico's worden als beheersbaar ingeschat.

Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek blijkt dat het merendeel van de respondenten niet bang is voor een besmetting met *HIV*, Hepatitis of *MRSA*. Alhoewel de kans op een accidenteel bloedcontact tamelijk hoog ingeschat wordt, lijkt men weinig bezorgd over een mogelijke besmetting als gevolg daarvan. Opmerkelijk is dat respondenten zich ook redelijk in staat achten om een incident (*MRSA*-overdracht, accidenteel bloedcontact) te voorkomen, ook in hectische omstandigheden of bij hoge werkdruk. Uit diverse studies blijkt dat de beoordeelde kwetsbaarheid en de beoordeelde ernst van de ziekte een relatief geringe rol spelen bij de verklaring van preventief gezondheidsgedrag. De eigeneffectiviteitsverwachting schijnt de belangrijkste rol te spelen bij de verklaring van preventief gezondheidsgedrag (Boer, 1993; Boer en Seydel, 1996). Het treffen van voorzorgsmaatregelen is mogelijk sterk afhankelijk van de mate waarin men zichzelf in staat acht om con-

trole te hebben over risico's. Die inschatting kan in het geval van een accidenteel bloedcontact gebaseerd zijn op het idee dat vaccinatie voldoende bescherming biedt of op praktijkervaring (de kans op besmetting is klein en er doen zich nauwelijks problemen voor). Op grond van de resultaten van het onderzoek is over de onderlinge samenhang tussen bezorgdheid, ingeschatte kwetsbaarheid en eigeneffectiviteit vooralsnog geen uitspraak te doen. Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek komt naar voren dat bij een verminderde mogelijkheid om risico's te beheersen er (extra) voorzorgsmaatregelen getroffen worden, alleen die maatregelen blijken niet gestoeld op de kennis van protocollen maar op eigen inzichten of ervaringen van anderen. Deze constatering wordt bevestigd uit onderzoek naar het treffen van voorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van *HIV* (Van der Veen, 1998).

De inschatting van de eigeneffectiviteit is afhankelijk van reeds opgedane ervaring met de toepassing van de maatregelen en van de ervaren belemmeringen daarbij (hectiek, bereikbaarheid en beschikbaarheid van voorzieningen (Grol, e.a., 1994, Brug, e.a., 2000)). De overschatting van de eigeneffectiviteit zou er op kunnen duiden dat respondenten een geringere ervaring hebben met de toepassing van de maatregelen dan zij rapporteren of dat zij nauwelijks belemmeringen bij de toepassing ervaren hebben. De resultaten van het vragenlijst- en gebruiksonderzoek maken aannemelijk dat opgedane negatieve ervaringen met de toepassing van maatregelen in verschillende omstandigheden (b.v. wel/geen hectiek) een lagere maar wel realistischere inschatting van de eigeneffectiviteit opleveren.

De bereidheid om preventiemaatregelen toe te passen is groot mits de maatregelen niet indruisen tegen principes van zorgverlening.

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat de bereidheid om de maatregelen uit te voeren groot is, maar uit de praktijktoets komt naar voren dat die maatregelen de zorgverlening aan de patiënt niet moeten hinderen. Bovendien moet de zorgverlening niet beïnvloed worden door allerlei verplichtingen waarvan de relevantie onduidelijk is.

In de protocollen worden handelingen afgedwongen waarbij de motivering van de verplichtingen en verantwoordelijkheden in de preventiezorg ontbreken of onduidelijk zijn, dat geldt bijvoorbeeld voor de postaccidentprocedure (protocollen Accidenteel Bloedcontact). Dergelijke maatregelen blijken op verzet te stuiten en tot afwijkend gedrag te leiden. Om te voorkomen dat preventiemaatregelen opgevat worden als maatregelen die het dagelijks handelen eerder verstoren dan ondersteunen, zal niet alleen in de voorlichting het belang ervan beter benadrukt moeten worden. De maatregelen dienen ook op haalbaarheid en zinvolheid getoetst te worden. Uit de interviews blijkt dat zich daarbij een kritiekpunt voordoet: onduidelijkheden in de overheidsregelgeving leiden tot discussies en vraagtekens over het te voeren preventiebeleid. Warrig beleid valt niet te communiceren.

De protocollen zijn onvoldoende afgestemd op de denk- en werkwijze van de doelgroepen.

De resultaten van de praktijktoets en de geconstateerde knelpunten uit het vragenlijstonderzoek maken aannemelijk dat de instructies in de protocollen onvoldoende afgestemd zijn op de denk- en werkwijze van de doelgroepen. Uit Grol (2001) blijkt dat dat een van de factoren is waarom praktijkrichtlijnen niet gebruikt worden. De protocollen blijken onvoldoende begrijpelijk, te uitgebreid maar tegelijkertijd te onvolledig en te weinig toe-

gesneden op de werkvloer. De omvang en de structuur van de protocollen maken ze moeilijk hanteerbaar voor het opzoeken van de gewenste handelingen in hectische situaties. Juist wanneer het protocol als leidraad van belang is, schiet het als informatiebron tekort.

De protocollen sluiten onvoldoende aan op de behoefte van de doelgroepen aan ondersteuning van hun handelwijze. Extreme verschillen in behoefte aan ondersteuning van de handelwijze doen zich voor tussen huishoudelijk personeel en artsen. Voor huishoudelijk personeel blijken de protocollen onhanteerbaar. Huishoudelijk personeel heeft behoefte aan eenduidige regels die in alle mogelijke situaties toepasbaar zijn. Bij problemen verwacht men dat een hulpverlener (afdelingshoofd, Eerste Hulp) direct ingeschakeld kan worden. Voor artsen zijn de protocollen nogal eens onacceptabel. Artsen hebben behoefte aan een protocol dat de ingrediënten bevat voor een best haalbare handelwijze. Het protocol dient als een hulpmiddel voor de afweging van risico's en dient ruimte te laten voor eigen interpretaties.

De MRSA-protocollen functioneren beter dan de Accidenteel Bloedcontact protocollen. Zowel uit het vragenlijstonderzoek als uit het gebruiksonderzoek blijkt dat de MRSA-protocollen beter functioneren. De MRSA-maatregelen blijken beter bekend en de protocollen zijn door meer respondenten geraadpleegd dan de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact. Het MRSA-protocol wordt ook beter bereikbaar geacht dan het Accidenteel Bloedcontact protocol. Bij de protocollen voor Accidenteel Bloedcontact komen naar verhouding meer problemen voor dan bij de MRSA-protocollen, er wordt ook vaker van het Accidenteel Bloedcontact protocol afgeweken. De naleving van de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact wordt lager ingeschat en er wordt negatiever geoordeeld over de institutionele stimulans. De MRSA-problematiek is actueler, bovendien is de invloed van MRSA op de organisatie groter dan een individueel accidenteel bloedcontact. Mogelijk verklaart dat de genoemde verschillen tussen de beide protocollen.

In de onderzochte ziekenhuizen wordt in het werkoverleg en de nascholing te weinig aandacht besteed aan de protocollen en het gewenste gedrag; de controle op naleving schiet te kort.

Als protocollen eenmaal geïntroduceerd zijn, worden ze bekend verondersteld. Incidenteel vindt voorlichting plaats. Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat er behoefte is aan informatie over de aard en oorzaak van incidenten en over de relevantie van de voorzorgsmaatregelen in de beperking van risico's die zich in de eigen beroepspraktijk voor kunnen doen. Uit het gebruiksonderzoek komt naar voren dat de communicatie over de voorzorgsmaatregelen te technisch en te weinig toegesneden is op de herkenning van risicosituaties in de eigen werkomgeving en op de eigen rol in de preventie. Personeel dat betrokken is bij de behandeling van een accidenteel bloedcontact zou beter op die taak voorbereid moeten worden gezien de problemen die zich voordoen bij de afweging van risico's en het bepalen van de benodigde vervolgstappen.

Voor gedragsbehoud is stimulans vanuit de werkomgeving van belang. Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek blijkt dat respondenten vinden dat er voldoende collegiaal toezicht is op naleving van de maatregelen. Op grond van de resultaten is geen uitspraak

te doen over de kwaliteit van de feedback die collega's verstrekken op onzorgvuldig gedrag.

Sociale stimulans lijkt van belang bij naleving van de MRSA-maatregelen, individuele stimulans bij de maatregelen voor Accidenteel Bloedcontact.

Uit de resultaten komt naar voren dat de beide protocollen om een andere benadering van de communicatie vragen. Bij de MRSA-protocollen zou de nadruk moeten liggen op bevordering van het coöperatief gedrag, bij de protocollen Accidenteel Bloedcontact op het aantonen van de relevantie van de maatregelen voor de betrokkenen en op de inschatting van risicosituaties.

De invloed van de directe werkomgeving zou van belang zijn bij beïnvloeding van coöperatief gedrag (Ajzen en Fishbein (1980)). Bij sociale beïnvloeding van coöperatief gedrag, zoals bij MRSA, zou de aandacht in communicatie niet zozeer op de individuele effectiviteitsbevordering, zoals bij de Accidenteel Bloedcontactmaatregelen, moeten liggen maar op bevordering van de collectieve effectiviteit om de beoogde samenwerking te versterken (Bandura, 1998).

7.3 Conclusies over ontwerp, implementatie en evaluatie van de protocollen

Protocolleringsbeleid

Protocolleringsbeleid bevordert voornamelijk het functioneren van de protocollen niet.

Regelgeving, zoals de *Kwaliteitswet voor zorginstellingen* (1996), blijkt te leiden tot een verschuiving in het beleid ten aanzien van het protocolleren. Door middel van afspraken over ontwerp, implementatie en evaluatie wordt gestreefd naar eenheid in de verscheidenheid aan protocollen en wordt getracht een overdaad aan protocollen te voorkomen. Deze ontwikkeling blijkt voornamelijk niet te leiden tot het beter functioneren van de protocollen. Het protocolleringsbeleid blijkt onbekend, onuitvoerbaar of door het management nog niet geaccordeerd vanwege het ontbreken van instemming over de financiering van middelen voor coördinatie en bewaking van het protocolleringsproces. Verantwoordelijkheden voor onderhoud en beheer van protocollen blijken onduidelijk of nog niet toegekend te zijn.

Protocolleringsbeleid is gericht op veranderingen op institutioneniveau.

Protocollen zijn gericht op het veranderen van gedrag van instituties, individuen of van beide, aldus de in hoofdstuk 1 aangehaalde definitie van Lomas (1993). Het beleid dat in de ziekenhuizen voor het protocolleren wordt gevoerd, is vooral gericht op standaardiseren en beheersen van de protocollenstroom waarbij gestreefd wordt naar de inpassing van protocollen in een geautomatiseerd documentatiesysteem. Het protocolleringsbeleid stuurt op institutioneniveau er op aan dat handelingen vastgelegd worden en dat taken en verantwoordelijkheden toegekend worden. In die zin komt het protocolleren overeen met het opstellen van procedures voor de invoering van kwaliteitssystemen. Protocollen blijken echter ook werkdocumenten te zijn en op dat niveau sturen ze het gedrag van de individuele werknemer aan. Uitgaande van de doelgroepen zou dan bepaald moeten worden welke strategie tot de gewenste verandering in kennis, attitude en gedrag kan leiden. Deze communicatieve benadering van het protocolleren is ongeschikt aan de documentatie van handelingen.

Dat het protocolleringsbeleid vooral een papierenkwestie is en weinig praktisch bruikbare instructies oplevert, is niet uniek voor het opstellen van protocollen. Ook uit eerder onderzoek naar arbocommunicatie (Van Gemert, 1999, 2000) blijkt dat regelgeving en kwaliteitszorg leidt tot een technisch regime van afspraken en regels waarvan de impact op de werkvloer gering is.

Ontwerp van protocollen

Onduidelijkheid over de doelen van een protocol leidt in de praktijk tot hybride documenten en een variëteit aan producten.

Voor beleidsvertegenwoordigers blijken protocollen in het algemeen, ongeacht de aard van de problematiek die eraan ten grondslag ligt, middelen die de doelmatigheid en doeltreffendheid van handelen bevorderen door eenduidigheid te verschaffen in de aanpak van praktijkproblemen. Die eenduidigheid kan bevorderd worden door explicitering van taken en verantwoordelijkheden en door standaardisering van de handelwijze. Ontwerpers (hygiënist en artsmicrobiologen) beschouwen protocollen als doeltreffend en doelmatig als gebruikers ervan in staat zijn zelfstandig praktijkproblemen op te lossen en als daardoor de infectieproblematiek beheersbaar wordt. Beheersing van infecties is echter een te complexe problematiek om een standaardoplossing aanpak aan te bieden. Ook ontwerpers blijken te verschillen in hun opvatting over de mate waarin het protocol voorschrijvend moet zijn. Enerzijds wordt volledigheid nagestreefd, protocollen dienen dan als universeel bruikbare instrumenten die in diverse omstandigheden een oplossingsroute aanbieden. Anderzijds wordt een protocol als een referentiekader beschouwd waarbij gebruikers in staat geacht worden om naar analogie van de in de protocollen geschetste oplossingsituaties te bepalen wat binnen de grenzen van het protocol de best werkbare oplossing is. Beide opvattingen zijn moeilijk verenigbaar met documentatiesystemen die vanuit de optiek van documentbeheersing en standaardisering een stramen opleggen dat voornamelijk de herkenbaarheid van protocollen bevordert en niet de bruikbaarheid ervan.

Gebbruikersgroepen blijken ook te verschillen in hun informatiebehoefte en in de verwachtingen van een protocol ter ondersteuning van hun werkwijze. De verschillen tussen gebruikers zijn dermate groot dat daar met een en hetzelfde document nauwelijks aan te voldoen is. In de praktijk leidt dat tot een variëteit aan producten. Protocollen worden vertaald in verkorte procedures, werkkaarten, afvinklijsten en afdelingsinstructies die naast het formele document in de organisatie circuleren. Na verloop van tijd blijkt niet (meer) duidelijk welke variant als normgevend beschouwd moet worden. De vertaling van protocollen in werkbaar instructies leidt vaak tot een versimpeling van de problematiek tot het niveau van de eigen werkeenheden daardoor kan informatie verloren gaan die van belang is voor een collectieve preventieaanpak, zoals in het geval van *MRSA*-bestrijding. Vereenvoudiging van protocollen tot instructies in de vorm van bijvoorbeeld afvinklijsten werkt in de hand dat protocollen als een standaardrecept functioneren en beperkt de autonomie van het handelen.

In het protocolleringsbeleid en in het ontwerpproces is weinig aandacht voor participatie van het lijnmanagement, sleutelactoren en gebruikers bij het totstandkomen van de protocollen.

In het ontwerpproces is participatie van betrokkenen volgens het protocolleringsbeleid beperkt tot het inschakelen van hiërarchische verantwoordelijken voor het bereiken van consensus. Slechts in een van de ziekenhuizen is in het protocolleringsbeleid voorgesteld om de gebruikers te laten beoordelen of de protocollen werkbaar zijn. Uit de interviews met ontwerpers blijkt dat in de praktijk gebruikers, sleutelactoren, contactpersonen nauwelijks betrokken zijn bij het totstandkomen van de protocollen. Incidenteel wordt het lijnmanagement ingeschakeld ter advisering over de uitvoerbaarheid van de maatregelen. Er is een trend waarneembaar dat voor het ontwerpen van de *MRSA*-protocollen een commissie samengesteld wordt die een brede afspiegeling is van de gebruikers.

In het ontwerpproces van de protocollen heeft het bereiken van inhoudelijke overeenstemming tussen experts meer prioriteit dan de afstemming op de gebruikers.

Het ontwerpproces blijkt sterk gestuurd door het bereiken van inhoudelijke compromissen over de vast te leggen regeling. Het eindproduct, een protocol, is een gegeven. De positionering van de penvoerders (buiten de lijnorganisatie) en de setting van het ontwerpproces (een tussendoor activiteit waarbij gebrek aan tijd en mankracht de voortgang voortdurend bedreigen) bieden een weinig riantе uitgangssituatie voor overleg wat juist van belang is voor het verkrijgen van acceptabele en uitvoerbare werkinstructies.

Het ontwerpproces is in feite een herontwerpproces. Een (her)oriëntatie op de problematiek en de doelen en doelgroepen vindt nauwelijks plaats. De penvoerders putten uit ervaring en deskundigheid; eerder geproduceerde documenten of voorbeelden van andere organisaties functioneren als een prototype. Tekstproductie en beoordeling is geformaliseerd en beperkt zich tot het bereiken van inhoudelijke compromissen. Het gevolg is dat de protocollen weinig aansluiten op de denk- en werkwijze van de gebruikers.

De onderzochte protocollen zijn gericht op beïnvloeding van individueel gedrag (Accidenteel Bloedcontact protocollen) en van coöperatief gedrag (*MRSA*-protocollen). In het eerste protocol is de instructie bedoeld voor twee verschillende doelgroepen. Voor de individuele werknemer om accidenten te voorkomen en de kans op infectie als gevolg van een besmetting te verkleinen. Hetzelfde protocol is ook bestemd voor de behandelaar van het accident. Er is in feite sprake van twee verschillende gebruikersgroepen die op diverse momenten in de procedure in beeld komen. De verschillende gebruikersrollen blijken in de presentatie van instructies vaak niet herkenbaar weergegeven, wat in de praktijk leidt tot misverstanden over taken en verantwoordelijkheden. In het tweede protocol is de instructie bedoeld voor personeel van een of meerdere afdelingen, diensten of het management van de instelling. De logistieke schema's rond patiëntenstromen (binnenkomst en ontslag) in de protocollen blijkt niet te stroken met de denk- en werkwijze van gebruikers die slechts bepaalde fragmenten van de logistieke procedure meemaken. Het probleem voor ontwerpers is dat de instructie zowel gericht moet zijn op de rol die de individuele gebruiker heeft in de beheersing van de problematiek als op de collectieve inspanning om instellingsbreed overdracht van een bacterie te voorkomen. In de presentatie van instructies zouden de handelingen gerelateerd kunnen worden aan de kritische momenten voor

overdracht van infectie (de infectieroute) waarbij per actie de bijdrage van de werknemer aan beheersing van de gezamenlijke problematiek beschreven is.

Protocollen representeren een schaduworganisatie door een gebrek aan inzicht in de lijnorganisatie.

