

'Een kwestie van implementeren'



Het implementatieproces van het LCI draaiboek MRSA
in de openbare gezondheidszorg

'Een kwestie van implementeren'

Het implementatieproces van het LCI draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg

Afstudeerscriptie

Evelien Starreveld
Studentnummer 0053473

Universiteit Twente
Faculteit der Gedragwetenschappen
Toegepaste Communicatiewetenschap
Afstudeerrichting Corporate Communication

Afstudeerbegeleider: dr. J.E.W.C. van Gemert-Pijnen
Tweede begeleider: drs. F. Verhoeven

GGD Nederland

Begeleider GGD Nederland: dr. M. de Vries

November 2007

Besmetting met de Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus (afgekort MRSA) kan een bedreiging vormen voor ernstig zieke mensen. In Nederland streeft men daarom naar een beleid dat erop gericht is om te voorkomen dat MRSA zich (te)veel voordoet in Nederlandse zorginstellingen en in de openbare gezondheidszorg. De GGD heeft in haar takenpakket het zorgdragen voor de samenleving, waarbij het onder andere van belang is de verspreiding van MRSA naar de openbare gezondheidszorg zoveel mogelijk te beperken. Om deze rol goed te kunnen uitvoeren wordt gebruik gemaakt van het draaiboek "MRSA in de openbare gezondheidszorg", waarin richtlijnen zijn opgenomen voor de preventie en bestrijding van MRSA. Dit draaiboek is één van de documenten die door de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) is ontwikkeld ter preventie van infectieziekten in Nederland. Sinds de ontwikkeling en in gebruikname in 2005 is er nog geen evaluatieonderzoek gedaan naar het functioneren en het gebruik van dit draaiboek bij de GGD'en en de behoeften en motivatie die er is bij de gebruikers. Toch is de vraag welke factoren van invloed zijn op het gebruik van het draaiboek MRSA door lokale GGD'en, interessant om antwoord op te krijgen. Door meer inzicht hierin kunnen draaiboeken, indien wenselijk, gericht op de doelgroep worden afgestemd. De vraag naar meer inzicht leidde tot de volgende probleemstelling voor het onderzoek:

"Welke factoren zijn van invloed op de mate waarin het draaiboek MRSA een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD, en hoe kan de inbedding van het draaiboek in het functioneren worden verbeterd?"

Het uitgangspunt voor het beantwoorden van de probleemstelling is een onderzoeksmodel dat is ontwikkeld op basis van de theorie. In dit model vormen de individugebonden factoren, organisatiestructuregebonden factoren en de documenteigenschappen een driedeling waaronder de overige constructen zijn ingedeeld. Tenslotte is ook gekeken naar de gedragsintentie. Dit betekent het daadwerkelijke actieve gebruik van het draaiboek bij de behandeling van een MRSA besmette patiënt.

Het onderzoek is in opdracht van de Universiteit Twente uitgevoerd. De data is verzameld aan de hand van een inventariserend telefonisch vooronderzoek (N=35), drie focusgroepsdiscussies met in totaal 14 respondenten (N=14) en een online vragenlijst (N=57). De respondenten die hebben deelgenomen aan de drie onderdelen van het onderzoek waren MRSA deskundigen van de GGD'en, bestaande uit artsen, verpleegkundigen en hygiënisten en artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten.

Conclusie: Uit het onderzoek blijkt dat het draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg door 82% van de ondervraagde respondenten wordt gebruikt. Hiervoor heeft de helft van de GGD'en een eigen beleid, brochures en ander voorlichtingsmateriaal ontwikkeld. Om tot een geslaagde implementatie te komen, wat een actief gebruik van het draaiboek betekent, blijken zes factoren van invloed zijn. Dit is als eerste de attitude die nodig is voor het naleven van de richtlijnen door de gebruiker. Vervolgens is er de mogelijkheid tot onderlinge communicatie tussen de artsen, verpleegkundigen, hygiënisten en het management van de GGD. Als derde is er invloed van de taak die de GGD heeft in en rond MRSA. De vierde factor is de informatiebehoefte wat betreft samenwerking tussen de GGD'en, met vervolgens de behoefte aan praktische informatie over het uitvoeren van specifieke handelingen. De laatste factor betreft de onderlinge communicatie tussen de GGD'en en andere zorginstellingen die van invloed is op het actieve gebruik van het draaiboek. Naast de genoemde zes factoren komt uit de resultaten naar voren dat de GGD een sterkere adviserende en voorlichtende rol wil hebben ten opzichte van MRSA in de openbare gezondheidszorg. Hierbij is de uitvoerende rol voor het ziekenhuis en voor de andere zorginstellingen zoals verpleeghuizen en huisartsen. Tevens moet de GGD meer een regisserende functie bekleden. Tenslotte geven de respondenten aan graag meer te willen samenwerken met collega GGD'en op het gebied van MRSA.

De belangrijkste aanbevelingen op basis van het onderzoek zijn:

- De inbedding van het draaiboek in het functioneren van de GGD'en kan beter. Dit is mogelijk wanneer er meer organisatiebrede ondersteuning komt door het management van de GGD'en om een eigen lokaal beleid te ontwikkelen ten aanzien van het draaiboek MRSA.
- Het draaiboek kan worden verbeterd wat betreft de informatie die het verschaft. Deze informatie kan meer ingaan op de dagelijkse praktijksituaties waar de GGD mee te maken heeft. Het betreft informatie over hoe te handelen in de praktijk en informatie die antwoord geeft op vragen over hoe om te gaan met het verschil tussen de community acquired MRSA en de hospital acquired MRSA.
- Tenslotte wordt aanbevolen dat er meer samenwerking komt tussen de GGD 'en, waarbij een uniform beleid wordt ontwikkeld voor de GGD'en en er een betere afstemming komt tussen de informatie in het draaiboek en de behoeften van de gebruikers.

Discussie: Het aantal MRSA-dragers in Nederland stijgt, zowel in ziekenhuizen als in de publieke gezondheidszorg. Een helder uniform MRSA-beleid kan bijdragen in het voorkomen dat MRSA in ons land endemisch wordt. Opgemerkt moet hierbij worden dat men al redelijk ver is in het bepalen van richtlijnen voor de omgang en bestrijding van de ziekenhuisvariant. Voor de nieuwe variant die wordt gevormd door de 'community acquired' MRSA is in 2005 de eerste richtlijn ontwikkeld. Sindsdien is dit draaiboek wel in gebruik genomen, maar is het nog in ontwikkeling. Met dit onderzoek is getracht om deze ontwikkeling een stap hoger te brengen. Met de verzamelde data kunnen gerichte aanbevelingen worden gedaan voor verbeteringen in de toepassing van het draaiboek en de implementatie hiervan. Het is echter van belang om met behulp van vervolgonderzoek de aanbevelingen verder te ontwikkelen en om het LCI draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg nog beter af te stemmen op de gebruikers: De MRSA deskundigen van de GGD.

Summary

Infection with Methicilline-Resistant Staphylococcus Aureus (MRSA) can form a threat to seriously ill patients. Therefore the Dutch health care strives for a policy in which MRSA is prevented from becoming endemic in Dutch public health care and health care centers. The GGD (the Dutch municipal health service) is responsible for society care and among other tasks they have an important role controlling the spread of MRSA to the public health care as much as possible. For this role, the GGD uses the "Script MRSA for the Public Health Care", in which guidelines are given for prevention and restriction of MRSA. This MRSA script has been written in 2005 by the LCI (the Dutch organization for coordinating prevention of infectious diseases in the Netherlands). Since the development of this script neither the usage and functioning nor the needs and motivations of its users have been evaluated. Nevertheless, knowledge of the factors influencing the usage of the of the script by local GGDs would be of great interest. It would then be possible, if needed, to adjust the MRSA script to meet the needs of the target group. This lack of knowledge leads to the following thesis:

"Which factors influence the extent to which the MRSA script is embedded in the functioning of the GGD, and how can this embedding be improved?"

To answer the thesis, a theoretically based explanatory model has been used. This model has been formed by individual bound factors, organization bound factors and document characteristics. In the study of this thesis, the intended behaviour has been studied as well; it refers to the active use of the script when treating MRSA-patients.

Methods: The study has been carried out in charge of the University of Twente. The data have been gathered by a preliminary inquiry by phone (N=35), three focus group discussions (N=14) and an online questionnaire (N=57). All respondents were MRSA-experts from the GGD, being doctors, nurses, hygienists and microbiologists.

Conclusion: The study revealed that the script "MRSA in Public Health Care" is being used by 82% of the respondents. About half of the GGD's have developed their own policies, brochures and other information materials for this matter. Furthermore the results show that successful implementation, which means active use of the MRSA script, is influenced by six factors. These are: the users attitude needed for compliance to the guidelines, the possibility of communication between MRSA-experts and the GGD management, the task of the GGD in preventing MRSA, the need for information about cooperation between the GGDs, the need for practical information about specific proceedings and finally the mutual communication between the GGD and other public health care organisations. It became clear that the GGD strives for a stronger instructor role and a more directing role in preventing MRSA in public health care. The responsibility to put the policy into practice lies with the hospitals and other health care centers. Finally respondents desire more cooperation with colleagues from other GGDs.

The most important recommendations are:

- The embedding of the MRSA script in the functioning of the GGD can be improved if GGD management throughout the Netherlands support development of local MRSA policies concerning the MRSA script.
- The informational value of the MRSA script can be improved by providing more information on everyday practices. This concerns for example practical information about the differences between handling Community Acquired MRSA and Hospital Acquired MRSA.
- Local GGDs should cooperate more and a uniform policy should be developed in adjusting MRSA information, in order to meet the needs of the users of this information.

Discussion: The number of MRSA-patients increases in the Netherlands, in hospitals as well as in the public health care. A clear and uniform MRSA policy can contribute to the prevention of endemic MRSA in the Netherlands. It is important to notice that Guidelines for *Hospital* Acquired MRSA have been drafted for years and there has been good progress, but drafting guidelines on Community Acquired MRSA has only just started. Since its release in 2005, the MRSA script has been used, but it is still under development. This study strives to improve this development. The recommendations show ways for further improvement of the implementation and the usage of the MRSA script. In the end more research is needed to further develop these recommendations and to develop a MRSA script that meets the needs of it's users: the MRSA experts from the GGD.

Na vijf jaar komt er een einde aan mijn studie Communicatiewetenschap. Een periode die voor mij in veel opzichten leerzaam is geweest. Destijds begon ik aan deze studie omdat het me leuk leek. In de jaren die daarop volgden ontdekte ik wat ik zo leuk vond aan communicatie, namelijk de combinatie tussen theorieën en de praktische toepassing hiervan in de organisatie. Met deze scriptie komt er ook een einde aan ietwat complex onderzoek. Niet alleen de Universiteit Twente en GGD Nederland bleken een inbreng te (willen) hebben rond het gevoelige onderwerp; het draaiboek MRSA. De resultaten zijn 'een druppel op een gloeiende plaat' en het laatste woord is er nog niet over gesproken.

Om tot deze resultaten te komen was een goede begeleiding van belang. Zonder alle goede raad van mijn drie begeleiders en de vele andere betrokken mensen was het onderzoek nooit zover gekomen. Graag wil ik hiervoor Fenne Verhoeven bedanken. Zij heeft mij in de lange tijd die we al samen werken altijd het gevoel gegeven dat (ik en) mijn werk belangrijk was. Wanneer er problemen waren stond zij direct voor me klaar met een passend advies en hulp. Een andere belangrijke bron van feedback was Lisette van Gemert. De besprekingen die we hebben gehad waren leerzaam, interessant en onmisbaar om tot goed wetenschappelijk onderzoek te komen. Mijn waardering gaat ook uit naar Martin de Vries. Zonder zijn wijsheid en geduld had ik nooit begrepen hoe het organogram van de GGD (Nederland) in elkaar zat. Daarnaast vormden gesprekken met Martin voor mij altijd een uitdaging en een motivatie om weer verder te gaan en om mij 100% voor het onderzoek in te zetten.

Naast de personen die het afstuderen tot een feit maken, was de omgeving waarin de scriptie tot stand is gekomen een onmisbare factor. Het was geweldig om tijdens het onderzoek een plekje te hebben bij GGD Nederland. Door gesprekken met collega's kreeg ik een eigen plaats in de organisatie. Ook leerde ik van hen om informatie in brieven en artikelen op een 'politiek correcte' manier weer te geven, wat voor dit onderzoek een pré was.

Het onderzoek heb ik met veel enthousiasme gedaan. Naast de vele uren werken was er tijd voor ontspanning, wat uitstekend lukte met (schoon)familie en vrienden. Daarnaast vormden de (polo)paarden een bron van plezier en een mogelijkheid om 'stoom af te blazen'.

Lieve Joost, pap en mam, bedankt dat jullie er altijd voor mij waren en mij steun en een luisterend oor boden. Niet alleen tijdens de laatste maanden van het onderzoek, maar gedurende de hele studie. Ik bewonder de manier waarop jullie in het leven staan. Joost, vooral dankzij jouw geduld en motivatie is het me gelukt om zover te komen. Ik ben dankbaar voor alles wat we samen mogen delen!

Evelien de Vries-Starreveld

SAMENVATTING.....	II
VOORWOORD.....	VI
INHOUDSOPGAVE.....	II
1. INLEIDING.....	1
1.1 MRSA IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG.....	1
1.2 HET DRAAIBOEK MRSA IN DE OPENBARE GEZONDHEIDSZORG.....	2
1.2.1 Taken van de GGD bij infectieziektenbestrijding en MRSA.....	2
1.2.2 Taken van het team infectieziektenbestrijding.....	3
1.2.3 Taken van GGD'en met betrekking tot implementatie van het draaiboek.....	3
1.3 PROBLEEMSTELLING.....	4
1.4 INDELING VAN DE SCRIPTIE.....	4
2. THEORETISCH KADER; HET DRAAIBOEK MRSA BIJ DE GGD.....	6
2.1 IMPLEMENTATIE VAN HET DRAAIBOEK MRSA.....	6
2.1.1 Bereiken van implementatie.....	7
2.2 INDIVIDUGEBONDEN FACTOREN.....	9
2.3 ORGANISATIESTRUCTUURGEBONDEN FACTOREN.....	11
2.4 DOCUMENTKENMERKEN.....	12
2.4.1 Randvoorwaarden voor gebruik; gebruikersgericht.....	12
2.4.2 Randvoorwaarden voor informatie; inhoudsgericht.....	14
2.5 GEDRAGSINTENTIE.....	16
2.6 ONDERZOEKSVRAGEN.....	17
2.7 TERUGKOPPELING THEORIE NAAR HET ONDERZOEKSMODEL.....	18
3. METHODE: PRAKTIJKONDERZOEK.....	20
3.1 TELEFONISCHE VRAGENLIJST.....	20
3.1.1 Inventarisatie.....	20
3.1.2 Respondenten.....	21
3.1.3 Verantwoording van de vragen in de telefonische vragenlijst.....	21
3.1.4 Procedure.....	22
3.1.5 Resultaten.....	22
3.2 FOCUSGROEPEN.....	24
3.2.1 Verdiepend inzicht.....	24
3.2.2 Respondenten.....	24
3.2.3 Verantwoording van de stellingen.....	25
3.2.4 Procedure.....	26
3.2.5 Resultaten focusgroepsdiscussies met GGD'en.....	27
3.2.6 Resultaten focusgroep met artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten.....	30
3.2.7 Terugkoppeling naar het onderzoeksmodel.....	34
3.2.8 Gevolgen voor het hoofdonderzoek.....	35
3.3 ONLINE VRAGENLIJST.....	35
3.3.1 Hoofdonderzoek.....	35
3.3.2 Respondenten.....	35
3.3.3 Verantwoording van de vragen.....	36
3.3.4 Procedure.....	37
3.3.5 Resultaten van de pretest.....	38
3.3.6 Dataverwerking en analyse.....	39

4. RESULTATEN.....	40
4.1 RESULTATEN VAN DE HOOFDCONSTRUCTEN	40
4.1.1 <i>Individugebonden factoren</i>	40
4.1.2 <i>Organisatiestructuurgebonden factoren</i>	41
4.1.3 <i>Gebruikersgericht</i>	41
4.1.4 <i>Inhoudsgericht</i>	42
4.1.5 <i>Taakverdeling</i>	43
4.1.6 <i>Gedragsintentie</i>	44
4.2 RELATIES TUSSEN DE SUBCONSTRUCTEN	45
5. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	47
5.1 CONCLUSIE OVER DE SUBVRAGEN.....	47
5.1.1 <i>Individugebonden factoren</i>	47
5.1.2 <i>Organisatiestructuurgebonden factoren</i>	47
5.1.3 <i>Gebruikersgericht</i>	48
5.1.4 <i>Inhoudsgericht</i>	49
5.2 ANTWOORD OP DE HOOFDVRAAG.....	50
5.3 AANBEVELINGEN	51
6. DISCUSSIE.....	53
6.1 WETENSCHAPPELIJKE EN PRAKTISCHE MEERWAARDE	53
6.2 BEDISCUSSIËRING VAN DE RESULTATEN	54
6.3 BEDISCUSSIËRING VAN DE GEBRUIKTE ONDERZOEKSTRUMENTEN	55
6.4 NIEUW BELEID VOLGENS EEN MODEL VOOR IMPLEMENTATIE	57
6.5 VERVOLGONDERZOEK	60
LITERATUUR.....	61

BIJLAGE

Bijlage 1:	<i>Telefonische vragenlijst vooronderzoek</i>
Bijlage 2:	<i>Themabladen voor de focusgroepsdiscussies van de GGD'en</i>
Bijlage 3:	<i>Themabladen voor de focusgroepsdiscussies van de artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënist</i>
Bijlage 4:	<i>Draaiboek ter begeleiding van de focusgroepen</i>
Bijlage 5:	<i>Schriftelijke uitnodiging voor de focusgroepen</i>
Bijlage 6:	<i>Codeboek</i>
Bijlage 7:	<i>Tabel met validiteits- en betrouwbaarheidsvormen</i>
Bijlage 8:	<i>Tabel met verantwoording van de vragen voor het hoofdonderzoek</i>
Bijlage 9:	<i>Schriftelijke uitnodiging voor het hoofdonderzoek</i>
Bijlage 10:	<i>Artikel op GGD Kennisnet</i>
Bijlage 11:	<i>Vragenlijst voor het hoofdonderzoek</i>

1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal de aanleiding van het onderzoek naar het draaiboek MRSA worden beschreven. Hierbij wordt inzicht gegeven in wat het draaiboek is, waarom het is geschreven en daardoor ook welk doel het dient. In paragraaf 1.1 wordt achtergrondinformatie gegeven over het ontstaan van de MRSA-bacterie. Tevens wordt hier de relatie tussen de GGD en de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding besproken. Paragraaf 1.2 gaat in op het draaiboek zelf en geeft de taken en verantwoordelijkheden van de diverse betrokken partijen weer. Paragraaf 1.3 benoemt vervolgens het onderzoeksprobleem en de onderzoeksvraag. Tenslotte geeft paragraaf 1.4 een overzicht van de indeling van de scriptie.

1.1 MRSA in de openbare gezondheidszorg

In medisch jargon wordt de Meticilline Resistente Staphylococcus Aureus ook wel aangeduid met het acroniem MRSA. De MRSA ontstaat wanneer er bij een patiënt met een stafylokokkeninfectie een ongevoeligheid is voor alle bètalactam-antibiotica. Hierdoor is de stafylokokkeninfectie moeilijk te bestrijden met antibiotica. Daarnaast kan de MRSA-bacterie zich ook gemakkelijk verspreiden naar andere personen met een verminderde weerstand. Tensamen leidt dit ertoe dat de MRSA in geval van infectie moeilijk is te bestrijden, wat hoge kosten met zich meebrengt (LCI, 2006).

De veroorzaker van de MRSA-infectie is de Staphylococcus aureus bacterie, die voor komt bij zowel mensen als dieren. De meeste (gezonde) personen dragen de Staphylococcus aureus intermitterend of zelfs permanent in hun neus, op de huid, het perineum en de slijmvliezen. Zolang de weerstand van de 'gastheer' voldoende is, heeft de bacterie weinig invloed op de gezondheid. Maar zodra de weerstand vermindert, kan de bacterie leiden tot een infectie. De bacterie kan in deze gevallen veel gevolgen hebben voor een ernstig zieke patiënt en zijn omgeving en kan daarmee een gevaar voor de volksgezondheid vormen.

In Nederland wordt momenteel onderscheid gemaakt tussen de ziekenhuisverworven MRSA, wat in Nederland wordt aangeduid met de term Hospital Aquired (HA)-MRSA en de Community Aquired (CA)-MRSA. Onder Community Aquired MRSA verstaat men doorgaans een MRSA-infectie die is opgelopen in de samenleving zonder dat er enig contact is geweest met een ziekenhuis (Gezondheidsraad, 2006). Vooralsnog komt de ziekenhuisvariant van de MRSA-bacterie in Nederland het meeste voor en is de aandacht van zorginstellingen hier het meest op gericht. Door een aantal onverwachte uitbraken van de community aquired MRSA tussen 2001 en 2004 (Infectieziektebulletin, 2004) heeft de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (LCI) besloten om een draaiboek op te stellen. Dit werd het draaiboek MRSA voor de Openbare Gezondheids Zorg (OGZ). In dit draaiboek worden de patiënten die zich buiten de muren van een zorginstelling bevinden gevolgd. Tevens worden preventieve maatregelen geadviseerd voor het geval de patiënt of zijn huisgenoten een risico vormen voor de introductie van MRSA in zorginstellingen. Daarbij wordt ook specifiek aandacht gegeven aan de achtergronden van MRSA om eventuele leemtes in de kennis van zorgverleners op te vullen. Artsen, hygiënist en verpleegkundigen kunnen het draaiboek MRSA als ondersteunend naslagwerk gebruiken (LCI, 2005).

Voor een beter begrip van de relatie tussen de uitgever van het draaiboek, de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding en de Gemeentelijke Gezondheids Dienst worden de relaties en verhoudingen tussen deze partijen besproken. De LCI is in 1995 opgericht. Hierbij werd één van de hoofdtaken het maken van landelijke, uniforme afspraken over de bestrijding van infectieziekten in de openbare gezondheidszorg. Deze afspraken worden door de LCI vastgelegd in protocollen en draaiboeken. In de loop der jaren is daardoor een breed scala aan documenten ontwikkeld voor een grote hoeveelheid ziekten. Eén van deze documenten is het draaiboek MRSA. De LCI fungeert hiermee als kenniscentrum voor de Gemeentelijke Gezondheids Dienst (GGD) en

voorziet de GGD'en van actuele inhoudelijke informatie (LCI, 2006). Bij het maken van de protocollen en draaiboeken wordt om medewerking gevraagd aan de GGD'en, GGD Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

Op het moment van schrijven zijn er in Nederland 33 GGD'en die in opdracht van de gemeenten zorg dragen voor het welzijn en de gezondheid van de bevolking. De GGD fungeert als informatiebron en als contactpersoon voor alle, bij de infectieziekten betrokkenen in de regio. Het gaat hier over huisartsen en bedrijfsartsen, als ook over de media en het algemene publiek dat vragen heeft over infectieziekten. De GGD'en kunnen deze functie vervullen doordat infectieziektenbestrijding een belangrijk onderdeel is van hun dagelijks werk. De hierbij behorende taken en werkzaamheden zijn niet bij iedere gemeente gelijk, maar zijn afhankelijk van de regio waarvoor de GGD verantwoordelijk is.

De GGD'en zijn alle lid van de landelijke vereniging voor GGD'en. De leden, de GGD'en zijn volledig zelfstandige organisaties die op regionaal niveau hun taken uitvoeren. De landelijke vereniging voor GGD'en beschikt over een ondersteunend instituut, dat wordt gevormd door GGD Nederland. GGD Nederland is een beleidsontwikkende organisatie, waarbij ze ook de belangen van de leden behartigt en zorg heeft voor een eenduidige profilering van de sector. In het instituut ontwikkelt GGD Nederland alle activiteiten en projecten (GGD Nederland, 2006).

1.2 Het draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg

Nederlandse MRSA-richtlijnen bestaan veelal uit een combinatie van regelgeving en handelingsinstructies (via stroomschema's en risicocategorieën). Hierdoor vormen ze een uitgebreid communicatie-instrument (Verhoeven, 2007). Het MRSA draaiboek is ook volgens deze principes opgesteld. Het gebruik kan daarom volgens twee definities worden omschreven. Volgens de Dikke Van Dale is een draaiboek een schema van de inhoud en de volgorde van de activiteiten (Dikke Van Dale, 2007). De LCI hangt deze definitie aan en voegt hieraan toe dat informatie in een draaiboek vaak gaat over een groep aandoeningen, een verzameling van ziekten of meerdere gevallen van een ziekte. Verder bevat het een stappenplan over wat op welk moment te doen. Het is de praktijkuitwerking van de theorie uit een protocol (Beaujean, 2007).

Het doel van het draaiboek is vooral MRSA-preventie in de openbare gezondheidszorg, waarbij zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat risicopatiënten en medewerkers in de gezondheidszorg MRSA vanuit de OGZ overbrengen naar ziekenhuizen en verpleeghuizen (LCI, 2005). Het draaiboek is daardoor gericht op het geven van informatie over de preventie van de MRSA bacterie aan GGD artsen, hygiënisten en verpleegkundigen. Tevens wordt er informatie gegeven aan verzorgenden. Dit helpt bij het bepalen van het beleid bij de preventie in de OGZ en de behandeling en verzorging van patiënten met een MRSA-besmetting die zich buiten de verantwoordelijkheid van zorginstellingen bevinden. Het doel hiervan is enerzijds het minimaliseren van het risico dat de patiënt of zijn huisgenoten vormt voor introductie van MRSA in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Anderzijds moet het risico van besmetting van huisgenoten en van mogelijke andere verzorgenden zo klein mogelijk worden gemaakt, waarvoor praktische richtlijnen en tips worden gegeven.

1.2.1 Taken van de GGD bij infectieziektenbestrijding en MRSA

Infectieziektenbestrijding in de openbare gezondheidszorg richt zich op het bestrijden van infectieziekten. Dit heeft als doel infectieziekten zoveel mogelijk te voorkomen, opgetreden ziekten te signaleren en verdere verspreiding tegen te gaan. Als vertegenwoordiger van de gemeente is de burgemeester verantwoordelijk voor de bestrijding van de infectieziekten in het ambtsgebied, waartoe hij vervolgens de GGD de opdracht geeft om dit in de praktijk uit te werken (RIVM, 2007). Voor de GGD betekent dit dat zij de volgende taken op het gebied van infectieziektenbestrijding uitvoert (Zoutman & de Vries, 2005; in RIVM, 2007):

- In kaart brengen van het voorkomen van infectieziekten in de regio (surveillance). Dit overzicht kan dienen als basis voor beleid in infectieziektenbestrijding;
- Uitvoeren van taken genoemd in de Infectieziektenwet;
- Preventie van infectieziekten vindt plaats bijvoorbeeld via voorlichting, immunisatie, vaccinatie, informatieverstrekking, en behandeling van personen met een infectieziekte om te voorkomen dat de ziekte wordt overgedragen aan anderen;
- Bron- en contactopsporing: de GGD zoekt de bron van de ziekte en contacten van personen die de ziekte hebben, om verdere verspreiding van de infectieziekte te voorkómen;
- Vangnetfunctie: de gemeente is aanspreekbaar op de uitvoering van infectieziektebestrijding. Als andere partijen die een rol spelen in infectieziektebestrijding hun verantwoordelijkheid niet op zich nemen waardoor risico bestaat op verspreiding van infectieziekten, fungeert de GGD als vangnet;
- Outbreakmanagement: het snel en adequaat reageren op een uitbraak van een infectieziekte;
- Onderzoek: er wordt onderzoek gedaan naar het voorkomen van infectieziekten en de methoden om infectieziekten te bestrijden;
- Beleidsadvisering: de GGD adviseert de gemeenten over de gevolgen van beleid voor het ontstaan van infectieziekten;
- Netwerken: de GGD zorgt voor de afstemming tussen zorginstellingen, consumentenorganisaties, vrijwilligersorganisaties, en medisch maatschappelijk werk op het gebied van infectieziektebestrijding.

Wanneer deze punten worden toegepast op gevallen van MRSA betekent dit dat na het ontslag van een MRSA-positieve patiënt uit een zorginstelling het de aanbeveling verdient om dit bekend te maken bij de lokale GGD. De GGD heeft dan als taak om een risico-inschatting met betrekking tot het risico voor verspreiding binnen de omgeving van de patiënt te maken (LCI, 2005). Vervolgens kunnen ze in overleg voorlichting geven aan de patiënt en zijn omgeving over de MRSA, de daaraan verbonden risico's en de verzorging.

1.2.2 Taken van het team infectieziektenbestrijding

Binnen de GGD vormen de arts, de verpleegkundige en/of de hygiënist infectieziekten vaak een team. Samen zijn zij bij een MRSA-positieve patiënt verantwoordelijk voor (LCI, 2005):

- Het geven van voorlichting aan de patiënt over MRSA-dragerschap, infecties en preventie op verzoek van en in overleg met de behandelend arts, de artsmicrobioloog, ziekenhuishygiënist of de huisarts;
- Ze maken in overleg met de behandelend arts en de artsmicrobioloog, ziekenhuishygiënist of de huisarts een risico-inventarisatie met betrekking tot de kans op verspreiding MRSA naar huisgenoten en introductie in ziekenhuizen en verpleeghuizen;
- Ze adviseren desgewenst de (verpleeg-)huisarts hierover;
- Ze adviseren zonodig tot het verrichten van brononderzoek bij MRSA, opgelopen buiten het ziekenhuis of het verpleeghuis.

1.2.3 Taken van GGD'en met betrekking tot implementatie van het draaiboek

De GGD heeft via de LCI de mogelijkheid om aan benodigde draaiboeken en protocollen te komen. Hierbij is het interessant om te analyseren wat zij er vervolgens mee doen. Er wordt namelijk geen standaard implementatieproces gehanteerd door de LCI en ook binnen de GGD'en zijn hier weinig afspraken over gemaakt. Per situatie handelt iedere GGD naar eigen inzicht en goedkeuring. Hierdoor kan het voorkomen dat het ene draaiboek volledig is geïmplementeerd in de organisatie, terwijl het andere draaiboek nog zelden gelezen is. Volgens de LCI gebeurt het implementeren van een draaiboek door een GGD in bepaalde gevallen via speciale congressen die over een bepaald thema gaan en waarbij een draaiboek/protocol wordt gepresenteerd (LCI, 2007). Een andere mogelijkheid is een landelijke bijeenkomst waarbij het draaiboek wordt gepresenteerd (LCI, 2007);

NGH, 2003). Tenslotte komt in principe iedere GGD, tijdens het traject van goedkeuring dat het draaiboek moet doorlopen, in contact met het betreffende draaiboek. In dit geval is de kans op een implementatie van het draaiboek door de GGD groter (LCI, 2007). In de bijlage (bijlage 12) is een beschrijving opgenomen van het traject dat een draaiboek doorloopt voordat het wordt goedgekeurd.

1.3 Probleemstelling

De GGD heeft in zijn takenpakket het zorgdragen voor de samenleving. In het search and destroy beleid is het de taak van de GGD om de verspreiding van de CA-MRSA variant zoveel mogelijk te beperken. Om deze rol goed te kunnen uitvoeren gebruiken ze een draaiboek waarin richtlijnen zijn opgenomen voor de preventie en bestrijding. Er is geen evaluatieonderzoek gedaan naar het functioneren en het gebruik van dit draaiboek bij de GGD'en en de behoeften en motivatie die er is bij de gebruikers. Dit sluit aan bij de constatering van de Gezondheidsraad dat op het gebied van MRSA voor verschillende domeinen de stand van wetenschap mager is. Hierbij stellen ze onder andere dat 'er weinig bekend is over de wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van MRSA-beleid in de vorm van richtlijnen en protocollen' (Gezondheidsraad, 2006). Na het uitkomen van het draaiboek is naast het gebruik en het functioneren hiervan ook geen onderzoek verricht naar hoe duidelijk het voor een GGD is welke taken rond MRSA-bestrijding en preventie zij hebben en of er door de GGD'en op een uniforme wijze wordt gehandeld. Dit leidt tot de volgende probleemstelling voor het onderzoek:

'Welke factoren zijn van invloed op de mate waarin het draaiboek MRSA een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD, en hoe kan de inbedding van het draaiboek in het functioneren worden verbeterd?'

Wanneer wordt gezocht naar een antwoord op de onderzoeksvraag, is het als eerste van belang om te weten op welke manier het draaiboek een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD. Met andere woorden, hoe is het draaiboek geïmplementeerd? Hieruit komen de volgende vragen naar voren: Wat hebben de GGD'en verstaan onder implementatie van het draaiboek MRSA, wat betekende dit voor hen bij de uitwerking hiervan in de praktijk? Vervolgens wordt geanalyseerd welke factoren invloed kunnen uitoefenen op het functioneren van het draaiboek. Dit leidt tot de vraag welke invloedsfactoren op het succes of falen van de implementatie van draaiboeken van toepassing zijn op de implementatie van het draaiboek MRSA? Daarnaast is het interessant om te weten hoe GGD'en omgaan met de MRSA die zich bij hen aandient en hoe ze hierbij het draaiboek gebruiken.

Met de resultaten kan door de GGD'en en GGD Nederland het beleid rondom de toepassing en het gebruik van het draaiboek worden aangescherpt. Eveneens worden de resultaten aangeboden aan het bureau LCI zodat zij de mogelijkheid hebben om het draaiboek aan te passen aan de wensen en behoeften van de gebruikers.

1.4 Indeling van de scriptie

Het tweede hoofdstuk behandelt de theoretische achtergrond van dit onderzoek. In deze theorie wordt vanuit de literatuur gekeken naar welke factoren van invloed zijn op het slagen van het implementatieproces en daarmee het functioneren van het draaiboek MRSA bij de GGD'en. Hiervoor wordt gekeken naar de invloed van het individu en de organisatiestructuur op het implementeren, de gebruikerstevredenheid en de informatievoorziening van het draaiboek. Ook wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de taken en verantwoordelijkheden van de GGD in de paragraaf over taakverdeling en de verhouding van de genoemde factoren die samenkomen in het onderzoeksmodel.

Hoofdstuk drie behandelt de drie onderdelen waaruit de methode is opgebouwd en die zijn gebruikt om het onderzoek uit te voeren. Het onderzoek is verdeeld over een inventariserend kwalitatief telefonisch vooronderzoek waarbij wordt gekeken in hoeverre GGD'en bekend zijn met het draaiboek MRSA en het gebruiken in hun dagelijkse praktijk. Vervolgens werden enkele focusgroepen gehouden met deskundigen infectieziekten van de GGD'en, artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten. Tenslotte is een kwantitatief hoofdonderzoek uitgevoerd met behulp van een online vragenlijst.

De resultaten van het hoofdonderzoek worden besproken in hoofdstuk vier. Hierbij komt de betrouwbaarheid van de items aan bod en worden de resultaten via frequentietabellen beschreven. Tenslotte wordt naar de onderlinge samenhang van de constructen in het onderzoeksmodel gekeken.

De scriptie eindigt met een conclusie en discussie over het uitgevoerde onderzoek. Hierin wordt het onderzoek aan een kritische blik onderworpen en wordt besproken op welke manier de GGD'en en GGD Nederland aan de hand van de onderzoeksresultaten het beleid ten aanzien van de toepassing van het MRSA draaiboek kunnen aanscherpen. Hiervoor worden aanbevelingen gegeven aan de GGD (Nederland). Tevens worden de resultaten aangeboden aan het bureau LCI.

2. Theoretisch kader; Het draaiboek MRSA bij de GGD

Het theoretisch kader gaat in op de factoren die van invloed zijn op de behoeften en motivatie voor het gebruik van het draaiboek MRSA door de GGD'en. In paragraaf 2.1 wordt het implementatieproces weergegeven en worden factoren die mogelijk van invloed zijn op dit proces benoemd. Deze factoren vormen vervolgens de hoofdconstructen die in de volgende paragrafen achtereenvolgens worden besproken. Paragraaf 2.2 gaat in op de invloed van het individu op de implementatie, waarna in paragraaf 2.3 wordt ingegaan op de invloed van de organisatiestructuur op de implementatie. Paragraaf 2.4 handelt over de documentkenmerken, waarbij achtereenvolgens de gebruikersgerichtheid en de inhoudsgerichtheid worden besproken. Paragraaf 2.5 gaat in op de gedragsintentie. Paragraaf 2.6 geeft een uitgebreid overzicht van de onderzoeksvragen zoals ze zijn geformuleerd op basis van het onderzoek in de literatuur. Ten slotte wordt in paragraaf 2.7 een terugkoppeling gegeven van de literatuur naar de praktijk aan de hand van het onderzoeksmodel.

2.1 Implementatie van het draaiboek MRSA

Het onderzoek is gericht op de implementatie van een draaiboek in de openbare gezondheidszorg. Hierdoor is gezocht naar een definitie die hierop aansluit en meer gespecificeerd is. Zorgonderzoek Nederland (ZON) hanteert de volgende definitie:

'Implementatie = Een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg' (ZON, 1997).

Vertaald naar de onderzoekssituatie betekent dit het invoeren van het (nieuwe) LCI draaiboek MRSA in de OGZ zodat het een vaste plaats krijgt in het handelen, het gebruiken en in het functioneren van de GGD of in de structuur van de gezondheidszorg. Tevens moet zijn aangetoond dat door het gebruik van het draaiboek de nieuwe situatie beter is dan de huidige situatie. De gebruikers kunnen door dit draaiboek hun werkzaamheden omtrent MRSA beter uitvoeren dan voorheen.

Implementeren van een vernieuwing is gericht op het uiteindelijke praktische gebruik ervan. Bij het analyseren van de definitie zoals door ZON (1997) opgesteld, blijken er vier onderdelen van invloed op elkaar en op het invoeren van het draaiboek in het (beroepsmatig) handelen, namelijk:

1. Procesmatige en planmatige invoering

Om de vernieuwing te bereiken worden zorgvuldig verschillende strategieën en activiteiten gekozen die helpen bij de invoering van het draaiboek in de werkzaamheden van de doelgroep. Hierbij wordt verondersteld dat er verschillende fases zijn in het vernieuwingsproces, waarbij elke fase stapsgewijs moet worden doorlopen om aan een volgende fase te kunnen beginnen (deze fases worden besproken in de volgende paragraaf). Voor een effectieve implementatie onderscheid men de planmatige- en de procesmatige aanpak.

De planmatige aanpak werkt volgens zorgvuldig gekozen strategieën waarmee de implementatie van de vernieuwing moet worden bereikt. Er moet een plan komen waarmee een optimale implementatie van het MRSA draaiboek bij de GGD kan worden verwezenlijkt. De procesmatige aanpak daarentegen richt zich op effectieve verspreiding van het draaiboek, kennisoverdracht en attitudeverandering ten opzichte van het draaiboek die vooraf moeten gaan aan de feitelijke toepassing van het draaiboek (Grol, 2006). Om tot een attitudeverandering en een effectieve verspreiding te komen moeten zowel het individu als de organisatiestructuur worden overtuigd van het nut van de vernieuwing.

2. Vernieuwingen en/of verbeteringen van bewezen waarde

De invoering van de vernieuwing betreft informatie over nieuwe werkwijzen, kennis, technieken of organisatievormen die nieuw of anders zijn dan wat gangbaar was. Daarbij heeft de vernieuwing een bewezen waarde. Het staat van te voren vast dat de nieuwe situatie beter is dan de huidige situatie (Hulscher, Wensing & Grol, 2000). Om het draaiboek te kunnen gebruiken moet het de huidige kennis en werkwijzen rond MRSA bij de GGD medewerkers aanvullen. Om hieraan te voldoen moet het draaiboek voldoende informatie verschaffen. Dit leidt tot vragen over de mate van informatievoorziening van het draaiboek en welke behoefte de gebruikers hebben aan (soorten) informatie.

3. Structurele plaats krijgen

De implementatie moet leiden tot een blijvende verandering in de dagelijkse werkzaamheden van de gebruikers. Dit heeft invloed op de taken en verantwoordelijkheden. Er moet een (nieuwe) taakverdeling komen waarin staat aangegeven wie wat moet doen en waarvoor verantwoordelijk is. Van belang is hier de vraag of er een taakverdeling bestond voor de implementatie van het MRSA draaiboek en in hoeverre dit is gewijzigd na de invoering ervan.