Uit het gebruiksonderzoek blijkt dat de protocollen veel toepassingsproblemen opleveren omdat de maatregelen niet stroken met de lijnorganisatie. De protocollen blijken weinig prioriteit te hebben in de lijnorganisatie. De onduidelijke positionering van hygiëne en infectiepreventie in de organisatie draagt er toe bij dat de belangstelling voor infectiepreventieprotocollen niet groot is. Door de overdaad aan protocollen is de aandacht voor protocollen die niet vanuit het primaire proces zijn opgesteld gering. Dat geldt des te meer als de protocollen geen ingrijpende veranderingen of wijzingen inhouden van de dagelijkse werkzaamheden of de benodigde vaardigheden. Om te voorkomen dat de protocollen een langs-de-lijn organisatie representeren, is juist medewerking van het (lijn)management in een vroeg stadium van het ontwerpproces van belang. Die medewerking is van belang voor het verkrijgen van inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van de praktijk en het garanderen van de benodigde voorzieningen. Wanneer de regelgeving implicaties heeft voor de bedrijfsvoering is betrokkenheid van het management gewenst om bij conflicten over de uitvoering de impasse te doorbreken (Lomas, 1993; Was-sens, 1997).

De problemen die zich voordoen bij het ontwerpen van de protocollen zijn min of meer exemplarisch voor het ontwerpen van regelgestuurde communicatie gericht op verandering van gedrag. In dergelijke situaties is vaak sprake van een herontwerp of hergebruik van bestaande documenten waarbij de beleidscontext de randvoorwaarden dicteert voor de oplossingen. Een heroriëntatie op de problematiek en de situatie waarin het ontwerp moet functioneren wordt vaak overgeslagen, evenals de evaluatie van conceptontwerp (formatief) en gerealiseerd ontwerp (summatief). Dit blijkt uit eerder onderzoek naar arbocommunicatie (Van Gemert, 1999, 2000) en uit studies naar het ontwerpen van procedures (Van Gemert en Woudstra, 1999). Dat de positionering van ontwerpers in de organisatie een rol speelt in de effectuering van beleid, blijkt uit het eerder vermelde onderzoek naar arbocommunicatie. Beleidsplannen blijken niet geëffectueerd, omdat onvoldoende rekening gehouden is met de besluitvormingsstructuur en –cultuur in de organisatie en ontwerpers gezien hun positie buiten de lijn (stafmedewerkers) niet bij machte zijn om daar invloed op uit te oefenen.

Implementatie en evaluatie van de protocollen

Ontwerp en implementatie zijn gescheiden circuits waardoor grip op het functioneren van de protocollen ontbreekt.

De protocollen komen topdown tot stand door experts die voor de implementatie van de protocollen afhankelijk zijn van de medewerking in de lijnorganisatie. In het proces van ontwerp tot en met evaluatie ontbreekt een duidelijke taakverdeling voor de coördinatie en bewaking, evenals een eindverantwoordelijkheid voor het totale proces. Het ontwerpen van protocollen blijkt een langdurig en moeizaam stuurbaar proces, te meer daar op diverse momenten verschillende actoren betrokken zijn bij de conceptbesprekingen. Eenmaal geïntroduceerd, verliezen de ontwerpers de controle over het functioneren van de proto-

collen. Pogingen om de grip op het protocolleren te versterken middels organisatorische maatregelen zoals het instellen van protocollencommissies of intermediairen (contactpersonen) zijn afhankelijk van de medewerking van het management (voorzieningen in de vorm van tijd, personeel).

De implementatie van de protocollen is vooralsnog beperkt tot bekendmaking en attendering; instructie, motivering en feedback blijven te vaak achterwege.

Hoewel er een scala aan activiteiten voor implementatie van de protocollen voorgesteld wordt, blijkt dat in de praktijk de implementatie beperkt is tot de introductie van de protocollen. Eenmaal geïntroduceerd blijken protocollen als geïnternaliseerd beschouwd te worden. Instructie, motivering en feedback vindt incidenteel plaats. Aan bijgestelde protocollen wordt nauwelijks aandacht besteed als de wijzigingen geen ingrijpende veranderingen in de werkwijze inhouden waar opleiding of training voor vereist is. Zowel uit het vragenlijstonderzoek als uit het gebruiksonderzoek blijkt dat gebruikers vinden dat zij onvoldoende voorbereid zijn op de uitvoering van de maatregelen. De instructie, motivering en feedback blijkt onvoldoende toegesneden te zijn op de soort protocollen (individueel versus collectieve problematiek) en op de behoefte van de gebruikers. Uit efficiëntieoverwegingen wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande kanalen en middelen. Dit voorkomt een ad-hocbenadering van implementatie. Maar bovenal is doelgerichte implementatie nodig afgestemd op de specifieke kennis en vaardigheden gezien de beoogde gedragsverandering (Grol, 2001). De contactpersonen die als intermediair tussen staf en lijn het preventiebeleid moeten propageren, blijken weinig gezag te hebben in de organisatie en nauwelijks voorbereid te zijn op hun taakuitvoering. Een voorwaarde voor het aanstellen van dergelijke verbindingspersonen is dat zij invloed hebben op de afdeling of werkeenheid, betrokken zijn bij het totstandkomen van protocollen en bij de training en opleiding van personeel.

Volgens het protocolleringsbeleid van drie van de vijf ziekenhuizen dient voor implementatie een plan opgesteld te worden, door de eigenaar van de protocollen of door de afdeling of dienst. In de plannen moet zowel aandacht besteed worden aan bevordering van kennis als aan vaardigheden en motivatie van personeel. Vooralsnog zijn die plannen niet opgesteld, in sommige ziekenhuizen zijn daar wel al initiatieven voor genomen. In toenemende mate wordt, geïnitieerd door de ontwerpers (hygiënisten, artsmicrobiologen) of de infectiecommissie, een beroep gedaan op het (lijn)management om de voor protocollen benodigde infrastructuur te garanderen. Afhankelijk van de inzet en goodwill van de ontwerpers en hun belangenvertegenwoordiging (infectiecommissie) in de organisatie blijkt het (lijn)management in te stemmen met de door ontwerpers voorgestelde verbeteringen in de implementatieaanpak. Deze kentering doet zich met name voor bij de *MRSA*-protocollen, wat niet opmerkelijk is omdat het (lijn)management zelf belang heeft bij een goede uitvoering van de procedure. De implementatievoorstellen houden in dat in overleg met de lijnorganisatie afspraken gemaakt worden over de inzet van personeel, middelen en over de verantwoordelijkheden voor implementatie. Om tegemoet te komen aan de specifieke bedrijfsvoering van een afdeling of dienst worden protocollen in samenwerking met de lijnorganisatie vertaald in werkvoorschriften.

De evaluatie van protocollen blijft te veel beperkt tot bespreking van incidenten.

Een systematische registratie van knelpunten, bijvoorbeeld door periodieke evaluatie, ontbreekt voornamelijk. Dit komt omdat onduidelijk is wie voor de evaluatie van ziekenhuisbrede protocollen verantwoordelijk is, de benodigde voorzieningen ontbreken en omdat het instrumentarium voor periodieke evaluatie niet beschikbaar is.

7.4 Aanbevelingen

Het onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de optimalisatie van regelgestuurde communicatie. In deze paragraaf worden proces- en productaanbevelingen verstrekt die van belang worden geacht voor het verbeteren van het functioneren van de protocollen in het bijzonder en voor regelgestuurde communicatie in het algemeen. De aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderzoeksresultaten en op verkregen inzichten uit eerder onderzoek naar regelgestuurde communicatie. Ze sluiten aan op suggesties van respondenten en bouwen voort op de gesignaleerde ontwikkelingen in de ziekenhuizen die beogen de protocollen te optimaliseren. De causale relatie tussen de ontwerp aanpak, de kwaliteit van de protocollen en het functioneren ervan is niet onderzocht in deze studie. Dat met de hierna volgende aanbevelingen een verbetering in het functioneren van de protocollen kan worden bereikt, is op basis van de onderzoeksresultaten plausibel. Het daadwerkelijke bewijs daarvoor moet echter in een vervolgonderzoek in de vorm van interventies geleverd worden.

Uit het onderzoek blijkt dat de problemen met de afstemming van regelgeving op de praktijk maar ten dele betrekking hebben op communicatie. Onduidelijkheden in overheidsregulering en organisatorische problemen zijn middels communicatie niet oplosbaar.

Productverbeteringen

In deze studie is bij de productoptimalisatie het uitgangspunt van ontwerpers en besluitvormers gehanteerd dat werknemers *zelfstandig* aan de hand van een leidraad praktijkproblemen moeten kunnen oplossen.

Stel zowel organisatieprotocollen met een verantwoordingsfunctie op als doelgroepspecifieke protocollen met een gebruiksfunctie.

De positie van de onderzochte instellingsbrede protocollen is uiterst precair. Ze moeten voldoen aan wet- en regelgeving en tegelijk bruikbaar zijn voor de gehele organisatie. Uit eerder onderzoek naar arbocommunicatie en ook uit deze studie blijkt dat er grenzen zijn aan wat met regels, voorschriften en protocollen bereikt kan worden. Ter bevordering van de doeltreffendheid wordt voorgesteld om, gezien de veelheid aan functies, het protocolleren op twee niveaus te benaderen. Op organisatieniveau kan het protocol dan voornamelijk afgestemd worden op de verantwoordingsfunctie. Het dient ter legitimering van het gevoerde preventiebeleid en als norm voor geschillen over taken en bevoegdheden. Om de protocollen beter af te stemmen op de denk- en werkwijze van de gebruikers en hun behoefte aan ondersteuning wordt voorgesteld om doelgroepspecifieke protocollen op te stellen. Deze protocollen worden afgeleid van de organisatieprotocollen en dienen louter als instructie voor de werkvloer. Structurele en communicatieve interventies zijn daarnaast nodig om bij de doelgroepen draagvlak te kweken voor de regelgeving en toepassing van de voorzorgsmaatregelen te bevorderen. De vertaling van organisatieprotocollen in

doelgroepspecifieke protocollen vereist wel een adequaat systeem voor het beheer van de protocollen en daarvan afgeleide producten.

Uit het onderzoek blijkt dat het aantal gebruikersrollen in de protocollen groot is, bovendien blijken de rollen vaak niet herkenbaar weergegeven. De protocollen Accidenteel Bloedcontact dienen zowel voor personeel dat een accident heeft opgelopen als voor de behandelaars van die accidenten. De *MRSA*-protocollen dienen voor behandelaars van een *MRSA*-patiënt en voor de schoonmakers van een isolatieruimte. Door de vertaling van organisatieprotocollen in doelgroepspecifieke protocollen kan de instructie beter toegesneden worden op de rollen van de gebruikers in het protocol. Daarbij dient opgemerkt te worden dat bij de *MRSA*-protocollen er sprake is van een collectief probleem. Dat betekent dat in de instructies de beheersing van *MRSA* als een instellingsbreed probleem benadrukt moet worden.

Hanteer in de doelgroepspecifieke protocollen een scherper onderscheid tussen absolute en relatieve regels.

Bij het opstellen van doelgroepspecifieke protocollen dient rekening gehouden te worden met de mate van complexiteit van de problematiek, de mate van dwingendheid van de regelgeving en met de gebruikerskenmerken. De onderzochte protocollen variëren in complexiteit en dwingendheid. De postaccidentmaatregelen zijn voorbeelden van incidentele, complexe handelingen waarbij deelhandelingen vanuit regelgeving als dwingend worden gepresenteerd. Preventie van accidenten wordt beschouwd als routinematig gedrag, de handelingen bestaan uit het opvolgen van gedragsregels. Gebruikers onderscheiden zich door de mate waarin men zich in staat acht de voorzorgsmaatregelen zelfstandig uit te voeren en in de behoefte aan zekerheid over de te volgen stappen bij probleemsituaties. Ter bevordering van de toegankelijkheid en acceptatie van de protocollen zouden in de instructies, afhankelijk van de doelgroep, ruimte voor interpretaties ingebouwd kunnen worden door een helder onderscheid in *absolute regels* (vereiste handelingen) en *relatieve regels* (ruimte om op basis van eigen inzicht te handelen). Uit onderzoek naar veiligheidsvoorschriften blijkt dat een onderscheid in absolute en relatieve regels (adviezen) door diverse gebruikers (werknemers en toezichthouders) als zinvol werd beoordeeld. De vereiste handelingen zouden in de vorm van eenvoudige regels gepresenteerd kunnen worden. Bij handelingen waarbij beslissingen genomen moeten worden op basis van een afweging van diverse mogelijkheden, is een bepaalde interpretatieruimte gewenst aangezien er geen standaardoplossing voorhanden. Het protocol dient de gebruiker als het ware te confronteren met de verschillen in mogelijke handelingen, gezien de praktijksituaties. De moeilijkheid is dat de overheidsregelgeving niet eenduidig is waardoor de onder- en bovengrens van de interpretatieruimte moeilijk te communiceren is.

Beperk doelgroepspecifieke protocollen tot handelingsaanwijzingen en gebruik andere middelen voor de toelichting van de maatregelen.

Uit het gebruiksonderzoek blijkt dat de omvang en de structuur van de protocollen het opzoeken van de gewenste handelingen belemmert. Gebruikers verwachten dat de protocollen kort en bondig zijn. Naast procedurele informatie blijkt ook behoefte aan informatie die inzicht geeft in de herkomst en relevantie van de maatregelen. Die behoefte doet zich voor op het moment dat men geconfronteerd wordt met opgelegde verantwoordelijk-

heden in de uitvoeringsprocedure en met aansprakelijkheden voor de handelwijze. Om toepassing van maatregelen te bevorderen, is verduidelijking nodig van de rol van gebruikers in de beheersing van de infectieproblematiek. Om weerstand te vermijden dienen maatregelen die mogelijk consequenties hebben voor de autonomie van het handelen beargumenteerd te worden.

Uit onderzoek naar veiligheidsvoorschriften (Elling, 1991) blijkt dat toelichtingen in veiligheidsvoorschriften een motiverende functie vervullen en effect hebben op de inschatting van de ernst van risico's. Toevoeging van motiverende informatie zou de toegankelijkheid van de protocollen mogelijk verminderen. Door de relevantie van de protocollen te bespreken in werkoverleg of regelmatig in voorlichtingsactiviteiten te laten terugkomen, kan permanente aandacht besteed worden aan de motivatie voor de uitvoering van de voorzorgsmaatregelen. In de protocollen zou verwezen kunnen worden naar informatiebronnen die nader inzicht geven in het preventiebeleid en de voorzorgsmaatregelen.

Bevorder de herkenbaarheid van protocollen door logistieke informatie.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de herkenbaarheid van protocollen verbetering behoeft ter voorkoming van negeren ervan of misverstanden in de praktijk. Gebruikers blijken bij een eerste contact met een protocol af te haken als niet snel herkend wordt dat de informatie voor hen bedoeld is. Voortijdig afhaken kan voorkomen worden door direct inzicht te geven in de relevante logistieke informatie. De logistieke informatie geeft helderheid over de uitvoeringsprocedure (voor wie, wanneer, en waar van toepassing) en verduidelijkt de status van het document in de organisatie (doel, bron en bandbreedte van bindendheid). Uit de analyse van protocollen en uit de praktijktoets blijkt dat logistieke informatie ontbreekt of voor de gebruikers nietszeggend is omdat de coderingen voor de identificatie van de bron (auteurs, eigenaars, beheerders) en de status (geldigheid, autorisatie) van het document onbegrijpelijk zijn.

Procesverbeteringen (ontwerp, implementatie en evaluatie)

De procesverbeteringen sluiten aan op verbeter suggesties die tijdens de interviews met ontwerpers en besluitvormers geuit zijn en op ontwikkelingen die in de organisaties gaande zijn om het functioneren van de protocollen te optimaliseren.

Betrek gebruikers, sleutelactoren en lijnmanagement bij het opstellen van doelgroepspecifieke protocollen.

Participatie van gebruikers of sleutelactoren bij het opstellen van doelgroepspecifieke protocollen kan mogelijk leiden tot beter werkbaar en meer aanvaardbare werkvoorschriften. Door het opstellen van protocollen door de gebruikers ervan kan een geestelijk eigendom gecreëerd worden (Gross, e.a., 2001). Participatie van het lijnmanagement is nodig voor het afstemmen van de protocollen op de infrastructuur in de lijnorganisatie. Uit eerder onderzoek blijkt dat in de veiligheidsindustrie het totstandkomen van regelgestuurde communicatie zowel topdown als bottom-up verloopt. Door een gebrek aan onderlinge afstemming van die processen leidt dat tot onafhankelijk van elkaar functionerende documenten. Dergelijke situaties zijn vermoedelijk te voorkomen door een betere coördinatie van beide processen waarbij ontwerpers en het lijnmanagement gezamenlijk de regie voeren. Om tegenstrijdigheden te voorkomen tussen een organisatieprotocol en een daar-

van afgeleid doelgroepspecifiek protocol is het van belang dat ook de eigenaren (infectie-deskundigen) van het “moederprotocol” betrokken zijn bij het opstellen van het werkvoerprotocol aangezien zij verantwoordelijk zijn voor de afstemming van de inhoud op de (overheids)regelgeving.

Participatie van gebruikers bij het opstellen van doelgroepspecifieke protocollen is mogelijk door het instellen van een protocollencommissie die een representatieve afvaardiging vormt van de gebruikers. Sleutelactoren met voldoende invloed op de afdeling of werkeenheid zouden deel uit kunnen maken van zo’n commissie. Gebruikers kunnen ook betrokken worden bij de beoordeling van concepten. Aangezien het veelal om een herontwerp van bestaande protocollen gaat, kan het leveren van commentaar beperkt blijven tot de voorgestelde wijzigingen. Tijdens werkoverleg zouden de commentaren genuanceerd kunnen worden. Uit onderzoek naar veiligheidsvoorschriften (Elling, 1991) blijkt dat deze procedure zinvol en uitvoerbaar is voor kleine werkeenheden.

Maak evaluatie en toetsing onderdeel van het ontwerpproces.

Evaluatie gaandeweg het ontwerpproces kan de aanvaardbaarheid van de maatregelen en de betrokkenheid erbij bevorderen. Juist bij communicatie die door regelgeving is afgedwongen is dat van belang om vroegtijdig (voor de implementatie) inzicht te krijgen in mogelijke weerstanden. Aangezien het doorgaans herontwerp van reeds ingevoerde maatregelen betreft, kan via gebruikers vroegtijdig informatie verkregen worden over ervaren knelpunten met de toepassing van de reeds ingevoerde maatregelen. Voor de beoordeling van concepten zijn evaluatiecriteria nodig om een eenzijdige of louter expertgerichte beoordeling te voorkomen en bij verschil van opvattingen een referentiekader te hebben. Evaluatiecriteria kunnen ontleend worden aan (geaccordeerd) beleid dat algemene afspraken bevat voor de aanpak en implementatie van instellingsbrede protocollen.