4. Het beroepsmatig handelen, het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.

Vernieuwingen kunnen op alle niveaus in de organisatie plaatsvinden en zijn van invloed op zowel het individu als het collectief van medewerkers (Hulscher, Wensing & Grol, 2000). Het implementeren van het draaiboek betekent dat het wordt ingevoerd in het beroepsmatig handelen, met als gevolg dat het draaiboek kan worden ingezet in de dagelijkse praktijk. In het onderzoek naar de implementatie van het draaiboek MRSA zal worden gekeken naar welke factoren van invloed zijn op de ingebruikname van het draaiboek en welke gevolgen dit heeft voor het functioneren van het individu en de samenwerking tussen de medewerkers van de GGD'en.

De vier onderdelen zoals gedestilleerd uit de definitie van implementatie hebben voor dit onderzoek de volgende implicatie: om het draaiboek MRSA in de OGZ een structurele plaats te laten krijgen in het beroepsmatig handelen en het functioneren van de GGD'en blijkt een geheel aan factoren van belang. Deze factoren zijn samen van invloed op het slagen van de implementatie. De definitie zoals door ZON geformuleerd geeft aan dat deze factoren bestaan uit de invloed van individugebonden en organisatiestructuregebonden factoren op de implementatie, de informatievoorziening van het draaiboek en de informatiebehoefte van de gebruiker, de manier waarop het draaiboek wordt gebruikt en de tevredenheid hierover. Onderdelen uit deze indeling komen ook voort uit onderzoek van Vrakking (1995). Hieruit bleek namelijk dat implementatie een proces is waarbij verschillende fasen een rol spelen. De fasen die vervolgens worden genoemd zijn de ondersteuningsfase van het management, de fase waarin het gebruik wordt getest, de valideringsfase waarin wordt gekeken naar de juistheid van de informatie en de mate waarin het in de behoeften voorziet en tenslotte de acceptatiefase waarin de vernieuwing daadwerkelijk in gebruik wordt genomen (Vrakking, 1995). De uitkomsten van dit onderzoek ondersteunen de veronderstelling dat voor een geslaagde implementatie het gebruik en de informatievoorziening van de vernieuwing, in dit geval het draaiboek MRSA in de OGZ van belang is.

2.1.1 Bereiken van implementatie

'Het implementeren van een nieuw programma is een ingewikkelde opgave. Allerlei meer en minder beïnvloedbare gebeurtenissen en omstandigheden spelen hierin een rol.'
(Roelofsen, 2001)

Effectieve implementatie is een (veranderings)proces waarbij wordt gevraagd om een systematische benadering en een goede planning van de stappen die nodig zijn om de verandering daadwerkelijk te bereiken (Vracking, 1995). Hierbij spelen diverse factoren een rol die zowel belemmerend als bevorderend kunnen werken en samen van invloed zijn op de voortgang van dit proces. In de literatuur is veel geschreven over implementatie. Hierbij wordt implementatie vaak als onderdeel van een heel innovatieproces gezien. Op basis daarvan worden dan vervolgens succesfactoren onderscheiden waaraan mede voldaan moet worden om de implementatiefase binnen het innovatieproces te laten slagen (Schultz, Slevin & Pinto (1987). Dit maakt dat veel literatuur en modellen met implementatie niet goed zijn te gebruiken, waardoor het bepalen van passende literatuur voor dit onderzoek gecompliceerd was. Hier wordt namelijk juist specifiek ingegaan op de implementatiefase tijdens de innovatie waarbij de overige factoren niet van belang zijn.

Peters e.a. (2003) hebben in hun onderzoek wel gekeken naar factoren die van invloed zijn op het implementatieproces. Zij geven aan dat het van te voren duidelijk moet zijn welke voordelen de vernieuwing biedt ten opzichte van de huidige situatie. Tegelijkertijd moet rekening worden gehouden met mogelijke nadelen die de vernieuwing met zich mee kan brengen. Grol (1992) heeft op basis van onderzoek de factoren in groepen belemmerende- en bevorderende factoren onderscheiden. Dit vormt de basis voor de hoofdconstructen zoals in het theoretisch kader opgesteld, wat leidt tot de volgende indeling:

1. Factoren met betrekking tot de professional (individuegebonden):

- De attitude en de normen en waarden van de professional;
- De motivatie tot verandering van de huidige gang van zaken.
- De mogelijkheid tot het aanleren van nieuwe kennis en vaardigheden.

De genoemde factoren gaan in op het individu en zijn houding ten opzichte van de implementatie. De houding heeft een directe invloed op de gedragsintentie. Wanneer de houding niet positief is ten opzichte van de vernieuwing, zal er ook geen intentie zijn om het bij de vernieuwing behorende gedrag uit te voeren (Ajzen, 1991).

2. Factoren binnen de organisatie (organisatiestructuur):

- De innovatiegerichtheid zoals de mate van specialisatie, decentralisatie en professionalisme;
- Kwaliteitsmanagement wat betreft de 'customer focus' en de organisatie van verbeteringsprocessen;
- Kenmerken van de administratieve en organisatorische context kunnen een sterke invloed hebben op de complexiteit van de organisatie en de mogelijkheid tot onderlinge interactie;
- De economische situatie van de organisatie. Het betreft de mate waarin financiële middelen en vergoedingen die nodig zijn voor de implementatie belemmerend of bevorderend werken en de mate waarin de benodigde faciliteiten en materialen beschikbaar zijn om de implementatie door te voeren;

Deze eerste twee factoren vragen naar de mate waarin de organisatiestructuur is voorbereid op de implementatie en de bijdrage die het hierdoor levert aan de gedragsintentie. De derde factor verwijst naar kenmerken van de organisatiestructuur.

3. Factoren rond de vernieuwing die geïmplementeerd moet worden (gebruik):

- De onderbouwing van de vernieuwing waarbij de formulering en geloofwaardigheid van invloed zijn;
- De overeenstemming met de behoeften en wensen van de doelgroep van de implementatie.

Beide factoren zijn van invloed op het gebruik van het draaiboek. Daarom zullen ze besproken worden in de paragraaf over gebruikerstevredenheid.

4. Factoren in de sociale context (inhoudsgericht):

- De vraag van artsen en patiënten naar bepaalde kennis of behandelmethoden;
- Attitude van collega's, de cultuur in het sociale netwerk, de mening van opinieleiders en de manier van leidinggeven zijn van invloed.

De sociale context zoals hier wordt beschreven vraagt om bepaalde informatie die het MRSA draaiboek de gebruiker moet verschaffen.

5. Factoren rond de gekozen methoden en strategieën:

- De gekozen methoden en strategieën, de intensiteit en duur, de bron en de uitvoerders van de implementatie hebben invloed op de mate waarin de implementatie meer of minder spoedig verloopt.

Onderzoek naar deze factoren is van invloed op het advies dat naar aanleiding van dit onderzoek kan worden gegeven aan de GGD voor het aanpassen van hun beleid over MRSA en aan de LCI voor het veranderen van het draaiboek MRSA. De factoren worden in de komende paragrafen één voor één besproken, waarbij wordt ingegaan op het belang van iedere factor en de invloed ervan op het implementeren van het draaiboek. Het individu en de organisatiestructuur worden hierbij apart besproken als individugebonden factoren en organisatiegebonden factoren. Het gebruik en de mate waarin het document inhoudsgericht is worden samengenomen onder de noemer documentkenmerken. De reden waarom hiervoor is gekozen wordt in paragraaf 2.4 besproken. De vijfde factor van Grol, namelijk de gekozen methoden en strategieën zal niet worden besproken in het theoretisch kader, maar in de conclusie waar op basis van de gekozen methoden een antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag en waar advies wordt gegeven aan de GGD en LCI.

De belemmerende en bevorderende factoren maken duidelijk dat het implementeren van een vernieuwing een proces is dat doorlopen moet worden. Bij aanvang van dit proces is er de nieuwe methode en stapsgewijs moet aan diverse factoren worden voldaan om deze vernieuwing daadwerkelijk in te voeren in het structurele handelen van de gebruikers (Davis, 1997). Binnen het stapsgewijs invoeren van de vernieuwing laten de belemmerende en bevorderende factoren van Grol zien dat er met een aantal belangrijke factoren rekening moet worden gehouden. Deze factoren zijn de individuele factoren, organisatiefactoren en de documenteigenschappen (Neal, e.a. 2000; Reynolds & Shirey, 1988). De kenmerken zijn van invloed op het tekstbegrip van de lezer (Freebody & Anderson, 1983). In de volgende paragrafen worden de factoren achtereenvolgens besproken.

2.2 Individugebonden factoren

Theorieën over de implementatie van vernieuwingen laten zien onder welke voorwaarden de implementatie een succesvol verloop kent (Hulscher, e.a. 2000). De individugebonden factoren vormen de eerste voorwaarde waarmee rekening moet worden gehouden. De individugebonden factoren, welke door Anderson (1987) ook wel als persoonsgebonden factoren worden aangeduid, gaan in op de attitude van het individu, de kennis over het onderwerp en de motivatie (Anderson, 1987). Samen leiden deze aspecten tot participatie met de implementatie.

De mens is van invloed op de intentie die er is om zich aan de richtlijnen in een protocol of draaiboek te houden. Deze invloed kan worden bepaald door analysefactoren voor het individu. Neal, e.a. (2000) verstaan onder de individugebonden factoren de attitude die het individu heeft over MRSA en de perceptie van de risico's die aanwezig zijn tijdens het werk. Daarnaast is er ook de motivatie die de drijfveer vormt om iets te doen. Hierbij moet rekening worden gehouden met de vaardigheden van het individu en de geschatte eigeneffectiviteit. De laatste factor is de kennis van het individu. In de case van het MRSA draaiboek betreft het de kennis over MRSA, verspreiding en mogelijke voorzorgsmaatregelen. Uit de drie genoemde factoren wordt duidelijk dat er rekening

moet worden gehouden met het individu tijdens het implementatieproces. De factoren worden achtereenvolgens besproken.

1. Individugebonden: attitude

Volgens Grol en Wensing (2004) is de attitude een belangrijk onderdeel in het onderzoek naar implementatieprocessen. De attitude is namelijk de wijze waarop iemand over iets denkt en aan de hand daarvan zijn houding bepaalt en het voornemen heeft dit gedrag te gaan vertonen (gedragsintentie) (Heuvelman & Gutteling, 2001). De attitude is het resultaat van ideeën over de verwachte gevolgen van iets en het evaluatieve oordeel van die gevolgen (Ajzen, 1991). Mensen zullen alleen het gewilde gedrag gaan vertonen als ze van de noodzaak ervan overtuigd zijn en over voldoende kennis beschikken. Voordat het zover komt moet er sprake zijn van een subjectief risico (Rosenstock, 1974; in Brug e.a. 2000). Dit bepaalt hoe de GGD artsen, hygiënisten en verpleegkundigen infectieziekten tegenover het draaiboek MRSA in de OGZ staan. Een voorbeeld hiervan is de uitspraak van een arts infectieziektenbestrijding die aangaf dat ze als GGD uiteindelijk geluk hadden gehad dat ze van begin af aan met de implementatie van het draaiboek bezig waren geweest waardoor ze wisten wat ze moesten doen. Hierdoor konden ze voor zichzelf een duidelijk standpunt bepalen en een eigen rol ten opzichte van de andere GGD'en en zorginstellingen.

2. Individugebonden: motivatie

De motivatie is het motief en de drijfveer om iets te doen. Hoe sterker het geloof in de mogelijkheden en vaardigheden van het individu, des te groter de motivatie en de 'offers' die worden gebracht om het doel te bereiken (Bandura, 1989). De motivatie wordt beïnvloed door de attitude en de percepties en intenties ten aanzien van het gewenste gedrag (Grol & Wensing, 2006). Wanneer tijdens de implementatie voldoende aandacht wordt geschonken aan de cognitie en attitude, dan heeft dit invloed op een positieve motivatie bij de professional. Van invloed op de motivatie is ook de eigeneffectiviteitsverwachting. Dit is de mate waarin de GGD medewerkers gemotiveerd zijn om hun gedrag te veranderen, wat afhankelijk is van de vraag of de medewerker zichzelf daartoe in staat acht. Het is een subjectieve inschatting van de eigen vaardigheden (Brug, e.a. 2000). Bij een succesvolle implementatie moet de professional de beoogde gedragsverandering volhouden. Hiervoor moet hij gemotiveerd zijn, wat wordt beïnvloed door gedragsintenties en de eigeneffectiviteitsverwachting.

3. Individugebonden: kennis

Het aanleren van nieuwe kennis wordt steeds belangrijker in een organisatie. Kennis is een organisatorische hulpbron geworden (de Hoog, 2003). Men moet inzicht verkrijgen in de huidige stand van zaken, dit kunnen vertalen naar de eigen organisatie en verbeteringsinitiatieven ontplooiën (Stam, 2003). Tiwana (2002) voegt hier in zijn omschrijving van kennismanagement aan toe dat het opdoen van nieuwe kennis onlosmakelijk verbonden is met een verandering in de organisatie.

Tiwana (2002) beschrijft een stappenplan in het leerproces van een organisatie. Deze stappen zijn als volgt:

1. Het verwerven van inzichten, kennis en vaardigheden;
2. Het vertalen van deze kennis naar de eigen praktijk;
3. Het daadwerkelijk toepassen en integreren van de kennis;
4. Evaluatie.

Het kennisgebruik speelt zich af tussen het herkennen van een kennisbehoefte tot het moment waarop hieraan is voldaan. Praktisch gezien betekent dit voor de GGD'en dat tijdens het implementeren en gebruiken van het draaiboek MRSA er een kennisbehoefte kan ontstaan bij de medewerkers en/of de organisatie. In het draaiboek wordt namelijk complexe materie besproken en wordt van de doelgroep de nodige (voor)kennis verwacht. Om deze leemte te vullen is het voor de medewerkers van de GGD'en noodzakelijk om nieuwe kennis over (de behandeling van) MRSA op te doen.

De drie bovengenoemde kenmerken hebben invloed op het implementatieproces van het draaiboek. Dit maakt dat er rekening mee moet worden gehouden tijdens het onderzoek. In tabel 1 is een samenvattend overzicht gegeven van de factoren en hun bijbehorende kenmerken. Deze kenmerken zullen in het onderzoek worden opgenomen.

Tabel 1: Overzicht van de invloed van persoonsgebonden factoren op de implementatie

<i>Persoonsgebonden factoren</i>	
Attitude	<ul style="list-style-type: none"> • Opvattingen en waarden • Perceptie van de risico's
Motivatie	<ul style="list-style-type: none"> • Eigen effectiviteitsverwachting
Kennis	<ul style="list-style-type: none"> • Kennismanagement • Leerproces stappenplan

2.3 Organisatiestructuurgebonden factoren

Organisatiestructuurgebonden factoren gaan in op de invloed van de organisatiestructuur tijdens de implementatie. Het betreft de invloed van de medewerkers en het management van de organisatie (Anderson, 1987), waarbij in dit onderzoek zal worden gekeken naar de structuur van de GGD'en. Bij een organisatie spelen de verandering die de vernieuwing met zich meebrengt voor de structurele of organisatorische omstandigheden een rol (McGovern, 2000). Ook Grol en Wensing (2006) gaan in op organisatiegebonden factoren. Volgens hen brengt een vernieuwing vaak een andere verdeling van taken, een verandering in de cultuur en samenwerking met zich mee. Achtereenvolgens zal in dit kader daarom worden gekeken naar de innovatiegerichtheid van de GGD, het kwaliteitsmanagement dat wordt gevoerd over het draaiboek, de complexiteit en tenslotte de economische situatie van de organisatie.

1. Organisatiestructuur: innovatiegerichtheid

Een belangrijk onderdeel van de structuur is de innovatiegerichtheid van een organisatie, in dit geval van de GGD. Dit zegt namelijk iets over de mate waarin zij vernieuwingen realiseren (Wolfe, 1994; in Hulscher, 2000). Het betreffen alle activiteiten die door een GGD zijn uitgevoerd om het draaiboek MRSA in te voeren in hun dagelijkse praktijk. Een voorbeeld hiervan is een GGD die aangeeft op grond van het draaiboek een werkinstructie plus checklist te hebben gemaakt.

Of men in een organisatie een innovatie accepteert wordt bepaald door het relatieve voordeel van de innovatie en de complexiteit (Rogers, 1995). Het relatieve voordeel bestaat voor de GGD'en uit de mate waarin het nieuwe MRSA draaiboek daadwerkelijk als een verbetering van de huidige situatie wordt gezien.

2. Organisatiestructuur: kwaliteitsmanagement

Kwaliteitsmanagement in een organisatie betekent dat er een constante evaluatie is van het product. Hierbij is de centrale vraag hoe goed het product voldoet aan de bedoelde functie en het gebruik waarvoor het product is ontwikkeld. Daarvoor wordt steeds geanalyseerd hoe het product beter en efficiënter kan worden geproduceerd, hoe het product in de markt ligt, of de prijs-kwaliteitverhouding juist is en wat de attitude is van de consument ten opzichte van het product. Hierdoor kan de organisatie flexibel reageren op veranderingen in het productieproces en de markt (Reid & Sanders, 2005). Vooral voor de LCI ligt hier een belangrijke taak in weggelegd. Zij moeten, om te kunnen voldoen aan een goede kwaliteit, analyseren wat de mate is waarin het draaiboek voldoet aan de bedoelde functie en de wensen en eisen van de GGD medewerkers infectieziekten. Indien gewenst moet de LCI het draaiboek verbeteren en updaten.

3. Organisatiestructuur: complexiteit

De complexiteit van een organisatie richt zich op de vraag hoe complex de organisatiestructuur is. Hierbij is het aantal afdelingen, de communicatie en de samenwerking tussen de afdelingen van grote invloed (Grol & Wensing, 2006). Tijdens een innovatie moet de GGD rekening houden met de complexiteit van de organisatie en de positie in de landelijke vereniging van GGD'en.

4. Organisatiestructuur: economie

Een implementatie van iets nieuws gaat meestal gepaard met extra kosten. Het gaat hier om kosten voor het nieuwe systeem, bijscholing van medewerkers, promotieactiviteiten en voorlichting. Binnen de GGD'en moet hier (kostentechnisch) draagvlak voor zijn (Grol & Wensing, 2006; Tiwana, 2002). Daarnaast kost het invoeren van een vernieuwing vaak veel tijd. Deze tijd moet beschikbaar zijn bij de betrokken personen.

Op basis van deze literatuur blijkt dat er veel factoren in de organisatiestructuur bijdragen aan het implementatieproces. Ter wille van een beter overzicht is ervoor gekozen deze factoren in de volgende tabel samen te vatten. Daarnaast zijn deze factoren ook opgenomen in het onderzoeksmodel, waardoor ze gemeten worden in de praktijk van de GGD.

Tabel 2: Overzicht van de invloed van organisatiestructuurgebonden factoren op de implementatie van het draaiboek MRSA

<i>Organisatiestructuurgebonden</i>	
Innovatiegerichtheid	<ul style="list-style-type: none">• Implementatieactiviteiten• Relatieve voordeel
Kwaliteitsmanagement	<ul style="list-style-type: none">• Constante evaluatie
Complexiteit	<ul style="list-style-type: none">• Organisatiestructuur• Relatiemanagement
Economie	<ul style="list-style-type: none">• Kosten technisch draagvlak• Tijd

2.4 Documentkenmerken

Voor het bepalen van de mate waarin het implementatieproces is geslaagd, moet ook worden gekeken naar de randvoorwaarden van de documentkenmerken en de invloed hiervan op de intentie van de gebruiker (Grol, 1992; de Jong & Schellens, 1997; Reynolds & Shirey, 1988). Deze documentkenmerken zijn puur op de tekst gebaseerd en worden bepaald door enerzijds randvoorwaarden voor gebruik waarbij ze gebruikersgericht zijn en anderzijds randvoorwaarden voor de toepasbaarheid van het document in de dagelijkse praktijk, wat meer inhoudsgericht is (Reynolds & Shirey, 1998). In de volgende twee subparagrafen worden beide randvoorwaarden verder toegelicht en besproken en worden ook de bijbehorende determinanten bepaald.

2.4.1 Randvoorwaarden voor gebruik; gebruikersgericht

'Een tevreden gebruiker zal het medium ook daadwerkelijk gebruiken' (Melone, 1990).

Bij het gebruik moet worden gekeken naar praktische protocol gerelateerde problemen (van Gemert, 2005). Deze problemen dragen bij aan de tekstkwaliteit. Van belang hierbij is de vraag 'wat maakt dat iets een goed document vormt'? De Jong en Schellens (1997) geven in hun onderzoek naar lezer gefocuste tekst evaluatie een aantal factoren weer die bijdragen aan een goed document. Voordat deze factoren worden besproken moet allereerst antwoord worden gegeven op de vraag wat een 'goed document' is. Volgens de Jong en Schellens (1997) is de belangrijkste eigenschap van een document de mate waarin het eenvoudig te gebruiken is. Wanneer mensen niet in staat zijn om adequaat te reageren in een bepaalde situatie moet er een bron zijn waar men met vragen en voor hulp terecht kan (van Gemert, 2005). Of het document

eenvoudig te gebruiken is hangt af van de beschikbaarheid van het document, de begrijpelijkheid en betrouwbaarheid van de informatie en daaraan gerelateerd ook de toepasbaarheid (de Jong & Schellens, 1997). De auteurs geven de volgende betekenis aan deze begrippen:

1. Beschikbaarheid: Als eerste moet de doelgroep daadwerkelijk in contact (kunnen) komen met het document. Hierbij is het van belang hoe het document wordt gebracht door de auteur(s) en vervolgens of de doelgroep zich wil blootstellen aan de informatie en deze wil gebruiken;
2. Begrijpelijkheid: De lezer moet de gegeven informatie op een correcte manier interpreteren en begrijpen. Wanneer hierbij problemen ontstaan wordt de verkeerde boodschap gecommuniceerd;
3. Betrouwbaarheid: De doelgroep moet de informatie en uitgangspunten in de tekst acceptabel en geloofwaardig vinden. Dit beïnvloedt het gedrag en de attitude van de gebruiker;
4. Toepasbaarheid: De gegeven informatie in het document moet kunnen worden toegepast in de praktijksituatie van de gebruiker. Dit betekent dat er praktische informatie aanwezig moet zijn over handelwijzen en procedures.

Of een document eenvoudig is om te gebruiken hangt ook af van de mate waarin het document aansluit bij de belevingswereld en de behoeften van de gebruiker (Melone, 1990). Davis (1997) gaat hier verder op in, waarbij hij aangeeft dat:

1. De formulering en geloofwaardigheid van de *onderbouwing* van de *vernieuwing* (het draaiboek) van invloed is op het gebruik;
2. De mate van overeenstemming van de inhoud van het draaiboek met de behoeften en wensen van de doelgroep van invloed is op het gebruik. Deze factor lijkt sterk op het begrip toepasbaarheid zoals door de Jong en Schellens (1997) is geformuleerd.

Bij de term gebruik wordt verondersteld dat er een keuze is voor de gebruiker om het nieuwe product al dan niet te gebruiken. Desondanks is het gebruik wel te beïnvloeden. Wanneer het draaiboek beter te begrijpen is en betrouwbare informatie geeft, heeft dit een positief effect op de keuze om het daadwerkelijk te gebruiken. Hierbij kan worden gedacht aan de manier waarop de gegevens worden gepresenteerd en aansluiten bij de praktijk van de GGD. Bij een positieve uitkomst leidt dit tot een hoger aantal raadplegingen en/of transacties. Het gebruik van het draaiboek en alles wat daarmee samen valt is een belangrijk aspect. Het is namelijk een van de meest belangrijke, en daardoor veel gebruikte maatstaven voor het bepalen van het slagen van het implementatieproces (Barki & Huff, 1990).

De Uses-and-Gratificationstheorie (U&G) analyseert de discrepantie tussen de gewenste en de ervaren situatie die kan ontstaan tijdens het gebruik van media; in dit geval het draaiboek MRSA in de OGZ. De theorie gaat er vanuit dat het gebruik van bepaalde media voortkomt uit de behoeftes van de gebruikers van de media en de voldoening die zij hebben na het gebruik (De Boer & Brennecke, 1999). Met andere woorden: Volgens de U&G benadering wordt het gebruik van media, in dit geval het draaiboek MRSA, gerelateerd aan behoeften die bevredigd moeten worden, de onderliggende motieven voor deze behoeften en tenslotte de voldoening (gratificatie) die men verwacht te krijgen door het gebruik van het draaiboek.

In de uitleg van deze theorie komt de verwevenheid van gebruikersgerichte kenmerken en inhoudsgerichte kenmerken naar voren. De gebruiker gebruikt het draaiboek om in de behoefte aan benodigde informatie te voorzien. Door het gebruik van de begrippen uit deze benadering kunnen dus zowel de randvoorwaarden van gebruik, als de randvoorwaarden van de toepasbaarheid van het document (de informatievoorziening) worden gemeten. Er wordt geanalyseerd welke behoeften en motieven er zijn onder de medewerkers van de GGD'en om het draaiboek MRSA te gebruiken en wat de voldoening is die men heeft na het gebruik. Hierbij wordt uitgegaan van een actief publiek dat het draaiboek MRSA gebruikt om bepaalde doelen na te

streven (De Boer & Brennecke, 1999). Tenslotte is ook de inhoud van het draaiboek belangrijk. De gebruiker onthoudt en gebruikt namelijk alleen datgene uit een bepaalde boodschap wat voor hem of haar van belang is.

De begrippen van de U&G theorie waarmee het gemak en de tevredenheid kunnen worden gemeten zijn:

- 1 De media inhoud: De informatie die is te vinden in het draaiboek over de te volgen procedures (inhoudsgericht);
- 2 De blootstelling aan deze media: De beschikbaarheid, begrijpelijkheid en toepassing van het draaiboek in de eigen lokale praktijk (gebruikersgericht);
- 3 De context van de blootstelling: De omgeving waarin de gebruiker van het draaiboek zich bevindt (inhoudsgericht).

Met het gebruik wordt bepaald hoe eenvoudig het draaiboek MRSA is om mee te werken (Scholten, e.a. 2000). De U&G theorie geeft aan dat het gemak wordt bepaald door factoren als de mate waarin (het gemak waarmee) de informatie over de te volgen procedures is te vinden, de beschikbaarheid, begrijpelijkheid en context van de blootstelling. Met de informatievoorziening wordt bepaald of de benodigde informatie over de te volgen procedures ook daadwerkelijk te vinden is.

2.4.2 Randvoorwaarden voor informatie; inhoudsgericht

'Wanneer een product of systeem in de informatiebehoefte voorziet, zal het gebruikt worden' (Barki & Huff, 1990).

Uit onderzoek van van Gemert (2005) naar de compliance van 'health care workers' bij het MRSA protocol voor ziekenhuizen bleek dat de ontwikkeling van deze protocollen meer inhoudsgericht gebeurt dan gebruikersgericht. Dit geeft aan dat bij de ontwikkeling van het protocol meer de nadruk wordt gelegd op de informatie die wordt verstrekt dan op de mate waarin het document te gebruiken is. De mate waarin het draaiboek MRSA inhoudsgericht is gaat in de kern om de vraag in hoeverre de informatie uit het draaiboek MRSA in de OGZ inspeelt op de gebruiker en of het kan worden toegepast in de praktijk van de lokale GGD'en. Hiervoor is het belangrijk dat de hoeveelheid en het soort informatie voldoet in de behoeften van de gebruiker. Voor het toepassen van de informatie moet deze aan bepaalde voorwaarden voldoen (Reynolds & Shirey, 1988). Het draaiboek moet van bewezen waarde zijn (ZON, 1997), wat inhoudt dat het voldoende informatie over nieuwe werkwijzen, kennis, technieken of organisatievormen moet bevatten. Hierdoor wordt de nieuwe situatie beter dan de huidige. In deze paragraaf zullen de genoemde uitgangspunten van informatievoorziening verder worden toegelicht.

Informatievoorziening is een breed begrip. Het begint namelijk al tijdens het implementeren van (in dit geval) het draaiboek MRSA. De medewerkers binnen de GGD'en moeten geïnformeerd worden over het draaiboek, de invoering hiervan, redenen waarom dit draaiboek wordt gebruikt, etc. Dit is van belang omdat goede communicatie over het nieuwe product, in dit geval het draaiboek MRSA tot participatie leidt bij de gebruikers (McAulay, 1987). Lewis (2001) heeft uitgebreid onderzoek gedaan naar de communicatie tijdens veranderingen in een organisatie. De uitkomst hiervan was dat overtuigend implementeren een constante zorg vraagt en doel(groep)gerichte communicatieve interventies.

Naast informatievoorziening over het hoe en waarom *van* het draaiboek is de gepresenteerde kennis en informatie *in* het draaiboek van belang. Buckland geeft in dit kader aan dat: 'We are all enormously ignorant in the sense that there is a great deal that we do not know... Ignorance becomes important only to the extent to which it becomes distressing or harmful. We use the term distressing to denote occasions when an individual is not only conscious of ignorance but also feels a desire to acquire knowledge in order to reduce the ignorance and, thereby, the distress'

(Buckland, 1991). Dit wordt ook duidelijk uit het recent gepubliceerde onderzoek van de Groningse psycholoog Prins. Het bleek dat er veel fouten worden gemaakt door arts-assistenten (NOS, 2007). Deze fouten ontstonden door te weinig goede begeleiding, een gebrek aan voldoende kennis en informatie en een te hoge werkdruk. Wanneer op basis van deze onderzoeksuitkomsten verder wordt gezocht naar problemen die ontstaan door te hoge werkdruk en het gebrek aan toereikende kennis en informatie, blijkt dat deze zich ook voordoen bij gediplomeerde artsen (Jerome e.a. 2001). Jerome e.a. (2001) concludeerden in hun onderzoek dat artsen niet voldoende tijd hebben om informatie te verzamelen en te lezen over vragen wat betreft ziekten die zich bij patiënten in hun praktijk voordoen. Hierdoor daalt de service die zij aan de patiënt verlenen. De artsen erkennen dat zij behoefte hebben aan toereikende informatie om hun doel te kunnen bereiken, maar dat zij niet in staat zijn om het te verkrijgen.

Ook in onderzoek van Gorman (1995) wordt gekeken naar de informatiebehoefte van artsen. In dit onderzoek werd getracht antwoorden te verkrijgen op vragen als: welke informatie hebben artsen nodig in hun dagelijks werk, de hoeveelheid informatie en het soort informatie dat zij nodig hebben. In zijn studie naar de informatiebehoefte van artsen heeft Gorman een framework ontwikkeld dat hem in staat stelt om de behoeften te classificeren. De classificatie ziet er als volgt uit:

1. Patiëntdata: Deze informatie verwijst naar een specifiek persoon. Het geeft gegevens over het verleden van de patiënt, demografische informatie, resultaten van lichamelijk onderzoek en diagnostische gegevens.
2. Populatiestatistieken: Dit is informatie van en over verschillende groepen of populaties van patiënten die kan worden samengevoegd en verspreid naar anderen. De informatie kan door deskundigen worden gebruikt om hun kennis en behandelmethodes aan te passen aan recente ontwikkelingen en daardoor betere service te verlenen aan patiënten. Dit kan worden vertaald naar de mate waarin GGD'en de richtlijnen die zij hebben ontwikkeld op basis van informatie en ervaringen met (groepen) patiënten waar zij bij hun GGD mee te maken hebben, verspreiden en beschikbaar stellen aan bijvoorbeeld andere GGD'en. Hierdoor verschaffen ze anderen informatie en nieuwe kennis.
3. Medische kennis: Het betreft hier informatie die generaliseerbaar is naar de zorg voor alle (MRSA)-patiënten die bij de GGD'en komen. De informatie moet in principe worden verkregen via standaard tekstboeken, wat in dit geval het draaiboek MRSA in de OGZ is, en het moet regelmatig worden ge-update.
4. Logistieke informatie: Verwijst naar specifieke kennis en informatie over hoe het werk moet worden uitgevoerd, zoals het invullen van benodigde formulieren, het kiezen van de juiste behandelmethode, het soort medicijnen die moeten worden voorgeschreven, wie moet worden ingelicht en de zorg voor de patiënt op zich nemen, etc.. Deze informatie is nodig in het dagelijkse werk.
5. Sociale invloeden: Deze invloeden verwijzen naar kennis over de verwachtingen van anderen. Het betreft de overtuigingen van collega's, familie van de patiënt en andere betrokkenen uit de omgeving die van invloed zijn op beslissingen van de behandelend arts.

Voor het uitvoeren van de werkzaamheden in de praktijk van het team infectieziekten bij de GGD, is vooral sprake van informatiebehoefte volgens de medische kennis en logistieke informatie. Het draaiboek MRSA in de OGZ moet de deskundigen basisinformatie geven over het ontstaan en diagnosticeren van de MRSA-bacterie. Vervolgens wordt inzicht gegeven in hoe een patiënt te behandelen en welke zorgverleners er allemaal moet worden geïnformeerd over de MRSA bij de patiënt. Daarnaast is er informeel ook sprake van sociale invloeden en populatiestatistieken. GGD artsen krijgen informatie en worden beïnvloed in de uitvoering van hun werk door bijvoorbeeld de artsmicrobiologen uit de streek (Ten Ham, 2007). De patiëntdata tenslotte is niet van invloed op de informatiebehoefte van het draaiboek. Deze informatie is namelijk al te vinden in het medische dossier van de patiënten dat via het internet is op te vragen (WGBO, artikel 454, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Als terugkoppeling van de gebruikersgerichte en inhoudsgerichte theorie is in tabel 2 een overzicht gegeven van beide begrippen met de bijbehorende factoren waarmee de begrippen, in het vervolg constructen genoemd, worden gemeten in de praktijk. In de tabel wordt het onderscheid tussen het gebruik en informatie nog eens duidelijk benadrukt.

Tabel 3: Totaaloverzicht van gebruikersgerichte en inhoudsgerichte factoren die bijdragen aan de implementatie van het draaiboek MRSA

<i>Randvoorwaarden voor gebruik: Gebruikersgericht</i>	
Beschikbaarheid	• Blootstelling, contact
Begrijpelijkheid	• Taalgebruik, interpretatie
Betrouwbaarheid	• Geloofwaardigheid, acceptatie
Toepasbaarheid in de praktijk	• Toepassing van het draaiboek
	• Actieve omgang met het draaiboek
<i>Randvoorwaarden voor informatie: Inhoudsgericht</i>	
Sluit aan bij gebruiker	• Media inhoud
	• Verwachting t.o.v. de ervaring
Voldoening na gebruik	• Gevoel van tevredenheid
Populatiestatistieken	• Samenwerking tussen GGD'en
Medische kennis	• Informatie is generaliseerbaar
	• Up-to-date informatie
Logistieke informatie	• Specifieke informatie over werkuitleiding
Sociale invloeden	• Contextgebonden

2.5 Gedragsintentie

In deze paragraaf wordt de afhankelijke variabele, de gedragsintentie beschreven. De gedragsintentie is de kernvariabele in het onderzoek. Het implementatietraject is pas geslaagd wanneer de gebruiker van het draaiboek deze daadwerkelijk actief gebruikt wanneer zich een MRSA besmette patiënt in de praktijk van de GGD voordoet. Het betreft de intentie om het gewenste gedrag daadwerkelijk uit te voeren (Reid & Sanders, 2005).

Communicatie, op wat manier ook beïnvloedt de gebruiker. Volgens Fishbein en Ajzen (1975) is de enige manier om de gebruiker te beïnvloeden het veranderen van gedrag en de overtuigingen die hieraan ten grondslag liggen. Mensen hebben overtuigingen over wat de gevolgen zullen zijn van bepaald gedrag en van het vertonen hiervan. De wijze waarop dit gedrag wordt vertoond is afhankelijk van de omgeving en de context waarin het gedrag wordt vertoond. Daarbij is niet alle gedrag met het 'blote oog' waar te nemen. Te denken valt hierbij aan denkprocessen die leiden tot een bepaalde gedraging, het geheugen, gevoelens en waarnemingsprocessen (Heuvelman & Gutteling, 2001). Bij het bepalen van de behoeften en motivatie van de gebruiker om het met het draaiboek MRSA te werken is inzicht nodig in de denkprocessen van de betreffende gebruiker. Dit maakt dat er toch getracht wordt om deze functie op een wetenschappelijke wijze zichtbaar te maken. Dit is mogelijk aan de hand van literatuur, waaruit een aantal factoren zijn bepaald die van invloed kunnen zijn op het implementatieproces. Door het specificeren van deze factoren in meetbare constructen wordt geanalyseerd in hoeverre er invloed is van deze constructen op de overtuiging van de gebruiker en daarmee het implementeren van het draaiboek. Wanneer de gedragsintentie positief beïnvloed wordt, leidt dit tot compliance: Het daadwerkelijke gebruik van het draaiboek in het dagelijkse functioneren.

2.6 Onderzoeksvragen

Het onderzoek naar het analyseren van factoren die van invloed zijn op het gebruik van het draaiboek MRSA in de OGZ wordt uitgevoerd met als doel het bepalen van de behoeften en motieven die bij deskundigen van de GGD'en ten grondslag liggen aan het gebruik van het draaiboek en de voldoening die men heeft na het gebruik. Om dit te kunnen meten zijn er factoren geselecteerd uit de literatuur die van invloed zijn op het gebruik van het draaiboek, en daarmee de mate van implementatie. Deze factoren zijn de lezerskenmerken die worden gevormd door persoonsgebonden factoren en organisatiegebonden factoren en tekstkenmerken, welke worden gevormd door de gebruikersgerichtheid en inhoudsgerichtheid van het draaiboek.

De hoofdvraag waarop door middel van de geselecteerde factoren naar een antwoord wordt gezocht luidt:

Welke factoren zijn van invloed op de mate waarin het draaiboek MRSA een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD, en hoe kan de inbedding van het draaiboek in het functioneren worden verbeterd?

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag zijn enkele deelvragen opgesteld die elk betrekking hebben op één van de factoren. Deze zullen achtereenvolgens besproken worden.

1: Wat hebben GGD'en verstaan onder de implementatie van het draaiboek MRSA en wat was de invloed van de individugebonden factoren hierbij?

Voordat het draaiboek MRSA in de OGZ gebruikt kon worden, moet eerst het bestaan ervan bekend zijn bij de GGD'en. Na de ontwikkeling van het draaiboek door de LCI was het van belang dat de GGD'en over het bestaan en de redenen tot het gebruik ervan geïnformeerd werden. Om dit te analyseren wordt gekeken op welke manier de GGD'en zijn geïnformeerd en welke stappen zij vervolgens hebben genomen om het draaiboek daadwerkelijk te implementeren.

2a: Wat was de invloed van de organisatiestructuur bij de uitwerking van de implementatie in de praktijk?

Bij een organisatie kunnen de verandering die de vernieuwing met zich meebrengt voor de structurele of organisatorische omstandigheden een grote rol spelen. In dit onderzoek zal daarom worden gekeken naar wat de invloed van de organisatiestructuur van de GGD'en is op hun activiteiten die bijdragen aan de implementatie van het draaiboek MRSA. Zoals uit de theorie duidelijk werd is de taakverdeling een onderdeel van de organisatiestructuur. Omdat uit het eerste deel van het onderzoek al duidelijk werd dat taakverdeling een belangrijke factor is tijdens de implementatie van het draaiboek bij de GGD'en, is er een aparte deelvraag voor opgesteld.

2b: Hoe gaan GGD'en om met de taakverdeling rond MRSA, en hoe wordt het draaiboek hierbij gebruikt?

De deelvraag gaat in op de taakverdeling van de GGD'en ten opzichte van hun omgang en verantwoordelijkheden wat betreft de MRSA. Volgens de 'Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid' en de Infectieziektenwet moet de GGD in samenwerking met de gemeente zorg dragen voor de gezondheid van de bevolking. De vraag is in hoeverre het draaiboek hier richtlijnen voor geeft en in hoeverre dit duidelijk is en haalbaar voor de GGD'en. Ook dit heeft invloed op de behoeften en motivatie van de GGD'en om het draaiboek te gebruiken.

3a: Hoe wordt het gebruik van het draaiboek MRSA ervaren door de GGD'en en hoe kan dit bijdragen aan de verbetering van het draaiboek?