Uit het onderzoek blijkt dat er behoefte is aan instrumenten om de kwaliteit van protocollen te beoordelen. Via audits vindt een documentbeoordeling plaats (vormgeving en beschikbaarheid), maar geen evaluatie van de adequaatheid ervan voor het gebruik in de praktijk. Door middel van een praktijktoets kunnen diagnostische gegevens verzameld worden over de bruikbaarheid van protocollen. Beoordeeld wordt of diverse gebruikersgroepen in staat en bereid zijn om te handelen zoals voorgeschreven wordt. De in het onderzoek gebruikte methode waarbij aan de hand van praktijkscenario’s getoetst wordt of gebruikers uit de voeten kunnen met de protocollen (zie hoofdstuk 4) lijkt geschikt voor het verkrijgen van een gevarieerd inzicht in problemen van diverse gebruikersgroepen.

Verstevig de grip op het functioneren van de protocollen door implementatie een permanente factor te laten zijn.

Ter continuering van de aandacht voor de voorzorgsmaatregelen en ter bevordering van de institutionalisering ervan dient de implementatie een permanente zorg te zijn. Dat betekent dat maatregelen nodig zijn die ingrijpen in de organisatie- of communicatiestructuur. Organisatorische maatregelen zijn nodig om personeel en middelen voor de uitvoering van het preventiebeleid te garanderen, procedurele maatregelen om taken en verantwoordelijkheden voor de uitvoering van implementatie toe te wijzen. Uit het onderzoek blijkt dat de mogelijkheden voor feedback ontoereikend zijn. De daarvoor aangestelde of be-

noemde verbindingsfiguren (contactpersonen voor preventie) functioneren niet optimaal door een gebrek aan ondersteuning. Continuïteit in feedback is van belang bij gedrag dat een routine moet worden, zoals het voorkomen van accidenten of het signaleren van risicofactoren voor *MRSA*-overdracht. Contactpersonen, met voeten in de lijnorganisatie, zouden als procesbegeleiders en –bewakers een centrale rol kunnen vervullen in de implementatie.

Bevorder naleving door doel(groep)gerichte communicatieve interventies.

Door een procesmatige en planmatige aanpak van implementatie kan meer bereikt worden dan bekendmaking van en attendering op de protocollen. Aan de hand van communicatieve doelen (kennis, attitude en gedrag) dient vastgesteld te worden welke middelen voor welke doelgroep op welke momenten in het veranderingstraject van belang zijn. Door programmering van activiteiten en middelen kan voorkomen worden dat er een eenzijdige aandacht is voor kennisoverdracht en dat onvoldoende rekening gehouden wordt met verschillen tussen gebruikers in kennis, vaardigheden, ervaringen en attitude. Interventies zullen deels gericht zijn op het middenkader ter bevordering van motivatie en deels op de gebruikersgroepen ter bewustwording van het gewoontegedrag en ter bevordering van de kennis, vaardigheden en gedragsintenties.

Afhankelijk van het doel van infectiepreventie (individueel/collectief) en het beoogde gedrag (incidenteel, routine) kan een communicatieprogramma opgesteld worden om gebruikers te attenderen op de protocollen, voor te bereiden op de toepassing van de maatregelen en terugval in routines te voorkomen. Bij de individuele preventieproblematiek (Accidenteel Bloedcontact) is de communicatie gericht op bewustwording van het gewoontegedrag en op bevordering van de eigen effectiviteit. Reminders en collegiaal toezicht kunnen inzicht in eigen handelen bevorderen en terugval in gewoontes voorkomen als ze onderdeel zijn van het dagelijks werk en er continuïteit is in de toepassing ervan. Bevordering van de eigen effectiviteit kan gerealiseerd worden door training van kennis en vaardigheden gericht op het oplossen van praktijkproblemen en op het omgaan met eerder ervaren belemmeringen bij de uitvoering van de maatregelen. Bij de collectieve preventieproblematiek (*MRSA*) gaat het erom dat de directe werkomgeving voldoende stimuleert om het gewenste gedrag te vertonen. Die stimulans is vooral nodig op het moment dat incidenten zich voordoen en van werknemers wordt verwacht extra taken uit te voeren. Voorbeeldstellend gedrag van direct leidinggevenden of sleutelactoren blijkt op langere termijn effect te hebben op acceptatie van het beleid. Voor verandering van normen binnen organisaties of afdelingen lijken interventies in aanmerking te komen die bestaan uit programma's die uitgevoerd worden door voorbeeldstellende personen (verbindingsfiguren). De interventies zijn dan gericht op de aansturing van de voorbeeldstellende personen. Die personen dienen beleid te propageren, dat uiteraard een hoge acceptatiegraad heeft, te zorgen voor commitment aan het gewenste gedrag en barrières voor de uitvoering van voorzorgsmaatregelen te verminderen (Brug, e.a., 2000). Aangezien *MRSA* incidenteel voor komt, kan niet verwacht worden dat personeel kennis van de voorzorgsmaatregelen paraat heeft en een overzicht heeft van de totale preventieproblematiek. Van het lijnmanagement wordt dat daarentegen wel verwacht. In sommige organisaties is een draaiboek opgesteld voor dergelijke calamiteiten om de infectieproblematiek organisatie-

breed te kunnen ondersteunen en te begeleiden. Daardoor kan voorkomen worden dat collectieve problemen individueel benaderd worden.

7.5 Suggesties voor vervolgonderzoek

Door middel van kwantitatief en kwalitatief onderzoek kan vastgesteld worden wat de effecten zijn van product- en procesverbeteringen op de waardering en het functioneren van de protocollen.

Onderzoek naar productverbetering

Uit onderzoek naar de effecten van protocollen (al dan niet in geautomatiseerde omgeving aangeboden) op de zorgverlening blijkt niet eenduidig dat protocollen de behandelkwaliteit verbeteren (Grimshaw, e.a., 1994). In studies waarin de effecten van het protocolgebruik onderzocht worden, is een facet onderbelicht: de invloed van de kwaliteit van een protocol als informatiebron op de waardering en het functioneren ervan. Doorgaans wordt vermeld dat een protocol concreet, praktisch bruikbaar, lezersvriendelijk en begrijpelijk moet zijn.

Experimenteel- en interventieonderzoek naar de effecten van doelgroepspecifieke protocollen op waardering en functioneren.

In een experimentele onderzoekopstelling kan onderzocht worden wat de effecten zijn van de voorgestelde productverbeteringen (instructies afgestemd op denk- en werkwijze van gebruikers) op de toegankelijkheid, begrijpelijkheid, aanvaardbaarheid van de protocollen en op de mate waarin een protocol beslissingen ondersteunt (b.v. inschatting en afweging van risico's). Door middel van een test kan vastgesteld worden of een onderscheid in absolute en relatieve regels, de toevoeging van logistieke informatie en een rol-specifieke instructie bij de diverse gebruikersgroepen tot betere resultaten leidt dan de oorspronkelijke protocollen. De resultaten zullen afgezet moeten worden tegen de door de organisatie opgestelde criteria voor de gewenste kwaliteit. De productverbeteringen kunnen in een bepaalde werkomgeving ingevoerd worden waarna opnieuw vastgesteld wordt of de beoogde kwaliteitsverbetering (de interventie) effect sorteert (rapid cycle improvement, Leape, 2000). Vervolgens kan bij gebleken effect de verbetering op grotere schaal ingevoerd worden.

Onderzoek naar procesverbetering

De procesverbeteringen betreffen de participatie van gebruikers bij het ontwerpproces en een doel(groep)gerichte implementatie van de protocollen.

Interventieonderzoek naar de effecten van participatie van gebruikers bij het ontwerpproces op waardering en functioneren van de protocollen.

Participatie van gebruikers is erop gericht dat overeenstemming bereikt wordt tussen de doelen van de protocollen en de verwachtingen van de gebruikers. Onderzocht kan worden wat de kosten en baten zijn van de verschillende manieren van participatie van gebruikers bij het totstandkomen van de protocollen.

Vastgesteld kan worden of doelgroepspecifieke protocollen die door een "brede commissie" opgesteld zijn tot meer waardering en minder afwijkend gedrag leiden dan de conven-

tioneel tot stand gekomen protocollen. Gebruikers (althans een representatief deel daarvan) kunnen ook betrokken worden bij het becommentariëren van de protocollen. Dit kan door (schriftelijk/mondeling)commentaar te leveren op de bestaande protocollen aan de hand van evaluatiecriteria en door suggesties te doen voor verbetering van de protocollen. De commentaren en suggesties dienen als input voor de bijstellingen van de protocollen. Een andere optie is dat concepten voor bijstelling van de protocollen beoordeeld worden aan de hand van evaluatiecriteria. Door een praktijktest af te nemen bij de gebruikers kan beoordeeld worden of de protocollen werkbaar zijn.

Interventieonderzoek naar de effecten van communicatieprogramma's op waardering en functioneren van de protocollen.

Uit de resultaten komt naar voren dat de twee protocolsoorten om een verschillende benadering van communicatieve interventies vragen. Onderzocht zou kunnen worden wat de effecten zijn van interventies als collegiaal toezicht (bewustwording eigen gedrag), reminders (ter voorkoming van terugval in gewoontes) en op de praktijk toegesneden training van vaardigheden (bewustwording en beheersing van risico's) op waardering en naleving van de protocollen Accidenteel Bloedcontact.

Ter bevordering van het coöperatief gedrag (*MRSA*-maatregelen) zou onderzocht kunnen worden wat de effecten zijn van beleid en programma's gericht op het committeren aan het beoogde gedrag, bevorderen van feedbackmogelijkheden en reductie van barrières. Voorbeeldstellende personen (afdelingshoofden, verbindingsfiguren) zouden dergelijke programma's aan dienen te sturen.

Volgens diverse studies naar effecten van interventies in de gezondheidszorg blijkt dat een breed opgezette strategie met een combinatie van interventies die gedurende langere tijd worden ingezet nodig zouden zijn om gedragsverandering en –behoud te bewerkstelligen (Lomas, 1993; Effective Health Care, 1999). Afgezien van de kosten van een dergelijke benadering is de vraag of gerichte interventies op basis van een misschien kleinschalige maar wel systematische en gedetailleerde analyse van de problematiek op langere termijn meer effect sorteren. Dat betekent dat niet volstaan kan worden met een toepassing van een blauwdrukmodel voor interventies. Voor elke praktijksituatie dienen de belemmerende en bevorderende factoren in kaart gebracht te worden vanuit het perspectief van de gebruikers. Inzicht verkregen uit vergelijkbare veldstudies kan daarbij van nut zijn om de praktijkbevindingen te ondersteunen.

Onderzoek naar gedrag en gedragsintentie

Onderzoek naar de causale relatie tussen de factoren die van invloed lijken te zijn op gedrag(sintentie).

De resultaten van het onderzoek indiceren dat de intentie om de voorzorgsmaatregelen toe te passen afhankelijk is van de inschatting van de uitvoerbaarheid, de risico-ervaring en de controle over mogelijke risico's. Onduidelijk is hoe de genoemde factoren onderling met elkaar samenhangen en in welke mate ze van invloed zijn op de toepassing van voorzorgsmaatregelen. Inzicht in de samenhang tussen risico-ervaring (positieve leerervaring of negatieve), mogelijkheden voor risicobeheersing en ingeschatte uitvoerbaarheid (individueel en collectief) kan de afstemming van communicatie op gebruikers bevorderen.

Door middel van een correlatie- en regressieanalyse kan de samenhang tussen de genoemde factoren en de invloed ervan op de intentie om de voorzorgsmaatregelen te treffen, bepaald worden.

Kwalitatief onderzoek naar de toepassing van voorzorgsmaatregelen: beredeneerd of routinematig gedrag.

Een van de vragen waarop het onderzoek geen antwoord kan geven, is in hoeverre toepassing van voorzorgsmaatregelen gebaseerd is op beredeneerd gedrag of routinematig gedrag. Uit oogpunt van effectieve interventiestrategieën is het van belang om te weten of regelconform of regelafwijkend handelen gebaseerd is op weloverwogen gedrag of op automatismen (Brug, e.a., 2000). Bij afwijkend handelen kan bijvoorbeeld sprake zijn van ingesleten gedrag dat inmiddels niet meer strookt met wat als wenselijk gedrag wordt beschouwd. In dat geval zeggen doelgroepen dat men conform de voorschriften handelt, maar blijkt in de praktijk dat men dat niet doet. Beïnvloeding van gewoontegedrag vereist een andere communicatiestrategie dan van beredeneerd “afwijkend” handelen.

Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat personeel de voorzorgsmaatregelen als extra maatregelen beschouwt die *naast* de dagelijkse werkzaamheden uitgevoerd moeten worden. Dit wordt ondersteund door praktijkstudies naar de toepassing van voorzorgsmaatregelen ter voorkoming van een accidenteel bloedcontact (Le Duc, 1989; Verstege, 1993; Van der Veen, 1998). Voorzorgsmaatregelen blijken getroffen te worden wanneer de kans op een accident of risico hoog ingeschat wordt. Er zou dan sprake zijn van een vorm van beredeneerd gedrag. Opmerkelijk is dat de meeste bloedaccidenten juist bij routine handelingen voorkomen en dat op die momenten geen beschermende maatregelen getroffen zijn, bovendien is sprake van recidivisme (Le Duc, 1989). Dit zou er op kunnen duiden dat de toepassing van voorzorgsmaatregelen afhankelijk is van een risico-inschatting (beredeneerd gedrag) en dat afwijkend gedrag door het inslijten van verkeerde gedragsgewoontes plaats vindt (automatismen). Afwijkend gedrag blijkt bij beide protocolsoorten voornamelijk uit onbekendheid voort te komen, deels uit onaanvaardbaarheid. Dat zou kunnen betekenen dat afwijkend handelen slechts deels als bewust gedrag te typen is.

Onderzoek naar gewoontegedrag is moeilijk uitvoerbaar middels een vragenlijstonderzoek, dat zou vermoedelijk leiden tot een hoge mate van rationalisatie. Een determinantenanalyse van gedrag lijkt pas zinvol als doelgroepen een goed beeld hebben van wat het gewenste en ongewenste gedrag inhoudt en als zij weten welk gedrag ze zelf vertonen (Brug, e.a., 2000). Inzicht in afwijkend gedrag kan aanknopingspunten bieden voor het verkrijgen van helderheid over het feitelijk preventiegedrag (beredeneerd, ingesleten). Dat inzicht is via analyse van incidenten, directe observaties (praktijk audits) en confrontatie met het eigen handelen te verkrijgen. Op basis van die inzichten kan dan vervolgens een communicatiestrategie bepaald worden. De betekenis van een protocol als informatiebron bij beredeneerd gedrag is anders dan bij routinematig gedrag. Bij beredeneerd gedrag (incidentele handelingen) kan een protocol als handelingsleidraad functioneren. Bij routinematig handelen is een protocol als informatiebron een van de middelen, feedback en training zijn minstens zo relevant.

Onderzoek naar regelgestuurde communicatie

Vergelijkbaar onderzoek naar het totstandkomen en functioneren van regelgestuurde communicatie in dienstverlenende organisaties.

Het onderzoek naar regelgestuurde communicatie is uitgevoerd in industriële organisaties en ziekenhuizen. Ook bij overheidsorganisaties en profitorganisaties met een dienstverlenende taak wordt via regelgeving communicatie afgedwongen. Te denken valt aan verzekeringsbedrijven, banken en organisaties op het terrein van sociale zekerheid. Mogelijk doen zich daar vergelijkbare problemen voor als bij protocollair gestuurde communicatie in de gezondheidszorg. Onderzoek daarnaar zal het mogelijk maken meer generaliserende inzichten in regelgestuurde communicatie te verwerven.

Documentatie is geen communicatie.

Wet- en regelgeving blijkt doorgaans te leiden tot een systeem van procedures, regels en protocollen. Het vastleggen van een regelsysteem in documenten waarmee aangetoond kan worden dat aan de verplichtingen voldaan is, kan een remmende werking hebben op innovaties. Maar bovenal, regels zijn niet afdoende om bij werknemers de juiste attitude en de gewenste gedragsverandering te bereiken. Daarvoor zijn op gebruikers toegesneden instructies, feedback, training en andere vormen van communicatie nodig.

Literatuurlijst

- Adema, R.L.A., C.B.M. van Riel & B. Wierenga (1993). *Empirische studie naar Kritische Succesfactoren bij het management van corporate communication*. Resultaten van een onderzoek naar management van communicatie bij Nederlandse organisaties (MCNO). Delft: Eburon.
- Ajzen, I., & M. Fishbein (1980). *Understanding attitudes and predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Arbeidsomstandighedenwet (1994, 1999)
<http://www.nl.osha.eu.int/content/network/szw/docs/arbowed> (geraadpleegd 17-02-2003).
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & T. Teunissen (1997). *Kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Eerste druk, vierde oplage. Houten: Educatieve Partners BV.
- Baarda, D.B., & M.P.M. de Goede (2001). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff BV.
- Ballemans, K., & M. Tensen (2001). Clinical Risk Management een veiligere en efficiëntere gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie*, 4, 95-97.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, vol 13, 623-649.
- Barnhoorn, H., & R. Walda (1992). *De eerste lijn op spitzen. Zorgvernieuwing in de praktijk*. Assen: Van Gorcum & Comp, B.V.
- Berg, M. (1991). Besliskunde en de constructie van het medisch handelen. *Medisch Contact*, 22, 31 mei, 702-704.
- Berg, M. (1996). Problemen en potenties van het protocol. *Medisch Contact*, 51^e jaargang, nummer 11, 15 maart, 366-370.
- Boer, H. (1993). *Psychosociale aspecten van bevolkingsonderzoek naar borstkanker*. Delft: Eburon.
- Boer, H., & E.R. Seydel (1996). Protection Motivation Theory. In: M. Corner & P. Norman (eds). *Predicting Health Care Behaviour. Research and practice with social cognition models* (95-120). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Boren, M.T., & J. Ramey (2000). Thinking aloud: Reconciling Theory and Practice. *IEEE Transactions on Professional Communication*, vol.43, no 3, september, 261-278.