De gebruikersgerichtheid van het draaiboek is van invloed op de mate van het gebruik. Wanneer het draaiboek prettig is in het gebruik zal het sneller worden gebruikt door de deskundigen en is de tevredenheid hoog. De gebruikersgerichtheid is volgens de theorie afhankelijk van een aantal

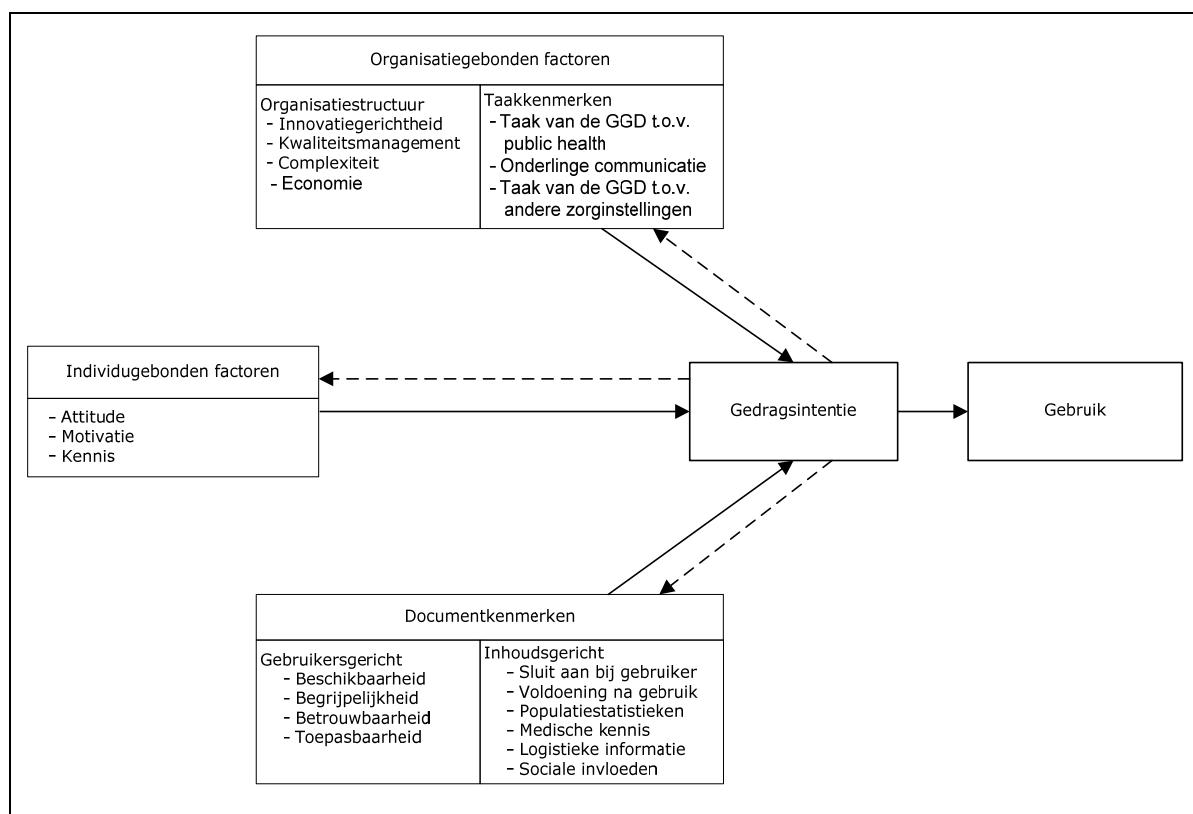
factoren. Daarnaast kan aan de hand van het gebruik nagegaan worden of er punten zijn die anders of zelfs beter kunnen in het draaiboek en of er mogelijk andere middelen dan het draaiboek geschikt zijn.

3b: In hoeverre komen de ervaringen met de informatievoorziening van het draaiboek MRSA overeen met de verwachtingen?

Bij het gebruik van het draaiboek hebben de deskundigen een bepaald doel dat zij willen bereiken. Ze zijn op zoek naar informatie en kennis die aansluit bij hun specifieke situatie en die toegepast kan worden in de praktijk. Wanneer de verschaft informatie overeenkomt met de behoeften zal de ervaring positief zijn en zal het zoekproces naar informatie nogmaals herhaald worden (Gorman, 1995). De informatievoorziening wordt gemeten door middel van de informatiebehoefte van de doelgroep.

2.7 Terugkoppeling theorie naar het onderzoeksmodel

Voor het analyseren van de invloed van de factoren is naar aanleiding van literatuuronderzoek het volgende onderzoeksmodel ontwikkeld:



Figuur 1: Onderzoeksmodel over het implementatieproces van het draaiboek MRSA in de OGZ

In het model is een driedeling in de constructen te zien. Het model wordt gevormd door de hoofdconstructen individugebonden factoren, organisatiegebonden factoren en documentkenmerken. Tussen de drie constructen staan vaste pijlen naar de gedragsintentie. De gedragsintentie leidt namelijk uiteindelijk, wanneer het draaiboek voldoende is ingevoerd in de reguliere werkzaamheden en als standaard wordt beschouwd, tot het gebruik van het draaiboek. Er kan dan worden gesproken van een geslaagd implementatieproces. Alle deskundigen van de GGD'en weten dat het draaiboek er is hoe en waarvoor ze het moeten gebruiken. Het draaiboek voorziet de deskundige van voldoende informatie en ook de lezerskenmerken dragen bij aan het gebruik van het draaiboek. Tegelijkertijd zijn er los-vaste pijlen getekend in het model die de mogelijkheid van een wederzijdse relatie tussen de gedragsintentie en de drie constructen

weergeeft. Het is namelijk mogelijk dat de gedragsintentie ook van invloed kan zijn op de hoofdconstructen.

Het eerste construct is de individugebonden factor. Hieronder vallen de attitude, motivatie en de kennis. De genoemde onderdelen gaan in op het individu en zijn houding ten opzichte van de implementatie. Een positieve houding ten opzichte van de vernieuwing heeft invloed op de intentie om het gedrag uit te voeren. De individugebonden factoren zijn rechtstreeks van invloed op de gedragsintentie.

Naast de individugebonden factor is er ook de organisatiestructuregebonden factor. Het betreft hier de innovatiegerichtheid, kwaliteitsmanagement en de economische situatie van de organisatie. Hiermee wordt gekeken naar de mate waarin de organisatiestructuur is voorbereid op de implementatie en de manier waarop de organisatiestructuur van invloed is op de implementatie. Onder de organisatiestructuregebonden factoren valt ook de taakverdeling. In eerste instantie was ervoor gekozen om dit construct niet mee te nemen in het onderzoek, maar uit de telefonische inventarisatie bleek het wel degelijk van invloed te zijn op het gebruik en de intentie van de doelgroep. Dit maakt dat deze factor ook in het model is opgenomen.

De documentkenmerken worden gevormd door de mate waarin het MRSA draaiboek gebruikersgericht en inhoudsgericht is. De gebruikersgerichtheid bestaat uit de beschikbaarheid, begrijpelijkheid, betrouwbaarheid en toepasbaarheid van het draaiboek. Met behulp van de U&G theorie wordt de discrepantie tussen de gewenste en de ervaren situatie die kan ontstaan tijdens het gebruik van het draaiboek door de deskundigen gemeten. Het gebruik van het draaiboek komt voort uit de vraag of het draaiboek eenvoudig is om te gebruiken. Het betreft de mate waarin het draaiboek beschikbaar, begrijpelijk en toegepast is en de manier waarop de informatie wordt weergegeven.

Of het draaiboek inhoudsgericht is, kan worden afgeleid uit de mate waarin het aansluit bij de gebruiker, er voldoening is na gebruik, de populatiestatistieken, medische kennis, logistieke informatie en de sociale invloeden van mensen uit de omgeving van de gebruiker. Deze subconstructen gaan in op de vraag of de gebruikers van het draaiboek die informatie ontvangen die ze nodig hebben. Van invloed is hierop ook de verwachting die men van tevoren had of die was gecommuniceerd ten aanzien van het document. Bij de behoefte aan informatie gaat het om de vraag welke informatie deskundigen nodig hebben in hun dagelijks werk, de hoeveelheid informatie en het soort informatie. Voor het uitvoeren van de werkzaamheden in de praktijk van de deskundigen bij de GGD'en is vooral sprake van informatiebehoefte volgens de medische kennis en logistieke informatie, zoals door Gorman (1995) is geclassificeerd.

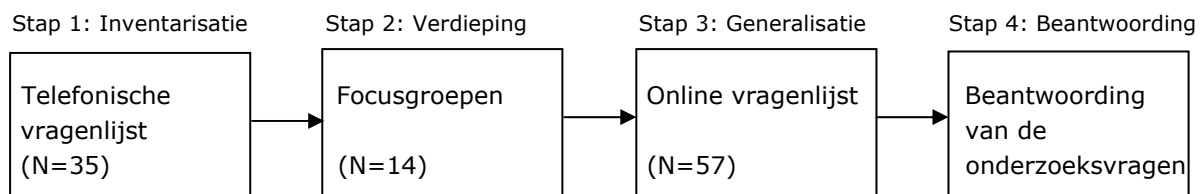
Tenslotte is in het model een rechtstreekse pijl te zien tussen de gedragsintentie en het gebruik. Wanneer er sprake is van een positieve gedragsintentie leidt dit tot het daadwerkelijke gebruik van het draaiboek MRSA. Het gaat in dit geval om een structurele inbedding van het draaiboek in het functioneren en handelen van de GGD.

3. Methode: Praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksmethode van het praktijkonderzoek besproken. Het onderzoek is gevormd volgens een sequential exploratory design (Reswell, 2003), waardoor het bestond uit twee kwalitatieve vooronderzoeken en een kwantitatief hoofdonderzoek. Om het onderzoeksmodel te testen in de praktijk van de GGD 'en, is gebruik gemaakt van drie deelonderzoeken. Hierbij vormden de uitkomsten van het ene deelonderzoek de input voor het volgende, wat is te zien in figuur 2. De deelonderzoeken zijn gevormd door een korte inventariserende telefonische vragenlijst die in paragraaf 4.1 wordt gesproken. In paragraaf 4.2 staat vervolgens informatie over de drie focusgroepssessies, die zijn gehouden. Paragraaf 4.3 gaat het over het hoofdonderzoek dat is uitgevoerd met behulp van een online vragenlijst. De drie onderzoeken worden achtereenvolgens besproken.

Het gehele onderzoek is een summatief evaluatieonderzoek. Dit komt doordat het draaiboek al is ontwikkeld en geïmplementeerd en het nu moet worden getest op de mate van implementatie, contextuele factoren die hierop mogelijk van invloed zijn, de bruikbaarheid en de informatievoorziening (Wellings & Macdowall, 2000). Daarnaast is het onderzoek ook bedoeld als een bruikbaarheidsevaluatie. Deze vorm van evalueren is een goede manier voor het testen, verbeteren en wellicht zelfs garanderen van de gebruiksvriendelijkheid en effectiviteit van het document (de Jong & Schellens, 2000).

Figuur 2 toont een schematische weergave van de stappen die zijn genomen om de praktijk van de GGD 'en te testen. Dit hoofdstuk is dan ook opgebouwd aan de hand van deze stappen. Omdat de resultaten van de inventariserende telefonische vragenlijst de input vormden voor het ontwikkelen van de stellingen van de focusgroepen, zijn deze resultaten in dit hoofdstuk opgenomen. Dit geldt ook voor de resultaten van de focusgroepen, die de input vormden voor de vragen in de online vragenlijst.



Figuur 2: Onderzoekstraject

3.1 Telefonische vragenlijst

3.1.1 Inventarisatie

Voordat het onderzoeksmodel kon worden getest in de praktijk, moest er eerst een korte inventarisatie plaatsvinden waarin werd gekeken naar het huidige gebruik van het MRSA draaiboek. Hierbij werd de GGD'en gevraagd naar hun bekendheid met en hun activiteiten rond het implementeren en gebruiken van het draaiboek MRSA in de OGZ. Door deze inventarisatie moest meer inzicht worden verkregen in de manier waarop de GGD'en het draaiboek gebruikten, welke essentiële informatie (voor de dagelijkse praktijk) in het draaiboek te vinden was en op welke manier het draaiboek is geïmplementeerd. Bovendien was er, naar aanleiding van een interview met een GGD arts infectieziekten (Ten Ham, 2007), sterk het vermoeden ontstaan dat ook de taakverdeling van invloed was op de behoefte en motivatie van het gebruik van het draaiboek. Het betrof hier de vraag wie binnen de GGD met de verantwoordelijkheid voor het gebruiken en implementeren was belast.

Het doel van dit onderzoek was het verkrijgen van een beeld van de activiteiten en het gebruik van het draaiboek MRSA in de OGZ door de GGD'en. Tegelijkertijd is gekeken naar de toepasbaarheid van de vier factoren uit het onderzoeksmodel op de dagelijkse praktijk van de GGD'en. De resultaten gaven vervolgens ook richtlijnen bij het opstellen van de discussievragen voor de focusgroepen. Om het doel te bereiken is gebruik gemaakt van een telefonische vragenlijst met een paar gesloten vragen en voornamelijk open vragen. De vragenlijst is telefonisch afgenomen door de onderzoeker waarbij alle 35¹ GGD'en zijn benaderd.

De antwoorden van de respondenten op de open vragen zijn onderverdeeld volgens de factoren zoals aan de hand van het literatuuronderzoek zijn opgesteld en de extra toegevoegde factor taakverdeling. Om de juistheid van deze onderverdeling van de antwoorden te bepalen, is gebruik gemaakt van twee codeurs waarna vervolgens een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend om de overeenstemming tussen de antwoorden te bepalen. Berekening van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid leidde tot een kappa van 0,71 wat voldoende is, omdat een kappa van >0.7 als bevredigend wordt gezien (Krippendorff, 1980).

3.1.2 Respondenten

Voor het vooronderzoek zijn in de laatste twee weken van maart 2007 35 GGD'en benaderd en is gevraagd naar één van de artsen die binnen de GGD verantwoordelijk zijn voor de afdeling infectieziekten. Hierdoor zijn alle vragenlijsten ingevuld op basis van de kennis en expertise van de GGD artsen (N=35) en was de respons 100%.

3.1.3 Verantwoording van de vragen in de telefonische vragenlijst

De vragenlijst bestond uit vier open vragen en vier gesloten vragen met vervolgens open doorvragen. De vragen zijn ontwikkeld naar aanleiding van het literatuuronderzoek en de factor implementatie, wat in dit geval nog staat voor een overkoepelende term die de individugebonden factoren en organisatiestructuregebonden factoren omvat. Tevens is gekeken naar de documentkenmerken met de beide factoren gebruikersgericht en inhoudsgericht, die hieruit naar voren kwamen. Als laatste is de factor taakverdeling toegevoegd, omdat er een sterk vermoeden bestond dat ook deze factor van invloed was op de behoefte en motivatie van het gebruik van het draaiboek. Om de vier factoren te testen zijn per factor twee vragen ontwikkeld.

Implementatie

Bij de vragen over de implementatie van het draaiboek was het doel om te beginnen het achterhalen van de mate waarin het draaiboek bekend was bij de artsen. Vervolgens is gekeken in hoeverre het draaiboek is ingevoerd in de lokale praktijk van de GGD'en waar het een structurele plaats kreeg in het handelen van de artsen volgens de definitie voor implementatie van ZON (1997). Dit leidde tot de volgende twee vragen:

- Hebt u zelf het draaiboek gelezen? Indien nee, wie heeft het dan gelezen bij uw GGD? (individugebonden)
- Hebt u het draaiboek gebruikt en toegepast binnen uw GGD? Bij ja, kunt u kort aangeven op welke manier u dit hebt gedaan? (organisatiestructuur)

Gebuykersgericht

Voor het bepalen van het gebruik is als eerste geïnventariseerd of het draaiboek wordt gebruikt. Vervolgens is ingegaan op het gebruik zelf door naar de mening van de gebruiker te vragen. De onderzoeker had als doel hiermee aanknopingspunten te vinden voor de mate van betrouwbaarheid, begrijpelijkheid en de toepassing. In de vragen is dit als volgt verwoord:

- Is uw GGD momenteel actief met de MRSA-problematiek of mogelijk actief geweest in 2005?

¹ Bij aanvang van het onderzoek naar het MRSA draaiboek in de OGZ waren er nog 35 GGD'en. Door fusies werden dit er na verloop van tijd 33.

- Wat vond u van het draaiboek?

Wanneer een GGD actief is rond de MRSA geeft dit indirect ook inzicht in de mate waarin men het draaiboek gebruikt. Dit wordt bevestigd door de volgende vraag naar wat de arts van het draaiboek vond.

Inhoudsgericht

Tijdens het inventariseren van de mate waarin het draaiboek inhoudsgericht is, werd gericht gekeken naar de informatiebehoefte van de GGD artsen, de verwachtingen die de artsen hadden ten opzichte van het draaiboek en de mate waarin het draaiboek aan deze verwachting voldoet. Tevens is gevraagd naar de bron en het moment waarop de arts voor het eerst over het draaiboek had gehoord. De vragen zien er als volgt uit:

- Hebt u wel eens over het draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg gehoord?
- Bij ja, hoe (via welke bron) hebt u hierover gehoord?
- Bij ja, wanneer hebt u hierover gehoord?
- Welke essentiële dingen voor de praktijk van uw GGD stonden in het draaiboek?

Taakverdeling

Het draaiboek moet de artsen antwoord geven op de taken die de GGD heeft ten opzichte van de MRSA. De vragen zijn erop gericht om te bepalen in hoeverre deze taakverdeling duidelijk is bij de artsen. Tevens is gevraagd naar wie volgens de artsen de verantwoordelijkheid had voor het implementeren van het draaiboek. Dit leidde tot de volgende vragen:

- Wie is met de taak voor het implementeren van het draaiboek belast binnen uw GGD?
- Wie kan ik tijdens een vervolgonderzoek allemaal benaderen binnen uw GGD? Welke medewerkers zijn actief (geweest) met het draaiboek MRSA?

3.1.4 Procedure

Voor het afnemen van de vragenlijst is in maart van dit jaar door de onderzoeker naar alle 35 lokale GGD'en gebeld. Hierbij werd er gevraagd naar een arts infectieziekten om de vragen aan te kunnen stellen. Voor aanvang van het stellen van de vragen werd een korte uitleg gegeven over de reden van het onderzoek. Vervolgens werden de vragen gesteld en zijn de antwoorden van de artsen door de onderzoeker genoteerd op een gereedliggende vragenlijst. Een telefoongesprek duurde ongeveer tien minuten per arts. Na afloop van het gesprek werd de arts bedankt voor zijn deelname aan dit deel van het onderzoek. Na de inventarisatie zijn de antwoorden van de respondenten door de onderzoeker uitgewerkt en geanalyseerd.

3.1.5 Resultaten

In tabel 4 staan de resultaten van de antwoorden op de gesloten vragen weergegeven.

Tabel 4: Antwoorden op de gesloten vragen van het vooronderzoek (N=35)

Bekendheid, toepassing en implementatie	Wel	Niet	Gedeeltelijk
Vraag 1: Heeft u wel eens over het draaiboek MRSA in de OGZ gehoord?	100% (35)	0%	0%
Vraag 2: Heeft u zelf het draaiboek gelezen?	77% (27)	3% (1)	20% (7)
Vraag 3: Is uw GGD momenteel actief met de MRSA problematiek?	57% (20)	32% (11)	11% (4)
Vraag 6: Heeft u het draaiboek gebruikt en toegepast binnen uw GGD?	49% (17)	46% (16)	5% (2)

Bekendheid, toepassing en implementatie	Arts	Verpleegkundige	Team
Vraag 7: Wie is met deze taak belast binnen uw GGD?	28% (10)	9% (3)	63% (22)

Uit tabel 4 wordt duidelijk dat bij alle 35 lokale GGD'en minimaal één arts over het draaiboek MRSA in de OGZ gehoord heeft. Het is bij alle GGD'en bekend dat er een draaiboek is op het gebied van MRSA. Van de 35 GGD artsen die hebben meegedaan aan dit vooronderzoek heeft een meerderheid van de artsen het draaiboek ook daadwerkelijk gelezen. Eén arts vond het niet nodig om het draaiboek te lezen, omdat hij nog nooit een MRSA-patiënt bij zijn GGD heeft gehad. Zeven artsen gaven aan het draaiboek gedeeltelijk tot globaal te hebben doorgelezen. Bij een serieuze uitbraak waren ze van plan om het draaiboek gedetailleerder door te nemen.

De tabel laat ook zien dat er tussen de GGD'en verschil is in de mate waarin ze actief zijn met de MRSA-problematiek. De meerderheid: 20 GGD'en hebben wel eens te maken gehad met een geval van MRSA of met een uitbraak in een ziekenhuis of de bevolking. Op basis hiervan waren ze actief rond het lezen, gebruiken en bespreken van het draaiboek.

Het gebruiken en toepassen van het draaiboek, waarmee echt het implementeren wordt bedoeld, is door de helft van de GGD'en actief gedaan. Deze GGD'en hadden het draaiboek binnen het team besproken, zelf cases ontwikkeld en geoefend, zelf een folder geschreven en afspraken gemaakt met andere zorginstellingen in de omgeving van de GGD. Bij deze GGD'en kwam ook vaak naar voren dat zij met relatief veel MRSA-gevallen te maken hadden. De andere helft van de GGD'en had het draaiboek niet geïmplementeerd, met als redenen dat men het niet nodig vond, dat MRSA geen taak van de GGD was of de GGD niet voldoende tijd had om met het draaiboek aan het werk te gaan.

De bron via welke een arts over het draaiboek had gehoord, bleek sterk te variëren. Er zijn veel verschillende methodes gebruikt door de artsen om aan het draaiboek te komen. Een deel van de artsen heeft het, door de LCI uitgegeven boek met protocollen nageslagen, terwijl een ander deel het draaiboek heeft gedownload via de website van de LCI/RIVM. Ook hebben veel artsen gehoord over het draaiboek MRSA in de OGZ tijdens een gezamenlijk overleg met zowel collega's als met andere zorginstellingen in de regio.

Er is een verschil tussen de personen die met de taak van het implementeren en gebruiken van het draaiboek belast zijn. Er waren tien artsen die binnen het teamverband van de GGD vonden dat zij degenen waren die verantwoordelijk waren voor het gebruik van het draaiboek en de implementatie van het draaiboek. Zij waren ook degenen die MRSA-positieve patiënten ontvingen en adviseerden. Daarentegen waren er 22 artsen die dit als een taak van het hele team infectieziekten beschouwden. De artsen waren vaak degenen die de diagnose stelden en de verpleegkundigen die vervolgens de zorg hadden van het verder begeleiden van de patiënt en zijn omgeving. Tenslotte waren er drie artsen die vonden dat het in de praktijk brengen van het draaiboek een taak voor de verpleegkundigen infectieziekten was. Het was de taak en verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen en zij gebruikten ook het draaiboek.

Naar aanleiding van de antwoorden op deze vraag is gekozen om het overige onderzoek naast artsen ook te richten op verpleegkundigen en hygiënisten die werkzaam zijn binnen het team infectieziekten.

3.2 Focusgroepen

3.2.1 Verdiepend inzicht

Om het inzicht in de behoefte en motivatie die artsen hebben om het draaiboek te gebruiken verder te verdiepen is gebruik gemaakt van focusgroepen. Door middel van deze groepsgesprekken kan een uitgebreider antwoord worden verkregen op de onderzoeksvraag. Ook is het hierdoor mogelijk om de deskundigen infectieziekten van de GGD'en met elkaar in contact te laten komen en hen samen te laten praten over het draaiboek. De resultaten van deze gesprekken vormen een uitgebreide input voor de vragen van het hoofdonderzoek.

Voor dit tweede vooronderzoek is gebruikt gemaakt van drie focusgroepsdiscussies waarvoor diverse GGD'en zijn uitgenodigd om deel te nemen. Een focusgroep is een veelgebruikte methode om een grote hoeveelheid kwalitatieve data te verkrijgen. Focusgroepen geven een diep inzicht in de redenen voor (on)tevredenheid en in de wensen van de gebruikers (Hargie & Tourish, 2000). Daarbij komt dat door het gebruik van goede discussievragen de onderzoeker snel veel informatie kan verkrijgen. Deze informatie kan zeer divers zijn doordat er bij focusgroepsdiscussies tussen de 6 en 15 respondenten aanwezig zijn en deelnemen aan de discussie. De bedoeling met deze discussies is niet het komen tot een consensus, maar het naar voren brengen van de diverse meningen en ervaringen van de respondenten. Hierdoor is het voor de onderzoeker mogelijk om het beeld van het onderzoeksonderwerp te verdiepen, het uitgebreider te onderzoeken en meer informatie te verwerven (Downs & Adrian, 2004). Hierdoor verkleint het risico dat bepaalde knelpunten worden vergeten tijdens het opstellen van een vragenlijst voor vervolgonderzoek (Hargie & Tourish, 2000). Een ander voordeel van het gebruik van focusgroepen is dat de resultaten samen met de literatuurstudie helpen bij het ontwikkelen van valide vragen in het hoofdonderzoek (Caruana & Chircop, 2000).

Het ontwikkelen van de vragen is gebeurd met behulp van het literatuuronderzoek en de resultaten van de vragenlijst die is gebruikt tijdens het eerste vooronderzoek. De focusgroepsdiscussies zijn opgezet volgens de integrated chain cooker methode. Deze methode is zo ontwikkeld dat er zowel schriftelijke reacties, als mondelinge reacties worden gegeven door de deelnemers van de focusgroepen. Een voordeel van deze methode is dat iedere deelnemer op zijn/haar eigen manier kan meedoen aan de gesprekken en zijn eigen mening kan ventileren door deze op te schrijven. Daarbij is het een actieve vorm: Iedere deelnemer is tegelijkertijd aan het werk en vervolgens worden de resultaten gezamenlijk besproken.

Bij de integrated chain cooker methode is gebruik gemaakt van themabladen (zie bijlage 2 en 3). De behandelde thema's waren implementatie, gebruik, informatievoorziening en taakverdeling. Voor het bespreken van iedere factor zijn op basis van de literatuur en het inventariserende vooronderzoek stellingen ontwikkeld met daaraan verbonden de uitdaging voor de respondent om hierop te reageren met ideeën en ervaringen. In paragraaf 3.2.4 is verantwoord op welke manier de stellingen tot stand zijn gekomen.

3.2.2 Respondenten

Voor de focusgroepen zijn 7 van de 33 GGD'en via een brief (zie bijlage 5) uitgenodigd. De GGD'en zijn gekozen op basis van hun ervaring met MRSA. Door de GGD'en met verschillende ervaringen en kennis samen te voegen in een focusgroep hoopte de onderzoeker hierover discussie op te wekken en daarmee meer informatie te krijgen over de redenen waarom. De brief waarmee de GGD'en zijn uitgenodigd is begin april 2007 verstuurd. De GGD'en die deel wilden nemen aan de focusgroepen zijn vervolgens in groepen verdeeld op basis van hun vestigingsplaats. Op deze manier ontstond er een groep met 3 GGD'en uit Zwolle, Deventer en Twente en 1 groep GGD'en uit Zeeland, West-Brabant, Zuid-Hollandse Eilanden en Zuid-Holland Zuid. De respondenten van de GGD'en bestonden uit 2 artsen, 2 verpleegkundigen en 2 hygiënist infectieziekten. Per GGD werden 3 MRSA deskundigen uitgenodigd. Daarnaast is per groep GGD'en een regionale

artsmicrobioloog uitgenodigd. Hiervoor is gekozen, omdat de GGD'en regelmatig samenwerken met de regionale artsmicrobioloog waardoor ook deze te maken heeft met het implementatieproces van het draaiboek MRSA bij de GGD'en. De GGD'en in de eerste (focus)groep zijn gekozen op basis van hun ervaring met MRSA. Door de GGD'en met verschillende ervaringen en kennis samen te voegen in een focusgroep hoopte de onderzoeker hierover discussie op te wekken en daarmee meer informatie te krijgen over de redenen waarom. Van de zeven GGD'en hebben uiteindelijk vier GGD'en deelgenomen aan de focusgroepen. Dit leidde tot een responspercentage van 57%.

Omdat tijdens de focusgroepen met de GGD'en regelmatig werd verwezen naar het WIP protocol, is er ook een focusgroep gehouden onder ziekenhuishygiënist en artsmicrobiologen. Deze respondenten hadden dagelijks te maken met het WIP protocol en zij gaven inzicht hoe zij het implementatieproces van de GGD'en hebben ervaren. De focusgroep is grotendeels georganiseerd door Labmicta, het streeklaboratorium in Enschede. Ook voor deze focusgroep zijn drie MRSA deskundigen van de GGD uitgenodigd, maar deze deskundigen hebben aangegeven niet geïnteresseerd te zijn om deel te nemen aan deze focusgroep. De uitgenodigde ziekenhuishygiënist waren allemaal aanwezig, en ook de twee microbiologen van het laboratorium waren aanwezig. Dit zorgde voor een responspercentage van 100%. Tabel 5 geeft een overzicht van de aanwezige respondenten.

Tabel 5: Focusgroepsdiscussie 3 tussen ziekenhuishygiënist en artsmicrobiologen uit de regio Twente (N=7)

Plaats	Ziekenhuishygiënist	Artsmicrobioloog	Man	Vrouw
Almelo	1			1
Hengelo	1			1
Enschede	2	2	3	1
Winterswijk	1			1
Totaal	5	2	3	4

3.2.3 Verantwoording van de stellingen

Als indeling voor de stellingen voor de focusgroepen zijn de factoren implementatie², gebruikersgericht, inhoudsgericht en taakverdeling gebruikt. Aan de hand van de literatuur en de uitkomsten van het eerste vooronderzoek zijn vervolgens per factor drie stellingen ontwikkeld. In tabel 6 zijn deze stellingen in een schema geplaatst, met het bijbehorende hoofdconstruct en de bron waarop de stellingen zijn gebaseerd.

Tabel 6: Verantwoording van de stellingen met bijbehorende bron

Hoofdconstruct	Stelling	Gebaseerd op
Implementatie	- Implementatie van het draaiboek MRSA betekent voor de GGD: Het invoeren, bespreken en ten uitvoering brengen van de informatie in het draaiboek.	Zon (1997), inventariserende telefonische vragenlijst
	- De implementatie van het draaiboek MRSA is bij onze GGD op dezelfde wijze gebeurd als alle andere LCI draaiboeken.	Nelen e.a., (2005), inventariserende telefonische vragenlijst
	- Naar aanleiding van het draaiboek MRSA hebben we binnen onze GGD een eigen beleid ontwikkeld rond MRSA.	Zon (1997), Ten Ham (2007)
Gebruikersgericht	- Het draaiboek MRSA is overzichtelijk, hanteerbaar en goed te gebruiken (gebruikersgemak).	De Boer & Brennecke (1999)
	- Ik kan het draaiboek altijd gebruiken en toepassen wanneer er zich een MRSA geval voordoet bij onze GGD (tevredenheid over het gebruik).	Woodruff & Gardial (1996), inventariserende telefonische vragenlijst
	- Het draaiboek geeft concrete, heldere adviezen en bevat alle informatie die nodig is om antwoord te kunnen geven op vragen van patiënten of derden.	Woodruff & Gardial (1996), inventariserende telefonische vragenlijst
Inhoudsgericht	- De informatie in het draaiboek MRSA is in overeenstemming met de wensen en behoeften aan informatie die ik heb om mijn werk goed te kunnen uitvoeren.	Gorman (1995)
	- Het draaiboek MRSA geeft duidelijk aan welke procedures gevolgd moeten	Gorman (1995)

² De factor implementatie omvat in dit stadium van het onderzoek nog de individugebonden factoren en organisatiestructuregebonden factoren.

	worden bij de MRSA gevallen waarmee de GGD te maken heeft. - Ik wissel (eigen) kennis en informatie uit over MRSA gevallen met collega's binnen en buiten de GGD.	Gorman (1995), inventariserende telefonische vragenlijst
Hoofdconstruct	Stelling	Gebaseerd op
Taakverdeling	- Het draaiboek MRSA geeft een duidelijk antwoord op de taken die GGD artsen infectieziekten hebben op het gebied van preventie, advisering en voorlichting over MRSA. - Het draaiboek MRSA geeft richtlijnen voor de rol van de GGD binnen de overige betrokken instellingen in het hele proces rond MRSA. - Er moet door de GGD'en onderling meer gesproken en samengewerkt worden over hun beleid rond MRSA en het gebruik van het draaiboek hierbij.	RIVM (2007); LCI (2005) LCI (2005), inventariserende telefonische vragenlijst Ten Ham (2007), inventariserende telefonische vragenlijst

De focusgroep met artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten hebben bijna dezelfde vragen voorgelegd gekregen. De enige wijziging was dat in plaats van vragen naar de mening en ervaringen over het LCI draaiboek, is gevraagd naar de mening en ervaringen over het protocol van de Werkgroep Infectieziekten Preventie (WIP). Dit protocol wordt door de microbiologen en ziekenhuishygiënisten gebruikt. De deskundigen van de GGD'en verwezen regelmatig naar het WIP protocol. Hierdoor ontstond het beeld dat dit protocol beter was dan het LCI draaiboek. Dit maakte dat het wenselijk was dat er ook een korte analyse werd uitgevoerd naar dit protocol. Door het protocol via dezelfde vragen te analyseren bij de doelgroep en gebruikers van het protocol, kon het ontstane beeld worden gerechtvaardigd of ontkracht.

Daarnaast zijn aan deze groep respondenten de vragen over het gebruik van het LCI draaiboek voorgelegd. Dit waren exact dezelfde vragen als aan de respondenten van de eerste twee focusgroepen zijn voorgelegd, alleen zijn de antwoorden geformuleerd vanuit de belevingswereld van de microbiologen en ziekenhuishygiënisten.

3.2.4 Procedure

Tijdens de telefonische afname van de vragenlijst voor het eerste vooronderzoek is de artsen gevraagd of ze wilden deelnemen aan een vervolgonderzoek. Aan de hand van deze instemming van de artsen is vervolgens de keuze gemaakt voor de zeven GGD'en die zijn gevraagd voor deelname aan de focusgroepen.

Voor het uitnodigen van de GGD'en en microbiologen is een brief ontwikkeld (bijlage 5) waarin de respondenten persoonlijk werden uitgenodigd. Daarbij is nogmaals uitleg gegeven over het onderzoek en het doel ervan. Tevens is uitleg gegeven over wat de respondenten te wachten stond bij deelname. Vervolgens is in overleg met de respondenten een datum, tijdstip en een plaats gekozen waarop de focusgroepsdiscussie zou plaatsvinden. Dit waren 9 en 16 mei 2007.

Door belangstelling van enkele artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten uit de regio Twente is gekozen voor een extra focusgroepsdiscussie waaraan alleen deze groep deskundigen deelnam. In paragraaf 3.2.7 wordt dieper ingegaan op de redenen voor deze belangstelling. De extra focusgroep is gehouden op woensdag 30 mei 2007.

De volgorde waarin de gesprekken zijn opgebouwd was als volgt: Iedere respondent kreeg bij aanvang van de discussie de vier themabladen uitgereikt. De onderzoeker heeft nog enige aanvullende informatie gegeven en uitleg over de procedure van de integrated chain cooker methode (bijlage 4). Vervolgens zijn de themabladen één voor één behandeld. Per themablad werd de respondent gevraagd als eerste een schriftelijke reactie te geven. Men kon op het thema reageren met ideeën, suggesties en ervaringen. Daarna zijn de opgeschreven punten hardop uitgesproken zodat de onderzoeker ze op kon schrijven op een gereedstaande flip-over. De punten konden op dit moment ook besproken worden.

Voor het valideren van de stellingen is gebruik gemaakt van vier experts die de stellingen kritisch hebben bekeken. Het betroffen alle vier experts die door hun werk als infectieziektenartsen, bioloog en promovenda veel kennis en expertise hadden op het gebied van MRSA, het draaiboek

MRSA in de OGZ en het ontwikkelen van vragenlijsten. De conceptstellingen zijn door de onderzoeker in een digitaal bestand naar de eerste twee experts gestuurd. Zij hebben ze beoordeeld en bekritiseerd. De resultaten van de beoordeling zijn vervolgens teruggestuurd naar de onderzoeker waarna deze de conceptstellingen heeft aangepast. Deze aangepaste versie is vervolgens naar de twee infectieziektenartsen gestuurd, waarbij het proces van terugsturen en aanpassen is herhaald. Tenslotte is de uiteindelijke versie van de stellingen weer naar de eerste twee experts gestuurd om ze te beoordelen en zijn de stellingen in gebruik genomen.

3.2.5 Resultaten focusgroepsdiscussies met GGD'en

In deze paragraaf worden de resultaten van de drie focusgroepsdiscussies beschreven. Hierbij zijn als eerste de resultaten van de twee focusgroepen met de deskundigen van de GGD'en genoemd. Vervolgens zijn de resultaten van de focusgroep met de artsmicrobiologen en ziekenhuis-hygiënisten beschreven.

De focusgroepsdiscussies duurden gemiddeld zeven kwartier. Iedere focusgroepsdiscussie is opgenomen met een voice recorder, waardoor na afloop van de bijeenkomst de discussie door de onderzoeker kon worden uitgewerkt. Aan de hand van de samenvattende tabellen die per hoofdfactoren in het theoretische kader zijn opgesteld, kon een codeboek worden opgesteld (bijlage 6). In dit codeboek stonden per hoofdfactor de subconstructen uitgewerkt met ieder een eigen code en de bijbehorende definitie van het construct. Tevens is er een onderscheid gemaakt tussen positieve en negatieve citaten. Positief en negatief staat voor de mate waarin het citaat in positieve bewoordingen was weergegeven ten aanzien van het MRSA draaiboek en de GGD of in negatieve bewoordingen. Een voorbeeld van een positief citaat is hierbij: *"Wij vinden het als GGD belangrijk dat er meerdere mensen zijn binnen een GGD die iets afweten van MRSA en die met het draaiboek kunnen werken."* Een voorbeeld van een negatief citaat is: *"In de praktijk kunnen we niet aan de slag met het draaiboek. We moeten eerst zelf research doen en dan een eigen werkinstructie maken. Het kost ons veel tijd."* Tenslotte is er nog het onderscheid in Zwolle en Goes, wat staat voor de steden waar beide focusgroepen zijn gehouden. Tezamen gaf dit een structuur waarmee de uitgewerkte focusgroepsdiscussies konden worden gecodeerd. Om de juistheid van de codering te bepalen is met behulp van twee codeurs de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid berekend. Dit leidde tot een kappa van 0.78 wat ruim voldoende was.

Implementatie

In tabel 7 staan de resultaten van het coderen weergegeven. Onder het construct implementatie, wat in de fase nog staat voor de individugebonden- en organisatiestructuregebonden factoren staan de bijbehorende subconstructen. Vervolgens staat onder de naam voorkomen het aantal keer dat een citaat is onderverdeeld onder het betreffende subconstruct.

Tabel 7: Beoordeling van organisatiestructuur en individugebonden factoren positief en negatief geformuleerd (N=7)

Implementatie	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	Zwolle	Goes
Individuegebonden: attitude (naleven)	11	1	10	6	5
Individuegebonden: motivatie	18	7	11	14	4
Organisatiestructuur: Innovatiegerichtheid	41	30	11	12	29
Organisatiestructuur: Kwaliteitsmanagement	11	2	9	9	2
Organisatiestructuur: Complexiteit	17	8	9	1	16
Organisatiestructuur: Leren in de organisatie	3	3	0	2	1
Organisatiestructuur: Economie	14	0	14	7	7
Totaal	115	51	64	51	64
Percentage van het totaal	33 %	44 %	56 %	44 %	56 %
Percentage van het totaal voor Zwolle		31 %	69 %		
Percentage van het totaal voor Goes		55 %	45 %		

De respondenten hebben veel citaten genoemd die betrekking hadden op implementatie: innovatiegerichtheid (36%), waarbij de grote meerderheid, namelijk 73% op een positieve manier reageerde. Dit geeft aan dat de vier GGD'en die hebben deelgenomen aan de focusgroepen redelijk

veel implementatieactiviteiten hebben ondernomen. Ze hebben het draaiboek gelezen, besproken en zelf documenten ontwikkeld op basis van het LCI draaiboek MRSA. Tevens waren er veel citaten over de constructen implementatie: motivatie en complexiteit (16% en 15%). Een opvallend citaat dat als reden werd genoemd voor de implementatieactiviteiten was als volgt:

“MRSA vormt in toenemende mate een reëel probleem in de openbare gezondheidszorg waarbij de bestrijding uiterst complex en tijdrovend is.” (Verpleegkundige infectieziektenbestrijding)

De GGD'en uit de eerste focusgroep (samengevat onder de naam Zwolle) hebben veel vaker negatieve opmerkingen geplaatst. Zij misten veel in het draaiboek en wilden veel dingen verbeterd zien. GGD Zeeland (genoemd Goes) was daarentegen meer positief dan negatief. Dit kwam mede doordat zij veel positieve opmerkingen hadden over de innovatiegerichtheid van hun GGD. Tenslotte kan worden afgelezen dat over dit construct in zijn totaliteit veel dingen over implementatie (33%) zijn gezegd door de respondenten.