- Breuker J.A., e.a. (1986). Hardopdenken en Protokolanalyse. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 11, Nr 5, 241-254.
- Brown, J.B., D. Shye & B. McFarland (1995). The Paradox of Guideline Implementation: How AHCPR's Depression Guideline Was Adapted at Kaiser Permanente Northwest Region. *Journal on Quality Improvement*, 21, number 1, 5-21.
- Brug, J., e.a. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Casparie, A.F., et al (1997). Quality Systems in Dutch Health Care institutions. *Health Policy*, 42, 225-267.
- Current trends Update: Prospective Evaluation of Health-Care Workers Exposed via the Parenteral or Mucous-Membrane Route to Blood or Body Fluids from Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrom-United States* (1985). Centers for Disease Control and Prevention.
<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000490.htm> (8 november 2002).
- Coenen, F.H.J.M. (1996). *De effectiviteit van gemeentelijke milieubeleidsplannen*. Enschede: Universiteitsdrukkerij Universiteit Twente.
- Conrad, C., & M. S. Poole (2002). *Strategic Organizational Communication. In a Global Economy*. Fifth edition. Forth Worth, United States. Harcourt College Publishers.
- Cochran, W.G. (1954). Some methods for strengthening the common chi-square tests. *Biometrics* 10, 417-451.
- De Meerleer, Fr. (1996). Hoe krijgen we MRSA onder controle? MRSA-beleid in een Belgisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie*, 2, 47-52.
- De Heer, A., & C.T.B. Ahaus (1994). *ISO 9000-serie en kwaliteitshandboek*. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen.
- Di Pofi, J.A. (2002). Organizational diagnostics: integrating qualitative and quantitative methodology. *Journal of Organizational Change Management*, vol 15, no 24, 156-168.
- Duckworth, G. e.a. (1990). *Revised Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus Infection Control Guidelines for Hospitals*. Report of a combined working party of The British Society for Antimicrobial Chemotherapy, the Hospital Infection Society and the Infection Control Nurses Association, 2-46.
- Duijn, F.W.van (1995). Het perpetuum mobile. Multidisciplinaire zorg aan chronische zieken. Het ziekenhuis, orgaan van de Nationale Ziekenhuisraad. *HZH* 22, 30 november, 30-32.
- Effective Health Care, Bulletin on the effectiveness of health service interventions for decision makers, February, vol. 5, number 1* (1999). Getting evidence into practice. 1-16.
- Elling, M.G.M. (1991). *Veiligheidsvoorschriften in de industrie. Een verkenning van problemen en mogelijkheden*. Universiteit Twente. Faculteit Wijsbegeerte en Maatschappijwetenschappen. Enschede: FEBO-druk, 1991.
- Ericsson, K.A., & H.A. Simon (1984). *Protocol Analysis: Verbal reports as data*. Cambridge, MA Bradford Books/MIT Press.
- Ericsson, K.A., & H.A. Simon (1993). *Protocol Analysis: Verbal reports as data. Revised edition*. Cambridge, MA Bradford Books/MIT Press.
- Everdingen, J.J.E.van, & N.S. Klazinga (2002). Evidence Based Medicine. *Mediator*, 13, nummer 4, z.p.

- Everdingen, J.J.J. van (2002). Ziekenhuis hoeft niet alles bekend te maken. <http://www.cbo.nl/algemeen/news/news20021106112418/view> (geraadpleegd op 23-01-2003).
- Everitt, B.S. (1977, 1992). *The analysis of contingency tables*. London: Chapman & Hall.
- Fishbein, M., & I. Ajzen (1975). *Belief, attitude, intention and behavior, an introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Geest, T. van der, & L.J.E. van Gemert (1997). Review as a Method for Improving Professional Texts. *Journal of Business and Technological Communication*, vol. 11 no. 4, 433-450.
- Gemert, L.J.E. van, & E. Woudstra (1996). Writing ISO-Procedures: the Use of Sources of Knowledge. In: S. Amin & S. Fullerton (eds). *International Business Practices*. (89-99). Cumberland, MA: Academy of Business Administration.
- Gemert, L.J.E. van (1999). De arbeidsomstandighedenwet, de aanpak van voorlichting en instructie in de praktijk (75-93). In: Van Ruler e.a. (red). *Jaarboek Onderzoek Communicatiemanagement*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Gemert, L.J.E. (1999). Communicatie en protocollen in de gezondheidszorg (1). Arbo-voorlichting & -communicatie. *Praktijkbrief over voorlichting, onderricht, communicatie en presentatie op het gebied van de Arbeidsomstandigheden*, jaargang 1, nummer 6, 1-5.
- Gemert, L.J.E. (1999). Communicatie en protocollen in de gezondheidszorg (2). Arbo-voorlichting & -communicatie. *Praktijkbrief over voorlichting, onderricht, communicatie en presentatie op het gebied van de Arbeidsomstandigheden*, jaargang 2, nummer 6, 10-13.
- Gemert, L.J.E. van, & E. Woudstra (1999). Changes in Writing in the Workplace. Cycles of Discussion in Text. In: P.J. Salem (ed), *Organizational Communication and Change*. (209-241). Creskill, NJ: Hampton Press, Inc.
- Gemert, L.J.E. van (2000). Arbocommunicatie mist doel. *Arbeidsomstandigheden*, 01, 20-25.
- Geratz, G.E., & F. Tazelaar (1985). Hygiënisch werken, een complex maar oplosbaar probleem. *Tijdschrift voor ziekenhuishygiëne en Infectiepreventie*, 3, 65-68.
- Giard, R.W.M. (1994). Wat te verwachten van protocollaire geneeskunde? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138(31), 1557-1560.
- Graaf, T. (1993). Infectiepreventie: weten is een, doen is twee. *TVZ/Vakblad voor verpleegkundigen*, 2, 64-66.
- Grimshaw, J.M., & I.T. Russell (1994). Achieving health gain through clinical guidelines II: Ensuring Guidelines change medical practice. *Quality in Health Care*, 3, 45-52.
- Grol, R., W. Kistemaker & M. Hanrahan-Cahuzak (1990). Invoering van consensusrichtlijnen. Preventie van ziekenhuisinfecties. *Medisch Contact*, 45, nummer 16, 20 april, 517-521.
- Grol, R.P.T.M. e.a. (1990). Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van de CBO-consensusontwikkeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*; 134, nr 24, 1186-1189.
- Grol, R. (red), (1991). Kwaliteitsbewaking in de verpleeghuiskunde. Methoden van intercollegiale toetsing. 's-Gravenhage. VUGA Uitgeverij B.V.

- Grol, R.T.P.M., J.J.E. van Everdingen & A.F. Casparie (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen, een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom B.V.
- Grol, R. (2001). Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice. *Medical Care*, vol. 39, number 8, Supplement 2, 46-54.
- Gross, R. et al. (2001). Optimal Methods for Guideline Implementaion. *Medical Care*, vol. 39, number 8, Supplement 2, 85-92.
- Haks, K., A. Bosman & M.J.W. van de Laar (2001). Aangifte acute hepatitis B in 2001. *Infectieziekten Bulletin, jaargang 13*, nummer 8, 296-299.
<http://www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/bul1308/hbv.html>
(11 november 2002).
- Hastings, K. (1993). A view from the Agency for Health Care Policy and Research: The Use of Language in Clinical Practice Guidelines. *Journal on Quality Improvement*, 19, number 8, 335-339.
- Harteloh, P.P.M., & A.F. Casparie (1991). *Kwaliteit van zorg. Van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hays, W.L. (1973). *Statistics for the social sciences. Second edition*. Plymouth and London. Clarke, Doble & Brendon LTD.
- Heffen, O. van, P. Maassen & A. Rip (red.) *Sociale wetenschappen van ontwerpmethodologie. Bouwstenen voor het ontwerpen in de communicatiewetenschap, de bedrijfskunde, de bestuurskunde en de onderwijskunde*. Enschede: Twente University Press.
- Hoppe, R. e.a. (1998). *Beleidsnota's die (door)werken. Handleiding voor geslaagde beleidsvoorbereiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Holtgrave, D.R., J.T. Tinsley & L.S. Kay (1995). Encouraging Risk Reduction. A decision-making approach to message design. In: E. Maibach & R.L. Parrott (eds). *Designing Health Messages. Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. (24-40). Thousand Oaks. London. New Dehli: Sage Publications
- ISO-9000. *Handbook of Quality Standards and Compliance* (1992). Bureau of Business Practice. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Jansen, C.J.M., & M.F. Steehouder (1989). *Taalverkeersproblemen tussen overheid en burger. Een onderzoek naar verbetermogelijkheden van voorlichtingsteksten en formulieren*. Den Haag: SDU Uitgeverij.
- Jong, M.D.T. de, & P.J. Schellens (1997). Reader-focused text evaluation: An overview of goals and methods. *Journal of Business and Technical Communication*, 11, 402-432.
- Klaassen, R., & P.J. Schellens (1999). Het ontwerpen van overheidsvoorlichting: Model en praktijk (125-163). In: O. van Heffen, P. Maassen & A. Rip (red.) *Sociale wetenschappen van ontwerpmethodologie. Bouwstenen voor het ontwerpen in de communicatiewetenschap, de bedrijfskunde, de bestuurskunde en de onderwijskunde*. Enschede: Twente University Press.
- Kleimann, S. (1989). *Vertical Collaboration and the Report Review Process at the General Accounting Office*. Diss. University of Maryland. College Park, MA: University Microfilms International.
- Kobus, M.H., & J.M. Carlier (1989). *Over het ontwikkelen en invoeren van multidisciplinaire protocollen*. NZr-Consult. Utrecht: Grafische Dienst MZr.

- Koелеman, H. (1997). *Interne Communicatie als managementinstrument. Strategieën, achtergronden en middelen*. Derde druk. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Kok, G.J. (1985). Een model van gedragsverandering via voorlichting. *Nederlands Tijdschrift voor de psychologie*, 40, 71-76.
- Kok, G.J. (1998). Theorieën van verandering. (221-237). In: Damoiseaux e.a., (red.) *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.
- Kwaliteitswet voor zorginstellingen (1996).
<http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/kwaliteitswet%20zorginstellingen.pdf>
(17-02-2003)
- Kruk, T. van der, & J. Tesselaar (1997). Het nieuwe beeld van Aids (1). *TVZ, Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, nr 15/16, 442-447.
- Leape, L.L., et.al. (2000). Reducing Adverse Drug events: Lessons from a Breakthrough Series Collaborative. *Journal of Quality Improvement*, vol 26, nr 6, 321-331.
- Le Duc, C.A. (1989). *Risicofactoren bij prikaccidenten in de gezondheidszorg*. Amsterdamse bedrijfsartsen Opleiding CORVU. Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Lehmann, E.L. (1975). *Nonparametrics. Statistical Methods Based on Ranks*. San Francisco: Holden-Day, Inc.
- Logister, Ph. (2000). Het verbeteren van het gebruik van zorgprotocollen door de verpleegkundige, medische en paramedische beroepsgroep (1-36). In: C.C. van Beek & Th.C. van Dorsten (red). *Handboek Zorgvernieuwing*, september.
- Lomas, J. (1993). Making clinical policy explicit. Legislative Policy Making and Lessons for developing Practical Guidelines. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 9:1, 11-25.
- Maas, J.G.V., & H.J. Doeleman (1996). *De kwaliteit van milieu- en arbo-zorg*. Deventer: Kluwer bedrijfswetenschappen.
- Meurs, P.L., P.T. van Splinteren & W.T.P.F. van der Werp (1999). De uitdagingen van effectieve implementatie. Het verspreiden en toepassen van kennis. *Medisch Contact*, 54, nr 6, 12 februari, 199-200.
- Meyer, M. (1996). Het inspirerende communicatieplan. Inzicht in succesfactoren (C.5.3-3-34). In: J. Jaspers, e.a. (red.). *Handboek Interne Communicatie*, december, Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Miles, M.B., & A.M. Huberman (1994). *Qualitative data Analysis*. Second edition. London: Sage Publications.
- Mouton, R.P. (1993). Infectiepreventie naar het jaar 2000. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie*, 3, 81-83.
- Nauta, A.P., & J.Bessems (1998). Het prikaccident. *Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 6, nr 3, mei, 84-87.
- Nie, H. et.al. (1975). *SPSS Statistical Package for the Social Sciences*. Second edition. New York: McGraw-Hill.
- Nijdam, P., (1996). Prikaccidenten het melden waard. *TVZ. Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr 17, 500-501.
- Occupational Safety; *Selected Cost and Benefit Implications of Needlestick Prevention Devices for Hospitals* (2000). United States General Accounting Office. GAO-01-60R Needlestick Prevention.
- Pronk, E. (2000). De barrière tussen arts en patiënt. Beschermende materialen laten te wensen over. *Medisch Contact*, 55, nr 22, 2 juni, 804-806

- Reijnders, E. (1997). *Interne Communicatie: aanpak en achtergronden*. Tweede druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum & Comp BV.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. 4th ed. New York: The Free Press.
- Ruiter, D., & M. Akse (2002). De sleutel tot infectiepreventie. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie* 2002, 21, no 2, 35-43.
- Sale, J.E.M. et al. (2002). Revisiting the Quantitative-Qualitative Debate: Implications for Mixed-Methods Research. *Quality and Quantity* 36, 43-53.
- Schellekens, W.M.L.C.M., & J.J.E. van Everdingen (2001). *Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg*. Medicus en management. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Schellens, P.J., R. Klaassen & S. de Vries (2001) (red.). *Communicatiekundig ontwerpen. Methoden. Perspectieven. Toepassingen*. Tweede druk. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Schrivver, K.A. (1989). *Plain Language for Expert or Lay audiences: Designing Text Using Protocol-Aided Revision*. Communication Design Centre, Technical Reports Series, number 43. Carnegie Mellon University, Pittsburgh, PA.
- Schrivver, K.A. (1995). *Document Design as Rhetorical Action*. Oratie 13 juni 1995, Faculteit der Letteren, Universiteit van Utrecht.
- Seto, W.H. e.a. (1991). The enhancement of infection control in-service education by ward opinion leaders. *American Journal of Infection Control*, vol 19, number 2, April, 86-91.
- Siegel, S. (1956). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York: Kogakusha Company, Ltd.
- Spilka, R. (1993). *Writing in the workplace. New Research Perspectives*. Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press.
- Steman, C., & J. Zomerplaaig (1995). *Handleiding protocollen. Methodiek voor het opstellen en invoeren van protocollen in de gehandicaptenzorg*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. Zwolle: Tulp, B.V.
- Tysma, W.J., & M.C. van Overbeek (1994). Protocollering. Op weg naar een geautomatiseerd systeem. *TvZ, Tijdschrift voor verpleegkundigen*, nr 12, 380-382.
- Vande Putte, M., & G. Reybrouck (2000). Ziekenhuishygiëne: van hygiëne en infectiepreventie naar kwaliteitsbewaking. *Acta Hospitalia*, 4, 19-27.
- Vandenbroucke-Grauls, C.M.J.E. (1998). Beschouwing: MRSA beter, maar niet best. *Infectiebulletin*, nr.3, jaargang 9, 63-65.
- Veen, A.H.G. van der (1998). De richtlijn HIV-infectiepreventie. *Tijdschrift voor Infectiepreventie*, nr 5, 135-137.
- Verhoeven, M. (2001). Zicht op DOORBRAAK: Aantoonbaar verbeteren van de patiëntenzorg door snelle verbetercycli (103-112). In: W. de Regt & P. van Splunteren (red). *Beter Zo. Praktijkgevallen van inventieve innovatie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Verstege, E.J.I. (1993). *Evaluatie van de richtlijnen voor HIV-infectiepreventie van de werkgroep InfectiePreventie*. Doctoraalscriptie Theorie der Gezondheidswetenschappen (nr. 193). Faculteit Gezondheidswetenschappen. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Visscher-Voerman, J.I.A. (1999). *Design Approaches in training and education: A reconstructive study*. Enschede: PrintPartners Ipskamp.

- Wannet, W.J.B., e.a. (2001). MRSA in Nederlandse ziekenhuizen. Surveillanceresultaten 2001 en toekomstige ontwikkelingen. *Infectieziektenbulletin, jaargang 13*, nummer 03, 110-113. <http://www.rivm.nl/infectieziektenbulletin/bull303/mrsa2001.html> (7 november 2002).
- Wassens, H. (1997). Van voorschriften tot handboek hygiëne en infectiepreventie. Opzet van een protocollen-beheersysteem. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie, vol. 16*, 3, 79-85.
- Watkins (1999). *Acceptatie en gebruik van richtlijnen*. Ongepubliceerd. Centre for Quality of Care Research. Implementatiecongres, november 2001, (<http://www.zon.nl/kennisbeterdelen>) (19 02i 2003).
- Weggeman, M. (2001). Ongepubliceerd. Centre for Quality of Care Research. Implementatiecongres *Kennis beter delen*, november 2001. (<http://www.zon.nl/kennisbeterdelen>). (19 02 2003).
- Wensing, M., & R. Grol (1994). Single and Combined strategies for Implementing Changes in Primary Care: *A Literature Review International Journal for Quality in Health Care, vol.6*, no 2, 115-132.
- Wensing, M., & T. van der Weijden (1999). Implementatieonderzoek; veld en voorbeelden. *Spectrum, tsg jaargang 77*, nummer 1, 119-121.
- Wensing, M., e.a. (2000). *Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwing in de gezondheidszorg*. Eerste druk. Assen: Van Gorcum & Comp.B.V.
- Wenzel, R.P., e.a. (1998). Methicillin-resistant Staphylococcus aureus outbreak: A consensus panel's definition and management guidelines. *AJIC Am. Journal of Infection Control, vol. 26*, nr 2, 102-110.
- Wersch, S., & S. Winters-Van der Meer & J. Zomerplaaag (red.) (1999). *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*. Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg. Utrecht: B.V. Uitgeverij SWP.
- Wester, F. (1987). *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Uitgeverij Dick Coutinho.
- Wet-Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet-BIG), (1993). <http://www.eur.nl.wet-BIG> (geraadpleegd 17-02-2003).
- Wijnia-Lemstra, E.A. (2000). De uitvoering van isolatierichtlijnen op kinderafdelingen. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie, 4*, 91-98.
- Wille, J.C. (1996). Infectiepreventiemaatregelen op de Intensive Care. Implementatie door Motivatie. *Tijdschrift voor Hygiëne en Infectiepreventie, 5*, 153-159.
- Woerkum, C.M.J. van (1997). *Communicatie en interactieve beleidsvorming*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Woerkum, C.M.J. van & P. Van Meegeren (red) (1999). *Basisboek communicatie en verandering*. Amsterdam: Boom.
- Woerkum, C.M.J. van, D. Kuiper & E. Bos (1999). *Communicatie en innovatie, een inleiding*. Alphen aan de Rijn: Samsom
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. Second edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Thousand Oaks. London. New Dehli: Sage Publications.



Vragenlijst prik-, snij- en spataccidenten (accidenteel bloedcontact)

Deze bijlage bevat een overzicht van de items die aan alle respondenten zijn voorgelegd. Naast deze items zijn specifieke op bepaalde beroepsgroepen toegesneden items voorgelegd. De items die niet verwerkt zijn in de verslaggeving zijn per rubriek in cursief gepresenteerd.

Aanwijzingen enquêteur

De vragenlijst bestaat uit 9 onderdelen. Per onderdeel wordt een aantal vragen gesteld over preventie en behandeling van prik-, snij- en spataccidenten. Om de overgangen tussen de onderdelen soepel te laten verlopen, wordt een korte toelichting aan de respondenten verstrekt. In de vragenlijst zijn deze toelichtingen opgenomen.

De vragenlijst wordt mondeling afgenomen. De respondenten krijgen om de beantwoording te vergemakkelijken de vragenlijst zelf in handen, maar de enquêteur vult de antwoordcodes in. In de respondentversie zijn de inleidende kopjes per onderwerp weggelaten of anders verwoord dan in de enquêteurversie om sturing van de antwoorden te voorkomen.

Inleiding voor respondenten

In verschillende ziekenhuizen nemen we een vragenlijst af over prik-, snij- en spataccidenten. De vragenlijst is onderdeel van een onderzoek naar het communiceren van voorschriften over veiligheid en gezondheid op de werkplek. We nemen de vragenlijst af bij werknemers die kans lopen op infecties als gevolg van prik-, snij- en spataccidenten.

U krijgt om de beantwoording te vergemakkelijken een schriftelijke versie van de vragenlijst. Als u op een vraag geen antwoord weet, dan kunt u dat vermelden met weet niet. Alle antwoorden worden door de enquêteur gecodeerd in cijfers. Uw gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. In de vragenlijst wordt steeds gesproken over prikaccidenten, daaronder vallen ook snij- en spataccidenten.

Personalia

De vragen over uw beroep en werkomstandigheden zijn van belang om de communicatie over prikaccidenten beter op u af te kunnen stemmen.

1. Locatie respondent (Z1-Z5),
 - 1a. Bij welke afdeling/dienst werkt u? (laboratorium, OK, IC, Eerste Hulp, Interne, Chirurgie, Huis. Dienst)
2. Hoeveel jaar werkt u in dit ziekenhuis? (aantal jaren)
3. Op welke tijden werkt u? (alleen in kantoortijd, wisselend)
4. Ontvangt u bijscholing? (ja/nee)
5. Maakt infectiepreventie deel uit van de bijscholing? (ja/nee)
6. Zijn er in uw werk acute situaties? (ja/nee)
 - 6a. Heeft u ooit patiënten besmet met HIV, hepatitis B, C behandeld? (ja/nee)
 - 6b. Heeft u ooit met geïnfecteerd bloed gewerkt? (ja/nee)
7. Wat is uw leeftijd (aantal jaren)
8. Sekse (man, vrouw)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Wat voor functie heeft u?*
- *Hoe lang bent u in uw functie in dit ziekenhuis werkzaam?*
- *Op welke tijden werkt u? (alleen in kantoortijd, wisselend)*

Risicosituatie (risico-ervaring, kansinschatting accident)

De volgende vragen gaan over het in contact komen met een prik-, snij-, of spataccident.

9. Heeft u tijdens uw werk zelf ooit een prikaccident gehad? (ja/nee)
10. Is de kans dat u zich prikt en in contact komt met bloed van een patiënt tamelijk groot (ja/nee)
11. Is de kans op een accidenteel bloedcontact bij u groter dan bij werknemers van andere afdelingen? (ja/nee)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Bent u besmet geraakt na en prikaccident? (ja/nee)*

Bezorgdheid

12. Bent u tijdens uw werk wel eens bezorgd dat u zelf besmet kunt raken met hepatitis of HIV? (ja/nee)
 - 12a. Beschermt vaccinatie u effectief tegen een besmetting met hepatitis-B? (ja/nee/weet niet)

Bekendheid met protocol en preventie maatregelen

De volgende vragen gaan over maatregelen om een prikaccident en een infectie te voorkomen.

13. Heeft uw ziekenhuis een protocol of werkvoorschrift voor prikaccidenten? (ja/nee)
14. Weet u globaal welke instructies in het protocol staan? (ja/nee)
15. Voor wie is volgens u het protocol bestemd? (iedereen/alleen risicogroepen/alleen behandelaars/weet niet)
16. Heeft u kans op een besmetting als:
 - a. Bloed van een patiënt op een dicht korstje in uw huis komt? (ja/nee/weet niet)
 - b. U zich door de huid prikt aan een naald met bloed van een patiënt? (ja/nee/weet niet)

- c. U bloed van een patiënt op open eczeem krijgt? (ja/nee/weet niet)
- d. U spatten met lichaamsvloeistoffen (speeksel, urine) van een risicopatiënt (besmet met *HIV* of hepatitis) in uw oog krijgt? (ja/nee/weet niet)
- e. Een risicopatiënt in uw gezicht hoest en u geen mondbescherming draagt (ja/nee/weet niet)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Heeft de afdeling een eigen werkvoorschrift (ja/nee)*
- *Het protocol is achterhaald. (5-puntsschaal, 1=helemaal mee eens/5=helemaal mee oneens).*
- *Wanneer is volgens u het protocol ingevoerd? (afgelopen jaar/een, meer jaren geleden/nieuw in concept/weet niet)*

Bekendheid met preventiemaatregelen

Het ziekenhuis gaat er van uit dat u probeert een besmetting of infectie te voorkomen. Er volgen nu een aantal vragen over wat u denkt dat van u verwacht wordt. Dat hoeft niet te stroken met wat u in de praktijk doet.

Om bloedbloedcontact te voorkomen wordt van u verwacht dat u

- 17. altijd handschoenen gebruikt tijdens uw werk (ja/nee/weet niet).
- 18. alleen beschermingsmiddelen (hand-, oog- en mondbescherming) gebruikt als er een verhoogde kans op een risico is? (ja/nee/weet niet).
- 19. verontreinigd scherp materiaal niet met blote handen aanraakt (ja/nee/weet niet).
- 20. verontreinigd scherp materiaal direct in de daarvoor bestemde containers stopt (ja/nee/weet niet).
- 21. collega's aanspreekt op onzorgvuldig omgaan met preventieregels (ja/nee/weet niet).
- 22. nog andere dan genoemde maatregelen treft (ja/nee), zo ja, welke maatregelen?

Als u een prikaccident heeft opgelopen, wordt van u verwacht dat u:

- 23. de verwonding reinigt en desinfecteert? (ja/nee/weet niet)
- 24. zo spoedig mogelijk contact opneemt met de Eerste Hulp voor behandeling accident? (ja/nee/weet niet)
- 25. zo spoedig mogelijk naar de hygiënist gaat? (ja/nee/weet niet)
- 26. zorgt dat het accident gemeld wordt bij bedrijfsarts? (ja/nee/weet niet)
- 27. zelf achterhaalt wie of wat de bron van het contact is? (ja/nee/weet niet)
- 28. nog andere dan genoemde maatregelen neemt? (ja/nee), zo ja, welke?

U prikt zich aan een onbekende naald met bloed, dan wordt van u verwacht dat u:

- 29. met het voorwerp waaraan men zich geprikt heeft naar de behandelaar gaat? (ja/nee/weet niet)
- 30. nog andere dan genoemde maatregelen uitvoert? (ja/nee), zo ja, welke?

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerk:

- *Van u wordt verwacht dat u zelf direct een bloedtest aanvraagt? (ja/nee/weet niet)*

Gerapporteerd gedrag

Er volgen nu een aantal vragen hoe u in de praktijk te werk gaat.

31. Heeft u het protocol ooit geraadpleegd? (ja/nee)

Preaccident

32. Gebruikt u om bloedbloedcontact te voorkomen altijd beschermingsmiddelen (zoals handschoen, mondlap of oogbescherming) **of**

33. Gebruikt u beschermingsmiddelen alleen als u vindt dat u meer kans heeft op een prikaccident? (ja/nee)

a. Zo ja, In welke situaties gebruikt u de middelen?

34. Neemt u extra veiligheidsmaatregelen als u vermoedt dat de kans op een accident of besmetting groot is? (ja/nee)

a. Welke extra maatregelen neemt u dan?

○ dubbele handschoenen (ja/nee)

○ oog/mondbescherming (ja/nee)

○ overschort (ja/nee)

○ extra goed opletten (ja/nee)

35. Stopt u gebruikt materiaal (naalden, buisjes etc) altijd direct in de container? (ja/nee)

36. Spreekt u collega's aan op onzorgvuldig gedrag? (ja/nee)

Na een accident

37. Reinigt en desinfecteert u de verwonding meteen? (ja/nee)

38. Gaat u zelf na of er sprake is van een risicosituatie? (ja/nee)

39. Achterhaalt uzelf de bron van het bloedbloedcontact? (ja/nee)

40. Meldt u een prikaccident altijd? (ja/nee)

41. Na een accident neemt u bij voorkeur meteen contact op met (in kantoortijd): (open vraag)

a. Buiten kantoortijd neemt u met dezelfde persoon contact op? (ja/nee)

b. Indien nee, met wie neemt u dan bij voorkeur contact op? (open vraag)

c. Bij twijfel over wat u moet doen na een accident raadpleegt u bij voorkeur? (open vraag)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

– *U prikt zich aan een naald. Wat u gaat doen is afhankelijk van:*

a. *Waar de naald voor gebruikt is? (ja/nee)*

b. *Het type naald (hol b.v.)? (ja/nee)*

c. *Aard van de verwonding (ja/nee)*

d. *Inschatting of het een risicopatiënt betreft (ja/nee)*

Attitude maatregelen (beoordeling voor en nadelen)

We vragen aan u een oordeel over de preventiemaatregelen.

Preventie van prikaccidenten (preaccident maatregelen) (5-puntsschaal 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

42. Het is zinvol dat u ter voorkoming van een accidenteel bloedcontact beschermingsmiddelen gebruikt tijdens uw werk.

43. Middelen als handschoenen, brillen, mondlappen hinderen uw werkzaamheden.
44. Het is zinvol dat gebruikte naalden direct in een container gestopt worden.
45. Het direct opbergen van materiaal in container hindert de werkzaamheden.
46. Het is zinvol dat u collega's aanspreekt op onzorgvuldig omgaan met voorzorgsmaatregelen.
47. Het aanspreken van collega's roept een sfeer van betutteling op.

Postaccidentmaatregelen

48. Het is zinvol dat elk prikaccident altijd gemeld wordt
49. Het melden van prikaccidenten brengt veel rompslomp met zich mee.
50. Het is zinvol dat u na een prikaccident zelf zo snel mogelijk de bron van een bloedbloedcontact achterhaalt.
51. Het achterhalen van de bron bezorgt onrust onder patiënten.

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Het is zinvol om elk prikaccident als besmettelijk te beschouwen.*
- *Deze maatregel leidt tot onrust*
- *Het is zinvol dat u na een prikaccident direct vervangen wordt om snelle behandeling mogelijk te maken.*
- *De vervangingsmaatregel bezorgt overlast in de organisatie*

Effecten protocol; protocoleisen

We vragen aan u een oordeel over een protocol voor prikaccidenten (5-puntsschaal, 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

Effecten protocol

52. Een protocol voorkomt discussie over wat u moet doen bij prikaccidenten.
53. Een protocol remt zelfstandig denken.

Eisen protocol

54. Protocol voor prikaccidenten moet snel duidelijk maken wat u moet doen en dus compact zijn (kort en bondig).
55. Protocol voor prikaccidenten moet bindend zijn.
56. Een protocol moet toegesneden zijn op afdelingspraktijk.
57. Een protocol moet besproken worden met werknemers.
58. Personeel moet getoetst worden op kennis van een protocol.
59. U moet weten welke instructies het protocol voor prikaccidenten bevat (ja/nee).

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt

- *Een ziekenhuisbreed protocol voor prikaccidenten, dat werkt in de praktijk niet.*

Inschatting effect van maatregelen (uitkomstverwachting)

We leggen u een aantal uitspraken voor. Wilt u aangeven in hoeverre u het met die uitspraken eens bent? (5-puntsschaal, 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

60. Als u handschoenen, mondlap, bril draagt tijdens uw werk dan heeft u aanzienlijk minder kans op een besmetting.

61. Als verontreinigd scherp materiaal direct veilig opgeborgen wordt in de daarvoor bestemde containers dan heeft u aanzienlijk minder kans op een prikaccident.
62. Als u prikaccidenten meldt, dan kunnen de preventiemaatregelen beter op uw werkwijze worden afgestemd.

Inschatting eigeneffectiviteit

Aan u wordt gevraagd om aan te geven hoe zeker u er van bent dat het u lukt om een de voorgeschreven maatregelen uit te voeren (5 puntsschaal, 1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee).

Preaccidentmaatregelen

63. Denkt u dat het u doorgaans lukt om een prikaccident te voorkomen?
64. Denkt u dat het u lukt om in acute/ hectische situaties een prikaccident te voorkomen?
65. Denkt u dat het lukt om verontreinigd materiaal direct in de daarvoor bestemde containers te deponeren?

Postaccidentmaatregelen

66. Denkt u dat het u lukt om het protocol snel te vinden?
67. Denkt u dat het u lukt om meteen na een prikaccident de verwonding te reinigen en te desinfecteren?
68. Denkt u dat het u lukt om na een prikaccident in hectische situaties de verwonding te reinigen en te desinfecteren?
69. Denkt u dat het u lukt om na een accident zelf na te gaan of er sprake is van een risicosituatie?
70. Denkt u dat het u lukt om zelf de bron van het bloedbloedcontact te achterhalen?
71. Denkt u dat het u lukt om een prikaccident direct te melden?
72. Denkt u dat het u lukt om de contactpersoon voor behandeling van prikaccidenten te bereiken?
73. In kantooruren/buiten kantooruren?

Sociale stimulans (werkomgeving)

U heeft een aantal vragen over uw eigen handelwijze beantwoord, nu volgen een aantal vragen over wat u denkt dat uw collega's doen en vinden. (5-puntsschaal; 1=ja, altijd, 2=grotendeels wel, 3=soms wel, soms niet, 4=grotendeels niet, 5=nee, nooit).

74. Denkt u dat uw collega's de preventiemaatregelen altijd opvolgen?
75. Denkt u dat uw collega's volgens het protocol handelen bij prikaccidenten?
76. Melden collega's accidenten altijd?
77. Vinden uw collega's dat u volgens protocol moet handelen?
78. Vinden uw collega's dat u accidenten moet melden?
79. Past u uw handelwijze aan als collega's een andere mening dan u hebben over de preventiemaatregelen?

Stimulans vanuit organisatie

Aan de hand van de volgende uitspraken kunt u aangeven of het ziekenhuis u in voldoende mate voorbereid heeft om juist te handelen (5-puntsschaal, 1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens).

Vorbereiding

80. U heeft voldoende vaardigheden om de maatregelen uit te voeren.
81. De instructies in het protocol zijn met u voldoende doorgesproken.
82. U heeft voldoende bijscholing ontvangen over wat u moet doen na een prikaccident.
83. U bent voldoende op de hoogte van het belang van preventiemaatregelen voor uw eigen gezondheid.
84. U bent voldoende op de hoogte van risicopatiënten.
85. U bent voldoende geïnformeerd over het aantal prikaccidenten dat in uw ziekenhuis voorkomt.
86. U vindt het van belang om geïnformeerd te worden over aard en oorzaak van prikaccidenten.

Voorzeningen

87. U heeft voldoende tijd om de maatregelen uit te voeren.
88. Er zijn voldoende mogelijkheden om verontreinigd materiaal veilig op te bergen.
89. Er zijn voldoende beschermingsmiddelen.

Continuïteit in preventie

90. Infectiepreventieproblematiek komt met voldoende regelmaat aan de orde in het werkoverleg.
91. Het protocol wordt met voldoende regelmaat besproken in het werkoverleg.
92. Preventiemaatregelen komen met voldoende regelmaat aan de orde in de bijscholing.
93. U wordt in voldoende mate gestimuleerd om de instructies op te volgen.
94. U wordt in voldoende mate gestimuleerd om kritiek op de praktijkinstructies kenbaar te maken.
95. Aan uw opmerkingen wordt in voldoende mate aandacht besteed.
96. Er is voldoende collegiaal toezicht op onzorgvuldig handelen.
97. Er vindt met voldoende regelmaat controle of toetsing plaats of u de maatregelen nakomt.

Sterke en zwakke punten in prikaccidentenbeleid van uw ziekenhuis of afdeling?

98. Wat vindt u de sterke en minder sterke punten van het prikaccidentenbeleid in uw ziekenhuis? (open vraag)

B

MRSA-vragenlijst

De bijlage bevat een overzicht van de items die aan alle respondenten zijn voorgelegd. Naast deze items zijn ook nog enkele specifieke op bepaalde beroepsgroepen toegesneden items voorgelegd. De items die niet verwerkt zijn in de verslaggeving zijn per rubriek in cursief gepresenteerd.

Aanwijzingen enquêteur

De vragenlijst bestaat uit 9 onderdelen. Per onderdeel wordt een aantal vragen gesteld over voorzorgsmaatregelen om de kans op verspreiding van *MRSA* te verkleinen. Om de overgangen tussen de onderdelen soepel te laten verlopen, wordt een korte toelichting aan de respondenten verstrekt. In de vragenlijst zijn deze toelichtingen opgenomen.

De vragenlijst wordt mondeling afgenomen. De respondenten krijgen om de beantwoording te vergemakkelijken de vragenlijst zelf in handen. Alleen de enquêteur vult de antwoordcodes in. In de respondentversie zijn de inleidende kopjes per onderwerp weggelaten of anders verwoord dan in de enquêteurversie om sturing van de antwoorden te voorkomen.

Inleiding voor respondenten

In verschillende ziekenhuizen nemen we een vragenlijst af over het voorkomen van overdracht van *MRSA*. De vragenlijst is onderdeel van een onderzoek naar het communiceren van voorschriften over veiligheid en gezondheid op de werkplek. U krijgt om de beantwoording te vergemakkelijken een schriftelijke versie van de vragenlijst. De antwoorden worden alleen door de enquêteur gecodeerd in cijfers. Uw persoonlijke gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt. De vragen worden u mondeling gesteld. Als u op een vraag het antwoord niet weet, dan kunt u dat aangeven door middel van “weet niet”.