Gebruikersgericht

In tabel 8 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de gebruikersgerichtheid van het draaiboek MRSA. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden.

Tabel 8: Beoordeling van de gebruikersgerichtheid positief en negatief geformuleerd en verdeeld over Zwolle en Goes (N=7)

Gebuitersgericht	Voor- komen	Positief (+)	Negatief (-)	Zwolle	Goes
Gebuitersvriendelijkheid: het draaiboek sluit aan bij de gebuiters	16	7	9	7	9
Gebuitersvriendelijkheid: voldoening na gebuiters	20	17	3	10	10
Gebuitersvriendelijkheid: Context van de blootstelling	10	3	7	10	0
Gebuitersgemak: beschikbaarheid	1	0	1	1	0
Gebuitersgemak: begrijpelijkheid	5	5	0	4	1
Gebuitersgemak: toepassing in de praktijk	24	9	15	13	11
Totaal	76	41	35	45	31
Percentage van het totaal	22 %	54 %	46 %	59 %	41 %
Percentage van het totaal van Zwolle		58 %	42 %		
Percentage van het totaal van Goes		48 %	52 %		

De gebuitersgerichtheid wordt vertegenwoordigd door 22% van het totale aantal gecodeerde citaten. Hierbij zijn veel opmerkingen gemaakt over de onderwerpen toepassing van het draaiboek in de praktijk, de context van de blootstelling en de mate waarin het draaiboek aansluit bij de gebuiters. Over het algemeen is men meer positief dan negatief.

Per subconstruct bekeken zijn de respondenten relatief negatief over de toepassing van het draaiboek in de praktijk. Dit geldt ook voor de mate waarin het draaiboek aansluit bij de gebuiters. Opvallend is dat men juist veel meer positief is over de voldoening na gebuiters. Het draaiboek lijkt hierdoor goed leesbaar te zijn en aan te sluiten bij de belevingswereld van de gebuiters. Een hygiënist zei hierover het volgende:

“Het draaiboek is voor mij toppie! Maar er is (nog) geen alternatief en tot die tijd hanteer ik het als elk ander draaiboek of richtlijn, als hulpmiddel en richting gevend advies dat aanvullend is op de kennis die je al over het onderwerp hebt.”

Inhoudsgericht

In tabel 9 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de informatievoorziening van het draaiboek MRSA. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden.

Tabel 9: Beoordeling voor de citaten over informatievoorziening, positief en negatief geformuleerd en verdeeld over Zwolle en Goes (N=7)

Inhoudsgericht	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	Zwolle	Goes
Informatiebehoefte: Populatiestatistieken	8	3	5	4	4
Informatiebehoefte: Medische kennis	14	0	14	6	8
Informatiebehoefte: Logistieke informatie	17	1	16	12	5
Informatiebehoefte: Sociale invloeden	1	0	1	0	1
Totaal	40	4	36	22	18
Percentage van het totaal	11,5 %	10 %	90 %	55 %	45 %
Percentage van het totaal van Zwolle		17 %	83 %		
Percentage van het totaal van Goes		5 %	95 %		

Er zijn in verhouding tot de overige factoren weinig opmerkingen geplaatst op het gebied van de inhoudsgerichtheid, namelijk maar 11,5% van het totale aantal opmerkingen. Opvallend hierbij is wel dat van deze 11,5% aan opmerkingen er 90% negatief zijn en 10% positief. De deelnemende GGD'en zijn het hier vaak met elkaar eens en scoren allebei meer negatieve opmerkingen over de informatievoorziening van het draaiboek.

Gemist wordt vooral logistieke informatie (42,5%) en medische kennis (35%). Deze subconstructen staan voor specifieke informatie over hoe handelingen verricht moeten worden en voor informatie over de verschillende vormen van MRSA waar de GGD mee te maken heeft, maar waarin het draaiboek de gebruiker niet van informatie voorziet. Het belang hiervan wordt door de GGD'en als volgt verwoord:

“Een evenzo belangrijke conclusie die getrokken moet worden (uit onze participatie binnen deze MRSA-uitbraak) is de noodzaak gebleken van goede en betrouwbare informatievoorziening.”
(GGD sociaal-verpleegkundige infectieziektenbestrijding)

Taakverdeling

In tabel 10 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de Taakverdeling van het draaiboek MRSA. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden.

Tabel 10: Beoordeling van de citaten over taakverdeling, positief en negatief geformuleerd en verdeel over Zwolle en Goes (N=7)

Taakverdeling	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	Zwolle	Goes
Taak van de GGD t.o.v. de public health	24	13	11	16	8
De taak van het team infectieziekten wat betreft MRSA	10	7	3	3	7
Taken van de Microbioloog	13	6	7	8	5
Taak van de arbo- en (verpleeg)huisarts	18	1	17	8	10
Taak van de GGD t.o.v. zorginstellingen	42	16	26	23	19
Taak zorginstellingen	9	3	6	8	1
Totaal	116	46	70	66	50
Percentage	33,5 %	40 %	60 %	59 %	41 %
Goes		40 %	60 %		
Zwolle		40 %	60 %		

Een groot aantal opmerkingen van de respondenten (33,5%) betrof de constructen onder taakverdeling. Uit het vooronderzoek bleken hier al veel vragen over te zijn bij de gebruikers, wat is bevestigd door deze resultaten van de eerste twee focusgroepen. Er waren veel opmerkingen over de taak van de GGD ten opzichte van andere zorginstellingen (36%). Het was de deskundigen niet voldoende duidelijk wat de taken en verantwoordelijkheden waren van de GGD in het MRSA probleem en wat zij wel en niet aan andere zorginstellingen moesten overlaten. Dit betrof hierdoor

ook de vraag wat zij moeten doen ten opzichte van de public health (21%), het officiële bedieningsgebied van de GGD'en. Een tweetal citaten die de algemeen heersende onduidelijkheid goed weergeeft is:

"...uiteindelijk hebben we geluk gehad dat we van begin af aan met de implementatie van het draaiboek bezig zijn geweest en wisten wat we moesten doen. Hierdoor hadden we een duidelijk standpunt en een eigen rol ten opzichte van de anderen." (arts infectieziektenbestrijding)

"Een groot struikelblok bij de MRSA bestrijding lijkt de enorme diversiteit van betrokken partijen, waarbij afbakening van taken en verantwoordelijkheden niet altijd helder zijn. Het is de vraag welke taken de GGD op zich zou moeten nemen." (GGD Verpleegkundige infectieziektenbestrijding)

Veel negatieve opmerkingen waren er ook wat betreft de taak van de arbo- (verpleeg)huisartsen (16%). Deze artsen werken vaak niet mee aan dingen die de GGD'en belangrijk vinden en zijn vaak niet voldoende geïnformeerd over hun taken en verantwoordelijkheden.

Totale tevredenheid

In tabel 11 wordt een samenvattend overzicht gegeven van het totale aantal citaten en de onderverdeling daarin in het totale aantal positieve en negatieve citaten.

Tabel 11: Beoordeling door de focusgroepen over de overall tevredenheid, positief en negatief geformuleerd en verdeeld over Zwolle en Goes (N=7)

Overall tevredenheid	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	Zwolle	Goes
Totaal	347 100 %	142 41 %	205 59 %	184 53 %	163 47 %
Zwolle		39 % (71)	61 % (113)		
Goes		43 % (71)	57 % (92)		

Aan deze twee focusgroepen hebben, verdeeld over vier GGD'en, in totaal zes MRSA deskundigen en één artsmicrobioloog deelgenomen. Uit de tabel kan worden opgemaakt dat er in totaal 347 citaten zijn gecodeerd. De factor met de meeste citaten was de taakverdeling (33,5%), direct gevolgd door de implementatie (33%). Veel minder citaten zijn er gecodeerd voor de factoren gebruikersgericht (22%) en tenslotte inhoudsgericht (11,5%). Dit geeft aan dat de respondenten het minst tevreden waren met de taakverdeling, gevolgd door de implementatie. Meer tevreden waren ze met de gebruikersgerichtheid. Het minst had men op te merken over de mate waarin het draaiboek inhoudsgericht was. Het draaiboek geeft dus relatief weinig informatie over de taakverdeling aan de gebruikers, terwijl het in verhouding wel goed voorziet in de informatievoorziening.

In het laatste onderdeel van de tabel staat het totale aantal citaten dat is gecodeerd en het aantal positieve en negatieve citaten, berekend per groep GGD'en.

Hieruit komt naar voren dat de deelnemers meer negatief dan positief over het draaiboek, respectievelijk 59% negatief en 41% positief. In vergelijking met Goes is Zwolle veel negatiever over het LCI draaiboek MRSA. Er is van de 184 citaten in totaal van Zwolle 61,4 % negatief en maar 38,6 % positief. Goes is hierbij wat gematigder doch nog steeds redelijk negatief, namelijk 56,5 % negatief ten opzichte van 43,5 % positief.

3.2.6 Resultaten focusgroep met artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënist

In deze focusgroep is gekeken naar de mening van de deskundigen over de WIP richtlijn MRSA en hun mening over hoe de GGD'en het LCI draaiboek MRSA gebruiken, toepassen en daarover communiceren met andere zorginstellingen. De GGD'en gaven tijdens de focusgroepen aan dat zij vonden dat de andere zorginstellingen niet voldoende goed met hen communiceerden, maar hoe ervaren deze andere zorginstellingen de communicatie van de GGD'en? In hoeverre is hier een causaal verband terug te vinden?

Om deze vragen te beantwoorden is de derde focusgroep georganiseerd en worden in deze paragraaf de resultaten besproken.

Implementatie

In tabel 12 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de implementatie van het WIP protocol MRSA en het LCI draaiboek MRSA in de OGZ. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden. Onder het construct implementatie, wat in de fase nog staat voor de individugebonden- en organisatiestructuurgebonden factoren staan de bijbehorende subconstructen. Positief en negatief staat voor de mate waarin de respondenten zich positief of negatief uitlieten over het protocol en het draaiboek en de GGD'en.

Tabel 12: Beoordeling van organisatiestructuur en individugebonden factoren positief en negatief geformuleerd (N=7)

Implementatie	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	WIP	LCI
Individugebonden: attitude (naleven)	8	4	4	6	2
individugebonden: motivatie	4	0	4	3	1
Organisatiestructuur: Innovatiegerichtheid	27	19	8	24	3
Organisatiestructuur: Kwaliteitsmanagement	11	0	11	8	3
Organisatiestructuur: Complexiteit	6	2	4	1	5
Organisatiestructuur: Leren in de organisatie	4	1	3	2	2
Organisatiestructuur: Economie	6	0	6	2	4
Totaal	66	26	40	46	20
Percentage van het totaal	43 %	39 %	61 %	70 %	30 %
		WIP 23	WIP 23		
		50 %	50 %		
		LCI 3	LCI 17		
		15 %	85 %		

De meeste opmerkingen zijn gemaakt over de constructen behorend bij implementatie (43%) en dan vooral over innovatiegerichtheid (41%). De respondenten reageerden even positief als negatief op de vragen over de implementatie van het WIP protocol (50%). Door alle respondenten was een eigen werkinstructie ontwikkeld en had men er onderling over gesproken. Minder positief was men over het kwaliteitsmanagement (17%) en de economie (9,1%). Ook wat betreft het LCI draaiboek MRSA en de GGD'en was men niet zo positief. Het grootste aantal opmerkingen, 85% was negatief. De algeheel heersende mening van de respondenten was dat de GGD'en niet actief overkomen en uitdragen richting andere zorginstellingen. Een artsmicrobioloog meende zelfs dat:

..."GGD'en ontwikkelen meer implementatieactiviteiten wanneer de microbioloog enthousiaster is. Wat betreft implementatie kan dit goed gebruikt worden." (Artsmicrobioloog, 2007)

Gebruikersgericht

In tabel 13 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de gebruikersgerichtheid van het WIP protocol MRSA en het LCI draaiboek MRSA in de OGZ. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden. Positief en negatief staat voor de mate waarin de respondenten zich positief of negatief uitlieten over het protocol en het draaiboek en de GGD'en.

Tabel 13: Beoordeling van het gebruik positief en negatief geformuleerd en verdeeld over WIP en LCI (N=7)

Gebruikersgericht	Voor komen	Positief (+)	Negatief (-)	WIP	LCI
Gebruikersvriendelijkheid: het draaiboek sluit aan bij de gebruiker	9	1	8	8	1
Gebruikersvriendelijkheid: voldoening na gebruik	6	5	1	6	0
Gebruikersvriendelijkheid: Context van de blootstelling	1	1	0	1	0
Gebruikersgemak: beschikbaarheid	6	2	4	5	1
Gebruikersgemak: begrijpelijkheid	3	2	1	2	1
Gebruikersgemak: toepassing in de praktijk	14	1	13	10	4
Totaal	39	12	27	32	7
Percentage van het totaal	25 %	31 %	69 %	82 %	18 %
		WIP 11	WIP 21		
		34 %	66 %		
		LCI 1	LCI 6		
		14 %	86 %		

Wat betreft de gebruikersgerichtheid zijn er 39 (25%) opmerkingen gemaakt door de deskundigen. Hiervan ging 82% over de WIP en 18% over de GGD'en en de LCI. De meeste opmerkingen zijn gecodeerd onder het subconstruct over de mate van toepassing van het draaiboek in de praktijk. Hiervan was 93% negatief gestemd. Verder waren er 7 citaten geplaatst omtrent de LCI (18%), maar hiervan was 86% negatief. Dit laat zien dat de respondenten matig tevreden zijn over de mate waarin het draaiboek toegepast kan worden in de praktijk. Daarnaast waren de respondenten meer ontevreden over het gebruik van het WIP protocol dan over het LCI draaiboek.

Inhoudsgericht

In tabel 14 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de informatievoorziening van het WIP protocol MRSA en het LCI draaiboek MRSA in de OGZ.

Tabel 14: Beoordeling voor de citaten over informatievoorziening, positief en negatief geformuleerd en verdeeld over WIP en LCI (N=7)

Inhoudsgericht	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	WIP	LCI
Informatiebehoefte: Populatiestatistieken	3	2	1	2	1
Informatiebehoefte: Medische kennis	10	1	9	6	4
Informatiebehoefte: Logistieke informatie	2	0	2	2	0
Informatiebehoefte: Sociale invloeden	2	0	2	1	1
Totaal	17	3	14	11	6
Percentage van het totaal	11%	18 %	82 %	65 %	35 %
		WIP 2	WIP 9		
		18 %	82 %		
		LCI 1	LCI 5		
		17 %	83 %		

Van het totale aantal opmerkingen ging 11% over de inhoudsgerichtheid. Hiervan is 65% over de informatievoorziening van het WIP protocol gegaan en 35% over het LCI draaiboek. Daarbij was men meer negatief dan positief over de informatievoorziening, zowel wat betreft de WIP als de LCI.

De meeste problemen waren er omtrent de informatievoorziening over de verschillen tussen de HA- en CA-MRSA wat valt onder het construct medische kennis (59%). Het subconstruct waar men wel relatief positief over was, waren de populatiestatistieken (66,7). Dit geeft aan dat er onderling wel samenwerking en informatie-uitwisseling is.

Taakverdeling

In tabel 15 staan de citaten weergegeven die zijn gemaakt ten aanzien van de taakverdeling van het WIP protocol MRSA en het LCI draaiboek MRSA in de OGZ. De citaten zijn geplaatst bij het subconstruct waarmee ze het meeste raakvlak hadden. Positief en negatief staat voor de mate waarin de respondenten zich positief of negatief uitlieten over het protocol en het draaiboek en de GGD'en.

Tabel 15: Beoordeling van de taakverdeling, positief en negatief geformuleerd en verdeeld over WIP en LCI (N=7)

Taakverdeling	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	WIP	LCI
Taak van de GGD t.o.v. de public health	2	2	0	0	2
De taak van het team infectieziekten wat betreft MRSA	1	1	0	1	0
Taken van de Microbioloog	1	0	1	1	0
Taak van de arbo- en (verpleeg)huisarts	1	0	1	1	0
Taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen	10	3	7	1	9
Taak van de zorginstelling t.o.v. de GGD	6	2	4	1	5
Overig	1	1	0	1	0
Onderlinge communicatie	11	4	7	3	8
Totaal	33	13	20	9	24
Percentage van het totaal	21 %	39 %	61 %	27 %	73 %
		WIP 6	WIP 3		
		67 %	33 %		
		LCI 7	LCI 17		
		32 %	68 %		

Taakverdeling geeft een afwijkend beeld in verhouding tot de overige drie factoren. 27% van de opmerkingen gingen hier namelijk over de WIP, waarbij men ook meer positief dan negatief was, en 73% van de opmerkingen betroffen de LCI waarbij men juist meer negatief was.

Ook hier komt weer het constructieve taak van de GGD ten opzichte van andere zorginstellingen (30%) en de taak van de andere zorginstellingen ten opzichte van de GGD (18%) duidelijk naar voren. Hieruit kan worden opgemaakt dat het zowel de GGD'ers, als de andere zorginstellingen niet geheel duidelijk is wat wiens taken en verantwoordelijkheden zijn. Een ziekenhuishygiënist was hier heel stellig over, wat blijkt uit het volgende citaat:

..."Ik vind dat er een beter communicatieprotocol moet komen waarvan iedereen op de hoogte is en zich eraan houdt (bijv. de transmurale richtlijn)."

Totale tevredenheid

In tabel 16 wordt een overzicht gegeven van het totale aantal citaten die zijn gegeven door de artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënist tijdens de focusgroepsdiscussie en de onderverdeling daarin in positieve en negatieve citaten.

Tabel 16: Beoordeling van de focusgroepen over de overall tevredenheid over de WIP en LCI protocollen, positief en negatief geformuleerd (N=7)

Totale tevredenheid	Voorkomen	Positief (+)	Negatief (-)	WIP	LCI
Totaal	155	54	101	97	58
Percentage	100 %	35 %	65 %	63 %	37 %
WIP		42 % (41)	58 % (56)		
LCI		22 % (13)	78 % (45)		

In totaal zijn er 155 citaten gecodeerd waarbij er 97 (63%) over het WIP protocol MRSA gingen en 58 (37%) over het LCI draaiboek MRSA. De artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënist waren over hun WIP protocol overwegend negatief (58%). Dit gold trouwens ook voor het LCI draaiboek (78%) en de manier waarop de GGD dit heeft geïmplementeerd en gecommuniceerd (85%).

Uit de tabel is op te maken dat de deelnemers in zijn totaliteit de meeste opmerkingen hebben gemaakt omtrent implementatie (47%). Vervolgens over de gebruikersgerichtheid (33%), de inhoudsgerichtheid (11%) en tenslotte de taakverdeling (9%). De resultaten laten zien dat er wat betreft (on)tevredenheid weinig verschil zit tussen de (on)tevredenheid van de GGD deskundigen infectieziekten wat betreft het LCI draaiboek MRSA en de (on)tevredenheid van de artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënist over de WIP richtlijnen.

Wat betreft het WIP protocol zijn de deelnemers in zijn totaliteit over het protocol iets meer negatief dan positief gestemd (58% negatief en 42% positief). Per factor is men gelijk gestemd over de implementatie van het protocol, meer negatief dan positief (66% ten opzichte van 34%) van de gebruikersgerichtheid, en ook over de inhoudsgerichtheid van het WIP protocol is men overwegend negatief (82% tegenover 18%). Tenslotte is men wat betreft taakverdeling zoals beschreven in het protocol ook meer negatief dan positief (58 % ten opzichte van 42 %).