Personalia

De vragen over uw beroep en werkomstandigheden zijn van belang om de communicatie over het vermijden van *MRSA*-overdracht beter op u af te kunnen stemmen.

1. Locatie respondent (Z1-Z5)
2. Bij welke afdeling/dienst werkt u? (IC, Chirurgie, Huis. Dienst)
3. Hoeveel jaar werkt u in dit ziekenhuis? (aantal jaren)

4. Op welke tijden werkt u? (alleen in kantoortijd, wisselend)
5. Ontvangt u bijscholing? (ja/nee)
6. Maakt infectiepreventie deel uit van de bijscholing? (ja/nee)
7. Wat is uw leeftijd (aantal jaren)
8. Sekse (man, vrouw)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Wat voor functie heeft u?*
- *Hoe lang bent u in uw functie in dit ziekenhuis werkzaam?*
- *Op welke tijden werkt u? (alleen in kantoortijd, wisselend)*

Risicosituatie (ervaring, kansinschatting overdracht MRSA)

9. Bent u in uw werk in contact geweest met MRSA (nooit, eenmaal, regelmatig)?
10. Is de kans dat u tijdens het werk een MRSA oploopt tamelijk groot? (ja/nee)
11. Is de kans dat u zelf MRSA-positief raakt groter dan bij werknemers van andere afdelingen in het ziekenhuis? (ja/nee)
12. Is de kans dat u MRSA overdraagt op anderen tamelijk groot? (ja/nee)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Bent u ooit besmet geraakt met MRSA? (ja/nee)*

Bezorgdheid

13. Bent u wel eens bezorgd dat u zelf besmet kunt raken met MRSA? (ja/nee)

Bekendheid met protocol en preventiemaatregelen

De volgende vragen gaan over maatregelen om overdracht van MRSA te voorkomen.

14. Heeft uw ziekenhuis een protocol of werkvoorschrift voor MRSA? (ja/nee)
15. Weet u globaal welke instructies in het protocol staan? (ja/nee)
16. Voor wie is volgens u het protocol bestemd? (iedereen/alleen risicogroepen/alleen hoofd(behandelaars)/weet niet)
17. U heeft zelf kans om MRSA-positief te worden als:
 - a. Een MRSA-patiënt in uw gezicht hoest en u geen mondlap draagt (ja/nee/weet niet)
 - b. U zonder handbescherming handen schudt met een MRSA-patiënt
 - c. U zonder handschoenen materiaal met bloed van een MRSA-patiënt aanraakt of schoonmaakt
 - d. U zonder handbescherming serviesgoed van een MRSA-patiënt aanraakt
 - e. U speeksel of andere lichaamsvloeistoffen van een MRSA-patiënt op uw huid krijgt

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Heeft uw afdeling, maatschap een eigen werkvoorschrift voor MRSA (ja/nee)*
- *Het protocol is achterhaald. (5-puntsschaal, 1=helemaal mee eens;5=helemaal mee oneens).*

- *Wanneer is volgens u het protocol ingevoerd? (afgelopen jaar/een of meer jaren geleden/nieuw in concept/weet niet).*

Bekendheid met preventiemaatregelen

Het ziekenhuis gaat er van uit dat u probeert overdracht van MRSA te voorkomen. Er volgen nu een aantal vragen over wat u denkt dat van u verwacht wordt. Dat hoeft niet te stroken met wat u in de praktijk doet.

Om te voorkomen dat u zelf een MRSA opdoet, wordt van u verwacht dat u:

18. altijd beschermingsmiddelen draagt bij direct contact met een MRSA-patiënt? (ja/nee/weet niet)
19. altijd uw handen/onderarmen desinfecteert voor en na het bezoek aan een MRSA-patiënt? (ja/nee/weet niet)
20. serviesgoed of (behandel)materiaal van een MRSA-patiënt niet onbeschermd aanraakt? (ja/nee/weet niet)
21. nog andere maatregelen uitvoert? (ja/nee), Zo ja, welke?

Om te voorkomen dat MRSA zich in het ziekenhuis verspreidt, wordt van u verwacht dat u:

22. stand van deuren in sluis, de luchtdruk in de isolatiekamer controleert? (medisch personeel; ja/nee/weet niet)
23. beschermingsmiddelen na gebruik direct veilig opbergt? (ja/nee/weet niet)
24. contactlijst invult? (ja/nee/weet niet)
25. bezoekers van de patiënt controleert op het nakomen van de maatregelen? (medisch personeel: ja/nee/weet niet)
26. collega's aanspreekt op het nakomen van de maatregelen? (medisch personeel; ja/nee/weet niet)
27. nog andere maatregelen neemt (ja/nee), Zo ja, welke?

U dient contact met een MRSA-patiënt te vermijden als u

28. Huidaandoeningen (eczeem, open wonden) heeft (ja/nee/weet niet)

Als u zelf MRSA-positief bent, dan wordt van u verwacht dat u:

29. zorgt dat de bedrijfsarts of bedrijfsgezondheidsdienst gemeld wordt? (ja/nee/weet niet)
30. tijdelijk niet werkt (ja/nee/weet niet)
31. controlekweken laat afnemen (ja/nee/weet niet)
32. zich laat behandelen (ja/nee/weet niet)
33. nog andere maatregelen uitvoert (ja/nee). Zo ja, welke?

Items wel voorgesteld maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Van u wordt verwacht dat u:*
 - *controlekweken bij u zelf laat afnemen bij intensief contact met een MRSA-patiënt? (ja/nee/weet niet)*
 - *signalering (waarschuwingsticker) regelt voor MRSA-isolatiekamer (medisch personeel; ja/nee/weet niet)*

- beschermingsmiddelen beschikbaar stelt (medisch personeel; ja/nee/weet niet)
- contact dient te vermijden als u zelf MRSA-positief bent (ja/nee/weet niet)
- Zijn er nog andere contactbeperkingen? (ja/nee. Zo ja, welke?)
- Als u een MRSA-patiënt vervoert dan dient u (medisch personeel):
 - het bed af te dekken (ja/nee/weet niet)
 - te zorgen dat de patiënt beschermingsmiddelen draagt?
- Van u wordt verwacht dat u (huishoudelijk personeel)
 - de isolatieruimte als laatste onderdeel van het programma schoonmaakt?
 - schoonmaakartikelen direct na gebruik in de afvalcontainer deponeert of desinfecteert
 - schoonmaakmateriaal in de isolatieruimte laat staan
 - na ontslag van de patiënt de gehele ruimte desinfecteert

Gerapporteerd gedrag

Er volgen nu een aantal vragen hoe u in de praktijk te werk gaat.

34. Heeft u het protocol ooit geraadpleegd? (ja/nee)

Maatregelen ter voorkoming van MRSA-overdracht

35. Gebruikt u altijd beschermingsmiddelen (handschoenen, mond/neusmasker, overschoort) om overdracht van MRSA te voorkomen? (ja/nee)
36. Desinfecteert u altijd voor en na een bezoek van een MRSA-patiënt uw handen en onderarmen? (ja/nee)
37. Controleert u als routine een isolatieruimte op luchtdruk, stand deuren in sluis? (medisch personeel; ja/nee)
38. Spreekt u collega's aan op onzorgvuldig omgaan met de MRSA-preventiemaatregelen? (ja/nee)
39. Voorkomt u contact met een MRSA-patiënt als u zelf huidaandoeningen (eczeem, open wond) heeft? (ja/nee)
40. Bij twijfel over wat u moet doen bij MRSA, raadpleegt u bij voorkeur? (hygiënist, leidinggevende, arts/microbioloog, protocol)

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt

- Meldt u een huidaandoening altijd als u in contact kunt komen met MRSA-patiënten? (ja/nee)

Attitude maatregelen (beoordeling voor en nadelen)

We vragen aan u een oordeel over het nut en de hinder van de MRSA-maatregelen (5-puntsschaal 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

Maatregelen ter voorkoming van MRSA-overdracht

41. Het is zinvol dat u bij een met MRSA-besmette patiënt altijd de beschermende kleding draagt, uw handen desinfecteert en de contactlijst invult.
42. De genoemde maatregelen hinderen uw werkzaamheden.
43. Het is zinvol dat u een isolatiekamer altijd controleert op stand deuren in de sluis, en luchtdruk.
44. De genoemde maatregel hindert uw werkzaamheden.

45. Het is zinvol dat u collega's, bezoekers aanspreekt als zij de instructies niet nakomen.
46. Deze maatregel is betuttelend.
47. Het is zinvol dat u niet in contact komt met MRSA-patiënten als u huidaandoeningen (bijvoorbeeld eczeem) heeft.
48. Deze maatregel bezorgt de afdeling of dienst veel overlast.

Maatregel na besmetting met MRSA

49. Het is zinvol dat u thuis blijft als u zelf MRSA-positief bent
50. Deze maatregel bezorgt de afdeling veel overlast.

Effecten protocol; eisen protocol

We vragen aan u een oordeel over een protocol voor MRSA (5-puntsschaal 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

Effecten protocol

51. Een protocol is het beste middel om te voorkomen dat MRSA zich op grote schaal in het ziekenhuis verspreidt.
52. Een protocol voorkomt discussie over wie wat moet doen bij MRSA.
53. Een protocol remt zelfstandig denken.

Eisen protocol

54. Een MRSA-protocol moet de logistiek rond de preventiemaatregelen beregelen.
55. Een MRSA-protocol moet bindend zijn
56. Een MRSA-protocol moet snel duidelijk maken wat u moet doen en dus compact zijn.
57. Een protocol moet toegesneden zijn op afdelingspraktijk.
58. Een protocol moet besproken worden met werknemers.
59. Personeel moet getoetst worden op kennis van de preventie-instructies uit het protocol.
60. U moet weten welke instructies het MRSA-protocol bevat (ja/nee).

Items wel voorgelegd maar niet in de verslaggeving verwerkt:

- *Een ziekenhuisbreed protocol voor MRSA dat werkt in de praktijk niet.*
- *Een MRSA-protocol moet duidelijk maken dat je de maatregelen altijd moet opvolgen ongeacht of het om een besmette of vermoedelijk besmette patiënt gaat.*

Inschatting effectiviteit van maatregelen (uitkomstverwachting)

We leggen u een aantal uitspraken voor. Wilt u aangeven in hoeverre u het met die uitspraken eens bent? (5-puntsschaal 1=helemaal mee eens, 5=helemaal mee oneens).

61. Als u bij elke MRSA-patiënt de beschermingskleding draagt, de handen desinfecteert dan vermindert u het aantal patiënt-naar-patiënt besmettingen aanzienlijk.
62. Als u bij isolatie altijd de MRSA-voorschriften opvolgt dan is de kans dat u zelf besmet raakt minimaal.
63. Als u bij huidaandoeningen (eczeem, open wonden) contact vermijdt met MRSA-patiënten dan vermindert u de kans op besmetting aanzienlijk.

Inschatting eigen effectiviteit

Aan u wordt gevraagd om aan te geven hoe zeker u er van bent dat het u lukt om een de voorgeschreven maatregelen uit te voeren (5 puntsschaal, 1=ja, 2=hoogstwaarschijnlijk wel, 3=neutraal, 4=hoogstwaarschijnlijk niet, 5=nee).

64. Denkt u dat het u doorgaans lukt overdracht van MRSA te voorkomen?
65. Denkt u dat het u lukt om de voorzorgsmaatregelen bij hoge werkdruk uit te voeren?
66. Denkt u dat u lukt het MRSA-protocol snel te vinden?
67. Denkt u dat het u lukt om voor overleg de contactpersoon te bereiken?
 - a. In kantoor tijd/buiten kantoor tijd.
 - b. Wie is volgens u de contactpersoon voor MRSA-preventie? (open vraag)

Sociale stimulans (werkomgeving)

U heeft een aantal vragen over uw eigen handelwijze beantwoord, nu volgen een aantal vragen over wat u denkt dat uw collega's doen en vinden. (5-puntsschaal; 1=ja altijd, 2=grotendeels wel, 3=soms wel, soms niet, 4=grotendeels niet, 5=nee nooit).

68. Denkt u dat uw collega's de preventiemaatregelen altijd opvolgen?
69. Vinden uw collega's dat u de preventiemaatregelen dient op te volgen?
70. Vinden uw collega's dat u bij MRSA volgens protocol te werk moet gaan?
71. Past u uw handelwijze aan als uw collega's een andere mening over de preventiemaatregelen dan u hebben?

Stimulans vanuit organisatie

Aan de hand van de volgende uitspraken kunt u aangeven of het ziekenhuis u in voldoende mate voorbereid heeft om juist te handelen (5-puntsschaal gebruikt, 1=helemaal mee eens; 5=helemaal mee oneens).

Vorbereiding

72. U heeft voldoende vaardigheden om de maatregelen uit te voeren.
73. U heeft voldoende instructie ontvangen om overdracht van MRSA te kunnen voorkomen.
74. Het protocol is voldoende met u besproken.
75. U heeft voldoende bijscholing ontvangen over wat u moet doen bij een MRSA-incident
76. U bent door het ziekenhuis voldoende voorgelicht over het belang van de MRSA-preventiemaatregelen voor de eigen gezondheid.
77. U bent voldoende geïnformeerd over de oorzaken van MRSA-incidenten in uw ziekenhuis.
78. U vindt het van belang om geïnformeerd te worden over de oorzaak van MRSA-incidenten.

Voorzieningen

79. U heeft bij hectiek of hoge werkdruk voldoende tijd om de maatregelen uit te voeren .
80. Er zijn voldoende ontsmettingspunten om uw handen te desinfecteren.
81. Er zijn voldoende isolatiemogelijkheden.

Continuïteit in preventie

82. De MRSA-problematiek komt met voldoende regelmaat aan de orde in het werkoverleg.
83. De instructies uit het protocol komen met voldoende regelmaat aan de orde in het werkoverleg.
84. Preventiemaatregelen komen met voldoende regelmaat aan de orde in de bijscholing.
85. U wordt in voldoende mate gestimuleerd om de preventiemaatregelen op te volgen.
86. U wordt in voldoende mate gestimuleerd om kritiek op de praktijkinstructies kenbaar te maken.
87. Aan uw opmerkingen wordt in voldoende mate aandacht besteed.
88. Er vindt regelmatig controle of toetsing plaats van het nakomen van de maatregelen.
89. Er is voldoende collegiaal toezicht op onzorgvuldig handelen.

Sterke en zwakke punten in het MRSA-beleid van uw ziekenhuis of afdeling?

90. Wat vindt u de sterke en minder sterke punten van het MRSA-beleid in uw ziekenhuis? (open vraag)



Takensets gebruiksonderzoek

Deze bijlage bevat een overzicht van de taken en vragen die gebruikt zijn in het gebruiksonderzoek van de protocollen Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*.

Inleidende vragen voor beide protocollen

U heeft meegewerkt aan het vragenlijstsonderzoek. Er volgt nu een aanvullend interview om de bruikbaarheid van de protocollen vast te stellen.

- Kent u dit protocol. Beschouwt u dit protocol als het formeel geldende protocol?
- Hoe bent u van dit protocol op de hoogte gesteld? (door wie en op welke manier)
- Waar is dit protocol te vinden?
- Heeft u het protocol ooit in handen gehad? Wat heeft u er toen mee gedaan?
- Wat is er/wordt er gedaan om de aandacht op dit protocol te vestigen?
- Wat verwacht u van dit protocol, wat zou erin moeten staan?

Slotvraag voor beide protocollen

- Wat moet er volgens u gebeuren om het protocol beter af te stemmen op uw praktijksituatie?

Takensets en vragen voor de beoordeling van de protocollen Accidenteel Bloedcontact

Taak 1

Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen hoe u een prikaccident kunt voorkomen.

Beoordelvingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe u veilig moet werken (welke risico's u loopt)? Zijn er voor u belemmeringen om de veiligwerkmaatregelen uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 2

U heeft zich geprikt en er is behoorlijk veel bloed in uw wondje gekomen. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u nu moet doen.

Beoordelingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe u de verwonding moet schoonmaken? Zijn er voor u belemmeringen om de schoonmaakprocedure uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 3 (diverse situatieschetsen)

U bent ondanks dat u zorgvuldig werkt op de een of andere manier toch in contact gekomen met bloed van een patiënt/u heeft zich door de huid geprikt aan een naald met bloed/u heeft spatten met bloed op niet intacte huid (eczeem) gekregen/een risicopatiënt heeft u in uw gezicht gehoest, u draagt geen mondlap. U twijfelt of er nu sprake is van een accidenteel bloedcontact.

Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wanneer er sprake is van een accidenteel bloedcontact. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wanneer u kans op een besmetting heeft.

Beoordelingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk wanneer er sprake is van een accidenteel bloedcontact? Maakt het protocol u duidelijk wanneer u kans op een besmetting heeft? Zijn er voor u belemmeringen om vast te stellen of er sprake is van een accidenteel bloedcontact/na te gaan of u kans op een besmetting heeft? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 4

U heeft een prikaccident opgelopen en de verwonding gereinigd. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u nu moet doen.

Beoordelingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke vervolgacties u zelf/meteen moet uitvoeren? Zijn er voor u belemmeringen om de vervolgacties zelf/meteen uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 5

U heeft een prikaccident gehad. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen hoe u het accident meldt.

Beoordelingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk waarom/wanneer/hoe u een prikaccident moet melden en wat er met de meldingen gebeurt? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties (snel) uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 6 (diverse deeltaken)

Een werknemer heeft zich geprikt en meldt zich bij u. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u nu moet doen/voor welke taken u verantwoordelijk bent bij behandeling van prikaccidenten/hoe u de ernst van het risico vaststelt.

Beoordelingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke handelingen tot uw takenpakket horen/welke vervolgacties wanneer nodig zijn/wanneer sprake is van een risicosituatie/hoe u de meldings-

procedure moet uitvoeren? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties (snel) uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 7a

U prikt zich aan een naald die uit een overvolle container steekt, de bron is onbekend. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u in dat geval moet doen.

Beoordelvingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk wat u na een accident moet doen als de bron onbekend is? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Het is zondagavond. Wat betekent dat voor uw handelwijze? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties dan uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 7b

U heeft een prikaccident gehad. De status van de patiënt is onbekend; patiënt is mogelijk besmet met hepatitis, *HIV*. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u nu moet doen.

Beoordelvingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk wat u na een accident moet doen als de bron mogelijk een risicopatiënt is? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Het is zondagavond. Wat betekent dat voor uw handelwijze? Zijn er voor u belemmeringen om de benodigde acties dan uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 8

U vindt dat het protocol op een aantal punten verbeterd moet worden. U wil daar een voorstel voor indienen. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen hoe u te werk gaat.

Beoordelvingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe u een wijzigingsvoorstel moet indienen? Zijn er voor u belemmeringen om de wijzigingsprocedure uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Takensets en vragen voor de beoordeling van de MRSA-protocollen

Taak 1

Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen hoe u kan voorkomen dat *MRSA* overgedragen wordt/wanneer sprake is van een hoog/laag risico op *MRSA* (behandelaar).

Beoordelvingsvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe overdracht plaats vindt/wanneer sprake is van een verhoogd risico op *MRSA*? Zijn er belemmeringen voor u om een risico-indicatiestelling

uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 2

U verzorgt een *MRSA*-patiënt/u werkt op een kamer waar een *MRSA*-patiënt geïsoleerd verpleegd wordt. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen welke voorzorgsmaatregelen u dan moet treffen om te zorgen dat u geen *MRSA* op anderen overdraagt/zelf niet besmet raakt.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke voorzorgsmaatregelen u wanneer moet treffen? Zijn er belemmeringen voor u om de maatregelen te treffen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 3 (diverse situatieschetsen)

U verzorgt een *MRSA*-patiënt/u werkt op een kamer waar een *MRSA*-patiënt geïsoleerd verpleegd wordt. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen hoe u om moet gaan met behandelapparatuur/wasgoed/serviesgoed/afvalmateriaal/gebruikt schoonmaakmateriaal.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke voorzorgsmaatregelen u moet treffen? Zijn er belemmeringen voor u om de maatregelen te treffen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 4

U verzorgt een *MRSA*-patiënt/u werkt op een kamer waar een *MRSA*-patiënt geïsoleerd verpleegd wordt. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen welke condities voor u gelden als u in contact komt met een *MRSA*-patiënt.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke beperkingen voor u van toepassing zijn? Zijn er belemmeringen voor u om rekening te houden met de opgelegde beperkingen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 5 (diverse situatieschetsen)

U verzorgt een *MRSA*-patiënt/u werkt op een kamer waar een *MRSA*-patiënt geïsoleerd verpleegd wordt. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wanneer screening /controlekweken/neuskweken van personeel nodig zijn.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welk kweekbeleid voor personeel van toepassing is. Zijn er belemmeringen voor u om het kweekbeleid op te volgen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 6a (schoonmaakpersoneel)

U onderhoudt een isolatiekamer waar een *MRSA*-patiënt verblijft. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen welke schoonmaakregels voor u dan van toepassing zijn.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke schoonmaakregels (dagelijks onderhoud, ophef isolatie; materiaal) van toepassing zijn? Zijn er belemmeringen voor u om die regels op te volgen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 6b (medisch personeel)

Een *MRSA*-patiënt moet vervoerd worden (voor operatie, onderzoek). Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen welke regels dan van toepassing zijn.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke transportregels van toepassing zijn? Zijn er belemmeringen voor u om die regels op te volgen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 7

U heeft onbeschermd contact gehad met een *MRSA*-patiënt. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat u dan moet doen.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk welke maatregelen bij onbeschermd contact van belang zijn? Zijn er belemmeringen voor u om die maatregelen te treffen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 8a

Er doet zich op uw afdeling een onverwachte uitbraak van *MRSA* voor. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wie u daarvan op de hoogte moet stellen en hoe u dat moet doen.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe de signalering en melding bij een onverwachte *MRSA*-uitbraak dient te verlopen? Zijn er belemmeringen voor u om de maatregelen te treffen? Zijn daar oplossingen voor geregeld. Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 8b

Er doet zich op uw afdeling een onverwachte uitbraak van *MRSA* voor. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen welke taken en verantwoordelijkheden u heeft bij een onverwachte *MRSA*-uitbraak.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk hoe de taken en verantwoordelijkheden bij een onverwachte *MRSA*-uitbraak geregeld zijn? Zijn er belemmeringen voor u om de taken uit te voeren? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 9

U blijkt zelf *MRSA*-positief te zijn. Kunt u hardop aan de hand van het protocol vertellen wat dat voor consequenties heeft.

Beoordelvragen

Maakt het protocol u duidelijk wat het voor u werk en uw gezondheid betekent als u zelf *MRSA*-positief bent? Zijn er belemmeringen voor u om de maatregelen te treffen? Zijn daar oplossingen voor geregeld? Hoe zijn die oplossingen in het protocol geregeld?

Taak 10

Wijzigingsprocedure, zoals bij taak 8 beoordeling protocollen Accidenteel Bloedcontact

D

Interviews ontwerp, implementatie en evaluatie

De bijlage bevat een overzicht van (hoofd)vragen die gesteld zijn over het protocolleringsbeleid, het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van de protocollen Accidenteel Bloedcontact en *MRSA*.

Inleidende vragen

- Wat is uw functie in de organisatie?
- Bent u lid van de infectiecommissie; protocollencommissie; kwaliteitscommissie; handboekcommissie?
- Bent u contactpersoon voor hygiëne en infectiepreventie; kwaliteitszorg?
- Wat is uw rol in het totstandkomen, implementeren van deze protocollen (afgeleide producten) geweest? (vragen aan de hand van producten)

Protocolleringsbeleid

- Wie is de eigenaar van deze protocollen?
- Wie is verantwoordelijk voor het onderhoud (actualisatie, beheer) van deze protocollen?
- Wie is verantwoordelijk voor het totstandkomen, implementeren en evalueren van de protocollen? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van documentatie gesteld)
- Welke richtlijn wordt gehanteerd voor het protocolleren? Door wie is de richtlijn opgesteld? Met welk doel? Wat houdt de richtlijn in? Is de richtlijn geautoriseerd? Hoe geïntroduceerd? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van documentatie gesteld)

Extra vragen voor beleidsvertegenwoordigers

- Wat is de relatie tussen ziekenhuisbrede protocollen en het kwaliteitsbeleid? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van beleidsdocumentatie gesteld).
- Hoe vindt afstemming tussen het kwaliteitsbeleid, protocolleringsbeleid en infectiepreventiebeleid plaats? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van documentatie gesteld).
- Wat is de relatie tussen infectiepreventieprotocollen en andere protocollen?
- Welke knelpunten zijn ervaren, gesignaleerd met de toepassing van het protocolleringsbeleid? Hoe zijn problemen aangepakt?

Ontwerpproces

- Wat was de aanleiding om deze protocollen (afgeleide producten) op te stellen?
- Wie heeft daarvoor het initiatief genomen? Wie heeft besloten dat de protocollen er moeten komen?
- Sinds wanneer zijn deze protocollen geautoriseerd? Wat moet er nog gebeuren voor autorisatie?
- Tot wanneer zijn deze protocollen formeel geldig? Wie zijn bij het totstandkomen van deze protocollen allemaal betrokken? Met welke taak? Wie was de penvoerder?
- Wie coördineert het totstandkomen, hoe vindt een taakverdeling plaats?
- In welke tijdsbestek zijn deze protocollen tot stand gekomen?
- Voor wie zijn de protocollen bedoeld? Hoe zijn de door u genoemde doelgroepen bepaald?
- U heeft een aantal doelgroepen genoemd waarvoor de protocollen bestemd zijn. Wat moeten die protocollen bewerkstelligen bij de door u genoemde doelgroepen?
- Waarop zijn de doelen gebaseerd?
- Wat moeten de doelgroepen met deze protocollen doen?
- Waarop is het veronderstelde gebruik gebaseerd?
- Zijn de maatregelen op te vatten als een bindend advies voor het dagelijks handelen? Voor wie zijn ze bindend? Hoe is dat bepaald? Wat is de ruimte voor aanpassing aan de eigen werksituatie?
- Aan welke eisen, normen moeten deze protocollen voldoen? Hoe bepaald? Waar aan zijn die eisen, normen ontleend? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van documentatie)
- Welke knelpunten deden zich voor bij het opstellen van de protocollen? Hoe aangepakt?

Extra vragen voor de penvoerders

- Maakt het opstellen van deze protocollen deel uit van uw dagelijks werk?
- Zijn bepaalde voorzieningen getroffen (tijd, training, middelen)?
- Wie zijn allemaal betrokken bij het totstandkomen? Hoe zijn de taken onderling verdeeld? Wie heeft het totstandkomen gecoördineerd?
- Hoe is bepaald wat er in de protocollen moet komen te staan?
- Wat heeft u bij het totstandkomen aan middelen en voorbeelden gebruikt? Hoe gebruikt?
- Is voor het totstandkomen gebruik gemaakt van een richtlijn, stramien voor het protocolleren? Hoe is de richtlijn gebruikt? (indien beschikbaar, vragen aan de hand van documentatie gesteld)
- Is bij de inrichting van de protocollen rekening gehouden met de onderscheiden doelgroepen? Met verschillen tussen de doelgroepen? Hoe?
- Is bij het bepalen van de inhoud op de een of andere manier rekening gehouden met mogelijke weerstand tegen de protocollen? Hoe?
- Hoe is gezorgd (inhoud, vorm) dat de protocollen goed uitvoerbaar zijn voor de verschillende doelgroepen?
- Wat is gedaan opdat het management de protocollen goedkeurt?

Implementatieproces

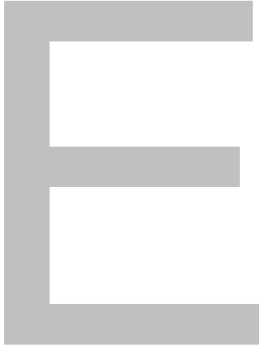
- Hoe zijn de protocollen verspreid? Hoe is dat bepaald? (Is er een implementatieplan? Invoeringstraject afgesproken? Indien beschikbaar vragen aan de hand van plan gesteld)
- Hoe is gezorgd dat de protocollen gemakkelijk raadpleegbaar zijn voor de doelgroepen?
- Wat is gedaan om te zorgen dat de doelgroepen op de hoogte zijn en blijven van de protocollen?
- Wat is gedaan om doelgroepen te informeren over de risico's (overdracht van *MRSA*; prikaccident)?
- Wat is gedaan om te zorgen dat de verschillende doelgroepen ook volgens de protocollen (blijven)werken?
- Hoe is omgegaan met mogelijke weerstand tegen de protocollen?
- Welke knelpunten deden zich voor bij de verspreiding, introductie, voorlichting, gebruik van de protocollen? Hoe opgelost?

Extra vragen voor implementeerders

- Wat is uw rol in de implementatie?
- Wie zijn met welke taak betrokken bij de implementatie van de protocollen?
- Wie coördineert de implementatie? Wie heeft het besluit tot implementatie van de protocollen genomen?
- Welke implementatieactiviteiten zijn gerealiseerd, op dit moment gepland? Met welke doel? (indien beschikbaar, vragen gesteld aan de hand van documentatie).
- Wat is er/wordt gedaan als personeel de maatregelen negeert, onjuist handelt?

Evaluatieproces

- Hoe en wanneer vindt actualisatie van de protocollen plaats? Hoe is de actualisatieprocedure bepaald? (indien beschikbaar, vragen gesteld aan de hand van documentatie gesteld)
- Hoe en wanneer worden de protocollen geëvalueerd? Door wie? Aan de hand van welke criteria? Hoe is de evaluatieprocedure bepaald? (indien beschikbaar, vragen gesteld aan de hand van documentatie)
- Welke knelpunten deden zich voor bij de evaluatie van de protocollen? Hoe opgelost?
- Wat is het grootste knelpunt met dit soort protocollen? Hoe opgelost? Welke problemen kun je met de protocollen oplossen, welke niet?
- *Extra vragen voor actoren die bij de evaluatie betrokken zijn*
- Wat is uw rol in de evaluatie?
- Wie zijn met welke taak betrokken bij de evaluatie van de protocollen?
- Wie coördineert de evaluatie? Wie heeft het besluit tot evaluatie van de protocollen genomen?
- Welke evaluatieactiviteiten zijn gerealiseerd, op dit moment gepland? Met welke doel? (indien beschikbaar, vragen gesteld aan de hand van documentatie)
- Wat is; wordt gedaan met de resultaten van de evaluatie?



Overzicht van geraadpleegde documenten

Deze bijlage bevat een overzicht van documenten die, naast de in hoofdstuk 6 genoemde protocollen, gebruikt zijn voor de interviews over beleid, ontwerp, implementatie en evaluatie van de protocollen. In de bijlage zijn alleen die documenten opgenomen waar in de tekst naar verwezen is.

Documentatie over het kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsjaarverslagen van de vijf ziekenhuizen (1998, 1999)

Notitie Kwaliteitsbeleid (1999, Z5)

Beleidsplannen protocolleren

Zeggen wat we doen, doen wat we zeggen (1999, Z1)

Nota kaders algemeen infectiepreventiebeleid (1998, Z2)

Notitie protocollering (1999, Z2)

Beleidsplan Hygiëne en Infectiepreventie, concept basisdocument (1999, Z3)

Basisdocument Hygiëne en infectiepreventie (1999, Z3)

Beheersysteem protocollen en voorschriften (1997, Z4)

Conceptnotitie Bureau Zorgontwikkeling (2001, Z5)

Handboeken protocollen (infectiepreventie, zorg) (van de vijf ziekenhuizen)

Richtlijnen

Werkgroep Infectie Preventie (1999), Academisch ziekenhuis, Leiden (brochure, z.j.)

Werkgroep Infectie Preventie Richtlijn Accidenteel Bloedcontact (1996; no 36a)

Werkgroep Infectie Preventie Algemene voorzorgsmaatregelen (1999; no 1)

Draaiboek prikaccidenten, Landelijk Coördinatiecentrum voor Infectieziektenbestrijding (LCI, 1997)

Werkgroep Infectie Preventie Isolatierichtlijnen (2001; richtlijn 4b)

Werkgroep Infectie Preventie Beleid bij Meticilline Resistente *Staphylococcus Aureus*, (1994; no 35a)

NIAZ, Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (brochure, z.j.)

NIAZ/PACE, Kwaliteitsborgingnorm Kwaliteitssysteem (1998, 2000)

NIAZ-kwaliteitsborgingsnorm (1996)

NIAZ-PACE kwaliteitsborgingnorm Hygiëne en infectiepreventie (1996)

Project Afstemming Visitatie Accreditatie, Orde van Medisch Specialisten-PACE (1999)

Summary

The development and functioning of infection prevention protocols A study of communication driven by legislation and regulations

This study examines the development and functioning of infection prevention protocols. Infection prevention protocols are examples of communication driven by health and safety legislation for hospitals (Labor Law 1984, 1999; Care Institutions Quality Act 1996; and national guidelines). The Labor Law and the Care Institutions Quality Act require organizations to be able to demonstrate that their operational processes are set up in such a way that staff can carry out their tasks efficiently, effectively and safely. Procedures, protocols and regulations are drawn up to inform staff of the rules governing safety (Labor Law) and of the professional standards for providing optimum care (Care Institutions Quality Act). The implementation of these two Acts usually entails the development of integrated quality systems, both in industry and in governmental organizations. Agreements about ways of working need to be documented in accordance with a certain system (e.g., ISO 9000 or NIAZ/PACE), and a policy needs to be established on how quality documents are to be laid out, approved, issued, amended and managed. These quality documents need to be available and accessible when required, and compliance with their contents needs to be monitored.

This study is a response to the difficulties of putting legislation-driven communication into practice. An earlier study of legislation-driven communication (Elling, 1991) and a preliminary study of how health and safety regulations are communicated (Van Gemert, 1999) indicate that organizations tend to make their safety regulations too complex and too obscure to be incorporated into everyday activities. Research into practice within care institutions shows that similar problems occur with respect to protocols: protocols are ignored because they bear little relation to everyday working practice (Grol, 1994; Berg 1991, 1996).

Infection prevention protocols are designed to prevent the spread of infections. This study describes an investigation into two kinds of infection prevention protocol: the Protocol for occupational exposure to blood-borne pathogens (shortly: Protocol for Exposure to Blood) and the MRSA Protocol for preventing the transmission of methicillin-resistant staphylo-

coccus aureus. The former is designed to inform hospital staff about how they can prevent accidental exposure to blood and body fluids and, in the event of such exposure, how to prevent infection with hepatitis (B or C) or HIV. The MRSA protocol instructs hospital staff on how to prevent an outbreak of MRSA (a hospital infection), and what to do if a nosocomial infection occurs. Communication is vital to ensure that staff are familiar with these protocols, and are ready and able to implement the required precautions.

In relation to the functioning of infection prevention protocols, answers were sought to the following questions:

- Are the target groups familiar with the protocols and the required precautions laid down in them?
- Are the target groups familiar with the risks involved?
- Are the target groups able and willing to implement the precautions?
- Do the target groups act in accordance with the regulations?
- Is there sufficient incentive for the target groups to act (or continue to act) in accordance with the required precautions?

This research was carried out by means of a questionnaire and a performance study.

In relation to the development of protocols, the design, implementation and evaluation of the two protocol types were analyzed. Protocol writers and decision-makers (line managers and representatives of protocol development policy) were interviewed and asked the following questions:

- What is your policy on protocols and what are its implications for process and product agreements regarding protocol design, implementation and evaluation?
- Do your protocols comply with the agreed product standards at document level and at content level?
- How is your process of design, implementation and evaluation structured?
- What is the usual sequence of steps within the design process?
- How are the protocols matched to targets and target groups?
- How are the protocols implemented and evaluated?
- What problems are encountered when relating policy to practice?

The investigation was carried out in five general hospitals. A total of 133 questionnaires were distributed (70 relating to the Exposure-to-Blood Protocol and 63 relating to the MRSA Protocol). The performance study consisted of 92 interviews, and a further 48 interviews dealt with the design, implementation and evaluation of protocols. The respondents were representative of the target group (medical, paramedical and domestic staff) and were selected because of their heightened occupational risk of exposure to blood-borne pathogens and MRSA. The respondents interviewed on protocol design, implementation and evaluation were selected because of their involvement in these fields.

The present study is exploratory in nature. It describes what is done in practice to match the protocols to objectives and target groups, and it examines whether users find the protocols workable. Any statements regarding links between how protocols are designed, their quality, and their effectiveness either take the form of hypotheses or are based on earlier research into legislation-driven communication. This study of the development and

functioning of protocols can be seen as an example of research into communication design in practice: it explores how design processes can be structured so as to maximize the chances of successful communication taking place (Schellens *et al.*, 2001).

The functioning of infection prevention protocols: questionnaire

Respondents indicated that they were familiar with the protocols and with the required precautions. Their attitude towards the protocols and precautions was generally positive and they felt that hospital staff should be familiar with the precautions, which were considered worthwhile and effective, as they reduced infection. However, precautions that inhibit or impede occupational tasks were experienced as a burden. It was felt that protocols should be succinct and unambiguous, since they are considered to be normative for day-to-day practice. Respondents' criticisms showed that the protocols are too extensive to allow them to quickly find information about the action they need to take in the event of an incident. Nonetheless, the majority of respondents reported that they did actually apply the precautions, including those judged to be burdensome. Little difference was found between occupational groups in their willingness to implement the precautions.

The results of the questionnaire indicate that respondents were unclear as to what constitutes a risk factor. They were particularly uncertain about the risk of exposure to mucous membranes and potentially infected body fluids. Although respondents considered the chance of infection to be quite high, they showed little concern about potential infection. However, concern about an MRSA infection was greater than concern about infection resulting from accidental contact with infected blood. This difference could be due to unfamiliarity with MRSA and to the fact that it is possible to be vaccinated against viral infections such as hepatitis B.

The majority of respondents judged that it was possible to implement precautions, even in hectic situations or when working under pressure, and felt that they had sufficient means and time to take such measures. In addition, they assumed that their colleagues also implemented preventative measures and that everyone considered the precautions to be obligatory. Respondents were less positive about the degree to which their organizations encouraged them to use the protocols. They felt that the protocols were not discussed adequately with staff, and that infection prevention was not discussed regularly or in sufficient depth at staff meetings or during training courses. Furthermore, respondents said that they were not fully informed of the nature and causes of incidents, although they would like to have had this kind of information. Official monitoring of compliance with the precautions was also considered insufficient. By contrast, monitoring from colleagues was judged to be sufficient.

Differences between the protocols

The results indicate that the MRSA Protocols were more effective than the Protocols for Exposure to Blood. MRSA Protocol instructions were more widely known than the instructions of the Exposure-to-Blood Protocol. The MRSA Protocols were more accessible and consulted by a greater number of respondents. Respondents judged that the MRSA precautions were followed more closely and more effectively than the Exposure- to-Blood precautions. Provisions for the implementation of MRSA precautions were felt to be less

adequate than provisions for the implementation of Exposure-to-Blood precautions. By contrast, respondents viewed the degree of attention paid by their organizations to the MRSA Protocol more positively.

In the case of the Protocol for Exposure to Blood questionnaire, respondents differed in their responses concerning their actual experience of incidents, their assessment of risk, and their interpretation of the effectiveness and practicability of precautions. In the case of the MRSA Protocol questionnaire, on the other hand, respondents differed primarily in their responses concerning the role played by their direct working environment and organization.

Differences between the various occupational groups and hospitals

A comparison of the various occupational groups shows that there are considerable differences, particularly between domestic staff and physicians. Domestic staff differ from the other occupational groups in terms of their limited familiarity with the protocols and precautions, their lack of knowledge of prevention issues and their attitude with respect to their role in preventative care. As a result, domestic staff behave differently in response to an incident compared to other occupational groups. Nurses are most favorably disposed toward the protocols and precautions. They differ from the other occupational groups in their more active attitude towards preventative care, tending not to see it as an individual problem. They also consider the associated organizational measures to be part of their job. Physicians have the most cautious attitude toward precautions, in particular concerning those that are perceived as obligatory and as an impediment to providing the patient with proper care. Hospital analysts are similar to the physicians in their awareness of and attitude toward the protocols. They take precautions such as the wearing of gloves reluctantly, as they doubt their effectiveness.

The observed differences between the occupational groups occur with respect to both types of protocol. The occupational groups differ in knowledge, attitude, self efficacy, behavior and need for support to such an extent that, in providing instructions and information, a distinction needs to be made between occupational groups who perform patient-oriented tasks (medical and paramedical staff) and occupational groups who do not come into direct contact with patients (service staff such as domestic staff). The differences between hospitals were most noticeable with regard to MRSA protocols. Respondents from hospitals that had more experience with MRSA were significantly more concerned about possible infection and were less optimistic about the practicability of and compliance with the precautions. Nonetheless, these respondents expressed less dissatisfaction with the level of attention being paid to MRSA prevention by their organization.

The functioning of the protocols: performance study

The performance study entailed a practical test. Participants in the study were presented with practical scenarios for which they had to use the protocol as a guide to work out what they would have to do, verbalizing their thoughts and actions throughout the process. They were then asked for their opinion on the clarity and applicability of the protocol in question. In total, ten protocols were studied (five MRSA Protocols and five Exposure-to-Blood Protocols). All were officially in force at the five sample hospitals. The Protocols

for Exposure to Blood were assessed by 42 participants; the MRSA Protocols were assessed by 50 participants.

The performance study was designed to identify problems that may arise when the two protocol types are used as procedural guidelines. Problems that arose during the practical test were classified into four categories: (i) accessibility problems (impediments relating to obtaining the document), (ii) text-related problems (impediments at text level that can affect the accessibility and comprehensibility of the information), (iii) applicability and (iv) acceptance problems (impediments regarding the implementation and the acceptance of the specified measures). It was then established which tasks had been carried out successfully and which had not. A task was deemed to have been carried out successfully if the participant was able to carry it out according to the protocol without any help from the person administering the test; a task was deemed not to have been carried out successfully if the participant had to ask for help while carrying out the task or if the participant verbalized actions different from those prescribed by the protocol.

The results of the performance study were less positive than the results of the questionnaire. Participants appeared to be less familiar with the protocol and the precautions, and they also appeared less willing and able to put the measures into practice than was suggested by the results of the questionnaire. The practical test probably provides a clearer and more authentic representation of the actual situation than the results of the questionnaire. The questionnaire provides a good idea of what actions respondents think the protocol requires and what actions they believe they can carry out. This does not necessarily correspond with what the protocol actually requires or with what participants can do and actually do in practice.

The practical test showed that the majority of participants in the study were aware of the existence of the protocols, but were not always familiar with the most recent version. Within all occupational groups and with both protocol types, problems frequently occurred as a result of misunderstanding, excessive detail, and impediments to applying the regulations. Participants were unsuccessful in carrying out tasks that required them to use the protocol to make a risk assessment and on that basis decide what further action they should take. Protocols were found to offer insufficient insight into possible risk factors. Half the participants verbalized actions different from those specified by the protocol; participants were either unaware that the protocols were officially in force or they found the precautions unacceptable. Problems particularly arose in the case of incidental situations. Fewer problems were encountered in the case of routine tasks (e.g., hand disinfection following exposure to blood). In other words, it was precisely at those times when the protocol, as a guideline, was essential that it failed to provide sufficient information.

Differences between protocols

The performance study also demonstrated that the MRSA Protocols were more effective than the Protocols for Exposure to Blood: proportionally more problems occurred with the Exposure-to-Blood Protocols and deviant measures were taken more often. Problems with the Protocols for Exposure to Blood mainly related to post-incident procedures. As a result of frequent amendments to the regulations, participants were not familiar with these

procedures, which caused application and acceptance problems. Problems with the MRSA Protocols related to the protocol as a whole and were mainly of the accessibility and excessive detail type. The MRSA Protocols were too detailed, outlining the whole procedure, from patient arrival to patient dismissal, although different groups of medical staff are actually only involved in part of the procedure. Participants therefore found it difficult to quickly identify the information that was relevant to them.

The differences in the way the two protocols work could possibly be explained by the difference in attention paid to each protocol by the organization itself. MRSA is a relatively new phenomenon, and has a greater impact on the organization than an individual case of accidental exposure to blood.

Differences between the various occupational groups

The differences observed between the occupational groups were confirmed by the performance study. Protocols were particularly problematic for domestic staff. It appears that neither type of protocol was appropriate for this occupational group, as domestic staff were unable to relate to the problems presented in the protocols and quickly gave up on any action to be undertaken. Domestic staff felt no obligation to follow protocols, and in the event of problems, expected to be given help immediately. Nursing personnel, by contrast, were the most willing to undertake the prescribed tasks without asking for assistance. Nonetheless, more than two-thirds of participants in the study experienced problems as a result of misunderstanding, excessive detail, and impediments in applying the precautions. Half of the group experienced problems accessing the protocol, making sure they were dealing with the latest version, and accepting the responsibilities and obligations it presented. This particular occupational group treated protocols as working standards and was only prepared to tolerate deviations from the norm if there were good grounds for doing so. The physicians, like the nurses, experienced numerous problems with the protocol in terms of the text (i.e., problems as a result of misunderstanding and excessive detail) and with putting the measures into practice. In addition, more than two-thirds of the physicians had problems with accepting the regulations as specified by the protocols, particularly in those cases where they felt that there was insufficient justification or evidence that the measure was beneficial. Physicians expected protocols to clarify the rationale behind the regulations and to provide information that would allow them to decide on the most practicable solution in the circumstances.

Design, implementation and evaluation of the protocols: interviews

Protocol development policy

All five sample hospitals had established process and product standards for the implementation and evaluation of organization-wide protocols. The purpose of these standards was to enable a systematic approach to protocol design. These process standards are geared to achieving consensus between all parties and assigning responsibilities (ownership, management and maintenance) with respect to document management. They specify that protocols should be implemented according to an established plan. The guidelines provided by the standards are limited to instructions on how to introduce protocols into the organization. The process standards also stipulate that the protocols should be periodically evaluated. The product standards specify the format of the protocols (i.e., standard layout

and style to facilitate digital documentation). It is remarkable, however, that the product standards do not give any concrete guidelines relating to the participation of users, line management and appointed contact persons (i.e., the key players) in the development and implementation of a protocol. Nor do they give any guidelines on how to coordinate the design and implementation of protocols. Given the problems reported by the designers and policy representatives, there seems to be a noticeable discrepancy between desired and actual protocol development policy. In fact, the standards in question turned out to be still under development, to be unknown within the organization, or not to adequately represent the designers' intentions.

Protocol design

In all five hospitals, the protocols were developed in similar ways. The writers were experts in the field of infection prevention (e.g., clinical microbiologists or infection control hygienists) and the writing tasks were assigned according to areas of expertise. In some cases, in the development of MRSA protocols, broad committees of representatives with working knowledge of MRSA outbreaks were formed. On average, it took a year to develop a protocol, although some remained at the draft stage for a time due to a lack of consensus about enforcement conditions (timing and facilities) or the tasks and responsibilities of those involved in the implementation. Although consultation is an essential factor for achieving an acceptable and workable protocol, the status of the writers (outside the usual line of hierarchy) and the circumstances surrounding the design process (as an additional activity done between other tasks and, as such, frequently under threat from a lack of time and manpower) are not conducive to this.

The development of the two types of protocol is an institutionalized, more or less top-down process of designing and redesigning. There is hardly any opportunity for the consideration or reconsideration of the aims and the target groups that will have to use the protocol; the issue is simply never raised. From the interviews, it emerged that writers and policy representatives have different opinions about protocols. Policy representatives see any type of protocol as a means of reducing ambiguity: protocols should provide clarity as to who should do what. Writers, on the other hand, see protocols as a means of controlling infection problems. However, infection problems are too complex for protocols to specify each step to be taken in each situation. Nonetheless, some writers, in an attempt to cover themselves, try to develop a protocol that encompasses all situations and a step-by-step action plan that could be used by everyone involved. In practice, however, this not only leads to voluminous protocols, but also to protocols that need continuous adjustment. The more practical experience a writer has, the more scenarios he tries to cover in the protocol. Other writers, however, prefer not to formalize everything as they believe that, in practice, this leads to protocols being assigned a legal status that they do not in fact possess. Users are expected to consider the situations outlined in the protocol and then to apply their professional knowledge and insight to decide on the most practicable solution in the circumstances. This means that the protocol should provide a number of options to support this procedure. In practice, lack of clarity about the purpose or status of a protocol (a regulation or a decision-making tool) often leads to hybrid documents that encounter resistance because users find it difficult to work with them.

In the process of bringing the protocols more into line with actual practice, greater priority was given to achieving a consensus among experts on issues of content than to users' needs. Decisions on content and design were based on expert opinion and experience built up over the years. Previously written documents or examples from other organizations often served as templates. At this stage of development, involvement of line management, key players and users was limited. Drafts of the protocol were submitted for evaluation to the committee representing the decision-makers within the organization. This evaluation was highly formalized and often limited to achieving content-related compromises. The positioning of the writers meant that they often had little insight into the organization and the way it was organized. As a result, when they were fine-tuning the protocols to the needs of the users, they used either themselves or the "large-scale user," the nursing staff, as the norm. Consequently, non-nursing staff did not see the protocol as being relevant to them or they ignored it altogether.

From the problems reported, it is evident that protocol designers would benefit from a set of useful guidelines for writing protocols. Although the national guidelines drawn up by the Dutch Working Party on Infection Prevention and government directives serve as norms (in terms of content), they are seen as costly and impractical. Moreover, the obligations imposed by the regulations are themselves unclear. The protocol design policy also fails to provide adequate support because the conditions needed to be able to implement the product standards are not present: the product standards impose a format that is geared to document management through systems that users and even designers cannot always access. The evaluation process is also ineffective: evaluation criteria are lacking, evaluations do not take place at well-defined moments during development of the protocol, but occur randomly whenever the infection prevention committee happens to meet. Furthermore, there is insufficient interaction with end users. Due to a lack of focus and a lack of participation by the organization during the development of a protocol, protocols run the risk of representing an illusory organization.

The implementation of protocols

For the sake of efficiency, protocols are implemented through the channels and means already in place within the organization. They are not implemented according to the various types of prevention problems (e.g., collective prevention or individual prevention) or in terms of differences in users' knowledge, attitudes or ways of working. Although a wide range of activities are suggested to facilitate the implementation of a protocol, in practice, all that happens is that the protocol is brought to the attention of the users and a rudimentary instruction is given. Argumentation and feedback occur only incidentally, and there is usually no specific plan for introducing the protocols, despite such a plan being a requirement of protocol development policy. It is also unclear who is responsible for coordinating and monitoring the implementation of a protocol.

Protocol writers are dependent on the cooperation of their organizations when implementing a protocol, yet the involvement of most organizations in infection prevention protocols is limited. The excessive number of protocols in existence means that little attention is paid to protocols that are not based on primary processes or that do not have any radical effect on day-to-day activities. Once the protocol has been introduced, its designers lose

control of its functioning. Organizations often operate according to the principle of “To read is to know is to do,” and only if problems arise are the writers brought in to explain the issue. Depending on the involvement of line management and users in infection prevention, protocols are increasingly being reformulated as regulations specifically geared to a given working environment. This applies particularly to MRSA protocols.

The problems reported indicate that any suggestions for a more systematic approach to protocol introduction cannot be put into practice due to a lack of facilities and cooperation. The intermediaries between non-line management and line management whose task it is to promote the prevention policy often have insufficient authority and are inadequately prepared for their role. Departmental managers and users report that training in infection prevention is too technical and insufficiently in line with users’ needs. Protocol writers admit that people quickly forget what they have learned, as problems only arise sporadically.

Evaluation of protocols

According to protocol development policy, protocols should be evaluated through the use of practical audits in order to assess whether the proposed improvements have indeed been achieved. In practice, this evaluation is limited to simply discussing incidents if and when they occur. Plans to evaluate tend not to materialize due to a lack of clarity as to who is responsible for the evaluation and evaluation criteria, and often also the fact that appropriate tools are unavailable. Line management and policy representatives seek to establish indicators based on quality norms. They seem to suggest that the number of incidents or infections is a good indicator of whether the precautions are successful. Protocol writers, however, doubt this, because many incidents are not actually reported. They also have doubts about the usefulness of incidents being reported, as legitimate standards are lacking and, by law registration of accidents should be anonymized. Protocol writers need a practical tool which will enable them to gain insight into any shortcomings in the protocols.

Conclusion

The conclusion of this study is that infection prevention protocols do not work properly. Although the results of the questionnaire seemed initially to suggest that protocols were functioning adequately, the performance study showed that this view needed some refinement. Users tended to overestimate their knowledge of the precautions and their own skill in assessing situations involving risk. They are perfectly willing to apply the measures, provided that they do not conflict with their principles in providing care. Above all, it appears that the protocols are insufficiently geared to the target groups’ ways of thinking and working, and, indeed, are actually inappropriate for certain occupational groups, such as domestic staff. In addition, the need for practical support varies so widely across the occupational groups that the use of a single protocol for all users is inappropriate. The solution is to split each protocol into sub-protocols, one dealing with organizational and legislative matters and identifying responsibilities, one or more sub-protocols geared to specific target groups and their use of the protocol. Instructions should be better tailored to the nature of the prevention problem (individual versus collective), the tasks of those

using the protocol (practical versus managerial) and the required behavior (incidental or routine).

The current approach to protocol design does not produce the desired results. The research methods used in this study, however, do not allow concrete conclusions to be drawn regarding the causal link between the design approach, the quality of the protocol and its effectiveness. At this stage, any conclusions are hypothetical and require further study. Nonetheless, it is clear that the current protocol development policy and design process do not allow sufficient participation of users and line management in the development and implementation of the protocols. Currently, evaluation and testing are not included in the design process. As a result, protocols are implemented too early, which is not conducive to the active involvement of users and line management.

The implementation of protocols should be a permanent feature in the hospital environment in order to ensure that staff behave in accordance with the required precautions and do not lapse into old routines. The protocols, compliance with them and desired behaviors should be evaluated regularly, for example, during staff meetings and training sessions.

Curriculum vitae

Lisette van Gemert-Pijnen werd geboren op 21 november 1953 te Gemert. In 1972 haalde zij haar HBS (B) diploma aan het Jacobus college te Enschede. Van 1973 tot en met 1983 studeerde zij Nederlandse Taal- en Letterkunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen, specialisatie Taalkunde (psycholinguïstiek). In deze periode werkte zij als docente Nederlands aan het Instituut voor Hoger Beroeps Onderwijs de Maere te Enschede, is zij getrouwd met Hans en beviel zij van haar dochter Anna. Sinds 1985 is zij verbonden aan de Universiteit Twente. Eerst als medewerker onderwijs aan de vakgroep Toegepaste Taalkunde (faculteit Wijsbegeerte en Maatschappijwetenschappen) thans als universitair docent aan de afdeling Communicatiewetenschap van de faculteit Gedragwetenschappen. In 1985 beviel zij van haar dochter Nella en in 1987 van haar zoon Noud.