Het doel van de focusgroepsdiscussie met artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten was niet alleen het in kaart brengen van hoe zij tegenover 'hun' WIP protocol MRSA staan, maar ook hoe zij de implementatie en het gebruik van het LCI draaiboek MRSA door de GGD'en ervaren. Hieruit bleek dat de artsmicrobiologen en ziekenhuishygiënisten tegenover het LCI draaiboek MRSA meer negatief dan positief staan. Van het totale aantal opmerkingen gingen er 37% over het LCI draaiboek. Hiervan was 78% negatief en 22% positief. De meeste problemen hadden de respondenten wat betreft het aantal geplaatste opmerkingen met de (on)duidelijkheid van de taakverdeling (42%), de implementatie (35%), het gebruik (12%) en tenslotte de inhoudsgerichtheid (11%). Een artsmicrobioloog vat dit als volgt samen:

"Er moet opnieuw onderzoek worden gedaan naar alles rond MRSA en er moet door alle zorginstellingen tezamen een gezamenlijk beleid worden ontwikkeld. Hiermee bedoel ik ook een samenwerking tussen de WIP en LCI." (Artsmicrobioloog, 2007)

3.2.7 Terugkoppeling naar het onderzoeksmodel

De inventariserende telefonische vragenlijst en de drie focusgroepen vormden de input voor de online vragenlijst die in het hoofdonderzoek is gebruikt. Ter wille van het overzicht wordt in deze paragraaf een korte terugkoppeling gegeven van de resultaten zoals tot nu toe zijn gevonden.

De inventariserende telefonische vragenlijst is afgenomen bij artsen infectieziekten van de 35 GGD'en. Uit deze inventarisatie bleek voor het eerst dat niet alleen artsen infectieziekten gebruik maken van het draaiboek MRSA, maar ook verpleegkundigen, hygiënisten en soms zelfs artsmicrobiologen. Dit geeft aan dat het draaiboek multidisciplinair gebruikt wordt. De deelnemers van de eerste twee focusgroepen waren dan ook artsen, verpleegkundigen en hygiënisten van de GGD en één artsmicrobioloog. De GGD'en hebben tijdens deze discussies veelvuldig aangegeven contact te hebben met ziekenhuishygiënisten en microbiologen. Hierdoor was het interessant te analyseren op welke manier deze beide partijen op hun beurt over de GGD'en spraken. Daarom bestond de derde focusgroep alleen uit ziekenhuishygiënisten en artsmicrobiologen aanwezig. Deze discussie liet ook de 'andere kant van het verhaal' zien en het gaf belangrijke aanvullende informatie.

Uit dit eerste deel van het onderzoek bleek dat er een enorme diversiteit aan zorginstellingen betrokken is bij de bestrijding van MRSA. Hierbij mist ook een duidelijke afbakening van de taken en verantwoordelijkheden en een goede onderlinge communicatie hierover. Tijdens een geval van MRSA is er namelijk als eerste de vraag of het intra of extramuraal is en welke partij de 'probleemhouder' is. In feite zijn bij een intramuraal geval de microbiologen, hygiënisten, bedrijfsartsen, afdelingshoofden en bestuurders van de betreffende instelling betrokken en verantwoordelijk (Brunner & van den Waart, 2006). Extramuraal zijn daarnaast de huisarts en het GGD-team infectieziekten verantwoordelijk. Het volgende citaat geeft de sfeer weer over de onderlinge communicatie en de afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen de diverse zorginstellingen.

"Wij willen te veel ... laten we blij zijn als iedereen min of meer binnen de gestelde standaarden aan het werk is ... en door de discussie, door te signaleren wordt de volgende stap hopelijk vanzelf gezet ... laten we niet te veel willen." (GGD Verpleegkundige)

Uit het aantal citaten bleek dat de implementatie en de taakverdeling factoren waren waar de respondenten veel aandacht aan gaven. Veel citaten hadden hierop betrekking. Vervolgens kwamen de beide documentkenmerken; de mate waarin het draaiboek gebruikersgericht en inhoudsgericht waren.

3.2.8 Gevolgen voor het hoofdonderzoek

Op basis van de citaten van de focusgroepen zijn de vragen voor de online vragenlijst opgesteld. Tijdens dit laatste onderzoek wordt nogmaals gekeken naar de invloed van de factoren op de gedragsintentie. Ook wordt in de online vragenlijst geanalyseerd of veel van de genoemde oplossingen zoals voort zijn gekomen uit de focusgroepen kunnen worden gegeneraliseerd naar de overige GGD'en.

3.3 Online vragenlijst

3.3.1 Hoofdonderzoek

Het hoofdonderzoek is vormgegeven door een online vragenlijst. De vragen in de vragenlijst zijn opgesteld aan de hand van het literatuuronderzoek en het vooronderzoek (een telefonische vragenlijst en drie focusgroepsdiscussies). Als richtlijn voor het opstellen van de vragen is de verdeling volgens de vier hoofdconstructen uit het onderzoeksmodel gehanteerd.

Om de resultaten zoals tot nu toe gevonden te kunnen generaliseren is gekozen voor een online vragenlijst. Deze keuze is gemaakt, omdat hiermee kan worden gekeken of resultaten uit het vooronderzoek door middel van de vragen in de vragenlijst kunnen worden gegeneraliseerd naar alle GGD'en en kunnen de veronderstelde relaties tussen de constructen uit het onderzoeksmodel worden getest. De vragenlijst maakt het mogelijk om dit op een kwantitatieve wijze te analyseren. Daarbij is deze methode relatief eenvoudig in het gebruik, zowel voor de onderzoeker als voor de respondenten (Hargie & Tourish, 2000). De vragen zijn afwisselend positief en negatief opgesteld. Hierdoor moet de respondent zich blijven concentreren en is de kans kleiner dat er 'zomaar' iets wordt ingevuld. De respondent dient antwoord te geven via een 5-punts Likertschaal, variërend van zeer mee oneens tot zeer mee eens.

De vragenlijst is opgesteld met behulp van de resultaten uit de literatuur en het vooronderzoek (telefonische vragenlijst en focusgroepen). Deze resultaten zijn verwerkt in items voor de vragenlijst. Vervolgens is de vragenlijst, voordat deze in de praktijk kon worden ingezet, gevalideerd met behulp van een pretest. Bij de totstandkoming van de vragenlijst was het van belang dat er voldoende items werden verzameld om de constructen te meten. Hierdoor is ervoor gekozen om ieder subconstruct door tenminste drie items te analyseren (Bollen, 1989).

3.3.2 Respondenten

Voor het hoofdonderzoek is gebruik gemaakt van de kennis en expertise van alle 33 GGD'en in Nederland. Per GGD zijn gemiddeld drie deskundigen actief op het gebied van MRSA. Het betreffen hier artsen infectieziekten, verpleegkundigen en hygiënisten. In totaal is dus aan 99 deskundigen gevraagd om de online vragenlijst in te vullen.

Er is bewust voor gekozen om aan het hoofdonderzoek alle MRSA-deskundigen van de GGD'en deel te laten nemen. Het totale aantal deskundigen op dit gebied is niet groot en op deze manier kan de onderzoeker er zeker van zijn dat de kennis en ervaring van alle deskundigen geïnventariseerd is. De resultaten kunnen hierdoor voldoende gegeneraliseerd worden.

In tabel 17 op de volgende pagina staan de demografische variabelen van de respondenten die hebben deelgenomen aan het hoofdonderzoek. Van de respondenten waren er 21 (37%) van het mannelijk en 36 (63%) van het vrouwelijk geslacht. Het aantal jaar werkervaring bij de GGD

varieerde tussen de 1 en 27 jaar, met als gemiddelde 9 jaar. Ook is gevraagd naar het aantal jaar ervaring dat de respondenten hadden omtrent MRSA. Dit was gemiddeld 4 jaar.

Tabel 17: Demografische gegevens van de respondenten die hebben deelgenomen aan de online vragenlijst

Variabele	N (57)	SD	Percentage
Geslacht			
<i>Man</i>	21		37 %
<i>Vrouw</i>	36		63 %
Functie			
<i>Arts Infectieziekten</i>	28		49 %
<i>Verpleegkundige</i>	26		46 %
<i>Hygiënist</i>	3		5 %
Gemiddeld aantal jaar werkervaring bij de GGD	8.87 jaar	1.11	
Gemiddeld aantal jaar ervaring met MRSA	4.26 jaar	0.89	
Gemiddelde kennis over MRSA (1-10)	6.74	1.23	
Schatting van het aantal gevallen van MRSA per jaar	8.18	1.58	

Er zijn 57 bruikbare vragenlijsten zijn opgenomen in de data-analyse. De respondenten zijn van 28 verschillende GGD'en, waardoor een goed beeld van de heersende meningen en ervaringen kan worden verkregen en de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden. Per GGD zijn naar schatting drie MRSA-deskundigen werkzaam. Dit maakt dat er voor alle GGD'en in totaal 99 MRSA deskundigen zijn. Het responspercentage op de online vragenlijst is daarmee 58%.

Om een beeld te krijgen van de hoeveelheid MRSA-patiënten waar de GGD'en mee te maken krijgen per jaar is de respondenten gevraagd en schatting te geven van het aantal MRSA-gevallen. Gemiddeld bleken er 8 gevallen van MRSA voor te komen per jaar, wat leidt tot een totaal van 262 MRSA-patiënten waar de 33 GGD'en jaarlijks mee te maken hebben. De artsen, verpleegkundigen en hygiënisten gaven zichzelf gemiddeld een 6.7 voor hun kennis over MRSA.

3.3.3 Verantwoording van de vragen

Om de hoofdconstructen te kunnen meten, zijn tijdens het coderen van de citaten uit de focusgroepen per factor subconstructen opgesteld. Deze subconstructen samen geven inzicht in de bijbehorende factor. Ook voor het ontwikkelen van de vragenlijst voor het hoofdonderzoek is de onderverdeling in factoren met bijbehorende subconstructen gehanteerd (zie ook bijlage 8).

Tabel 18: Verantwoording van de vragen voor het hoofdonderzoek

Hoofdconstruct	Subconstruct	Itemnummers	α
<u>Individuegebonden factoren</u>			
	Attitude naleven	1-3	0.672
	Motivatie	5-7	0.672
<u>Organisatiestructuurgebonden factoren</u>			
	Innovatiegerichtheid	8-11	0.858
	Kwaliteitsmanagement	12-14	0.594
	Complexiteit	15-17	0.658
	Economie	18-20	0.500
<u>Taakverdeling</u>			
	Taak van de GGD t.o.v. de public health	41-43	0.613
	Onderlinge communicatie	44-47	0.602
	Taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen	48-52	0.655
<u>Gebruikersgericht</u>			
	Context van de blootstelling	21-23	0.189
	Begrijpelijkheid	24-26	0.712
<u>Inhoudsgericht</u>			
	Het draaiboek sluit aan bij de gebruiker	27-29	0.704
	Toepassing in de praktijk	30-34	0.834
	Populatiestatistieken	35-37	0.665
	Medische kennis	38-40	0.808

Het instrument zoals het uiteindelijk is voorgelegd aan de respondenten is te vinden in bijlage 11.

3.3.4 Procedure

De vragen voor het hoofdonderzoek zijn in een webformulier geplaatst dat via het internet kan worden bekeken en ingevuld. Met behulp van een brief (zie bijlage 9) die naar alle hoofden infectieziekten van de GGD'en is gestuurd zijn de respondenten op de hoogte gebracht van het bestaan van de online vragenlijst. In de brief is aan de hoofden gevraagd om de vragenlijst in te vullen met behulp van de bijgevoegde link. Tevens is hen gevraagd hun medewerkers te informeren en te vragen om deel te nemen aan het onderzoek.

Tegelijkertijd is tijdens een bijeenkomst op 13 juni 2007 van de projectgroep infectieziekten van de GGD een mededeling gedaan over dit laatste deel van het onderzoek en zijn alle aanwezigen gevraagd hun deelname te verlenen. Ook is er in diezelfde week een bericht geplaatst op de startpagina van het GGD Kennisnet dat beschikbaar is voor alle GGD medewerkers waarin de medewerkers worden geattendeerd op het onderzoek. Hierbij wordt er wel expliciet melding van gemaakt dat het onderzoek alleen geldt voor de deskundigen MRSA. Tenslotte is er een artikel geplaatst in het GGD Nederland Ledenbericht over dit deel van het onderzoek.

De vragenlijst is na de datum van plaatsing 28 dagen online beschikbaar geweest. Dit liep van maandag 9 juli tot maandag 6 augustus 2007. Na twee weken zijn de respondenten nogmaals herinnerd aan de vragenlijst en is hen wederom gevraagd de vragenlijst in te vullen. De respondenten konden de link naar de vragenlijst aanklikken en na een korte eerste introductie over het onderzoek en een invulinstructie konden ze aan de slag. De respondenten konden per vraag een antwoordcategorie aanklikken. Het invullen van de vragen kostte een kleine tien minuten. De vragenlijst is gevalideerd via een pretest. Het panel van deskundigen dat ingezet is, was sterk betrokken bij het onderzoek naar het draaiboek MRSA in de OGZ en had veel kennis en expertise over zowel het onderwerp als het ontwikkelen van een goede vragenlijst. Het panel bestond uit een bioloog, een promovenda en een arts infectieziekten. Alle drie hadden ze ruime ervaring met MRSA en kenden ze het draaiboek. Via een procedure waarbij de experts enkele malen de vragenlijst onder ogen kregen en becommentarieerden is gezocht naar consensus. Vervolgens is met een pretest onder vijf respondenten met veel kennis en ervaring over MRSA, onderzocht in hoeverre het ontwikkelde instrument daadwerkelijk meet wat de onderzoeker wilde. De respondenten van de pretest waren twee verpleegkundigen, een hygiënist en twee artsen infectieziekten van diverse GGD'en. Volgens Krishnan & Chakravarti (1999) moet de nadruk van een pretestonderzoek liggen bij het voorkomen van onduidelijkheden en fouten en moet er worden gekeken naar de begrijpelijkheid van het instrument.

Tijdens deze onderzoeksfase is naar de volgende validiteits- en betrouwbaarheidsvormen gekeken:

1. face validiteit: deze validiteitsvorm wordt gezien als de logische validiteit, een validiteit die vanzelfsprekend is en weinig uitleg behoeft. Het gaat om de eerste indruk die men ergens over heeft en de mate waarin het aannemelijk is dat de items het bedoelde begrip meten (Dooley, 2001). De facevaliditeit is gerelateerd aan de inhoudsvaliditeit, alleen verwijst de facevaliditeit naar het uitgangspunt waarin het met een grote mate van zekerheid aannemelijk is dat het meetinstrument valide is en meet wat het hoort te meten. De facevaliditeit kan worden gemeten door gesprekken over de vragenlijst, een interview e.d. tijdens een pretest.

Voor het analyseren van de resultaten van de vragenlijst, nadat deze is ingezet in de praktijk, is gekeken naar twee validiteitsvormen. Deze waren:

1. Inhoudsvaliditeit van de vragenlijst: De mate waarin de vragen samen een construct vormen en meten wat de onderzoeker wilde weten. Hiervoor is van de vragen een alpha berekend.
 2. Interne validiteit: De interne validiteit toont de impact van de geobserveerde reacties op de uitkomsten. Hierdoor kon worden aangetoond of de reactie werd veroorzaakt door de verwachte oorzaak of door iets heel anders. Dit kon worden gemeten met behulp van de
-

correlatie en de regressie (Dooley, 2001). Hoe hoger de correlatie, hoe zekerder het was dat de gegeven antwoorden inderdaad een reactie waren op de vragen en niet op een 'verstorende' factor.

In de bijlage is een deel van de tabel zoals is samengesteld over de diverse validiteits- en betrouwbaarheidsvormen opgenomen waarin de diverse begrippen met hun bijbehorende analysemethode samengevat worden weergegeven.

3.3.5 Resultaten van de pretest

Aan de pretest hebben twee artsen, twee verpleegkundigen en een hygiënist deelgenomen. Eén van de verpleegkundigen en de hygiënist hebben ook deelgenomen aan de focusgroepsdiscussies. Door de diversiteit in de respondenten van de pretest kon de onderzoeker er zeker van zijn dat de vragenlijst goed aansloot bij de (belevingswereld van de) doelgroep.

Uit de pretest kwam naar voren dat er geen verwoordingen in de vragenlijst stonden die verwarrend waren voor de respondenten. Daarnaast kwam naar voren:

- De verwoordingen van de items 3 en 5 zijn niet zo duidelijk (deze- en de hierna volgende genoemde items zijn te vinden in de vragenlijst die is opgenomen in de bijlage). Daarbij waren de items tweeledig. Beide items zijn aangepast na dit commentaar;
 - Vanaf item 15 werd regelmatig genoemd 'bij onze GGD'. Hiermee werd eigenlijk verwezen naar het team Infectieziektenbestrijding van de GGD. Nadat de onderzoeker hierop was gewezen is dit aangepast in de vragenlijst door de respondent hier aan het begin van deze items op te wijzen;
 - De mogelijkheid tot opmerkingen daagde via deze bewoording niet uit om daadwerkelijk een opmerking te plaatsen tijdens het invullen van de vragenlijst. De respondenten van de pretest adviseerden dan ook dit te vervangen door 'mogelijkheid tot opmerkingen over ...' waarbij specifiek naar het hoofdconstruct van de items werd verwezen (implementatie, gebruikersgericht, inhoudsgericht en taakverdeling);
 - De items die met juist/onjuist konden worden beantwoord waren 'favoriet'. De onderzoeker werd geadviseerd om meer items van deze antwoordmogelijkheid te voorzien, omdat dit prettiger was voor de respondent om in te vullen en het gaf de onderzoeker een duidelijker onderscheid. De respondent werd hierdoor verplicht om specifiek voor één van beide mogelijkheden te kiezen. De opmerking is opgenomen in de vragenlijst en er zijn meer items voorzien van deze antwoordmogelijkheid;
 - De items 51, 52 en 53 hadden veel overlap met elkaar. Eén van de respondenten gaf daarom aan om twee van deze items te verwijderen. Dit is niet opgenomen in de vragenlijst. Hiervoor is gekozen, omdat de items inderdaad wel overlap hebben, maar net naar een ander aspect vragen. Voor het onderzoek was het van belang dat dit onderscheid wel geanalyseerd zou worden;
 - Er werd geadviseerd om in de demografische gegevens een extra vraag op te nemen met daarin het geschatte aantal gevallen waarbij de respondent betrokken was geweest. Dit is namelijk van invloed op de kennis en de ervaring van de respondent met MRSA. De vraag is opgenomen in de demografische gegevens;
 - Tenslotte waren alle respondenten het erover eens dat de items samen bijdroegen aan een compleet beeld van de hoofdonderwerpen en dat de items goed bij elkaar en bij het onderwerp pasten. Naast één respondent die aangaf een van de items 51 tot en met 53 te verwijderen, waren er geen andere respondenten die vonden dat er een item moest worden weggelaten. Het totale aantal items was relatief hoog, maar doordat de vragenlijst eenvoudig was in te vullen via het internet en dit maar circa 10 minuten kostte, vond men dit verder geen probleem.
-

3.3.6 Dataverwerking en analyse

Doordat de vragenlijst grotendeels uit gesloten vragen bestond was het relatief eenvoudig om de data te verwerken in SPSS versie 15. Alle variabelen zijn via frequentietabellen beschreven, waaruit ook percentages en gemiddelden berekend konden worden. Dit gaf inzicht in de tendens van de antwoorden. Vervolgens is met Chronbach's alpha de betrouwbaarheid van de items per (sub)construct berekend.

Om het onderzoeksmodel te toetsen is een afhankelijke variabele opgenomen in de vragenlijst. Dit was de gedragsintentie. Met behulp van deze variabele kon de internevaliditeit worden bepaald. Door de correlaties (Pearson) tussen de constructen te bepalen werd duidelijkheid verkregen over de onderlinge samenhang tussen de constructen. Om deze reden is er ook een regressieanalyse uitgevoerd. Doordat er een aantal items konden worden beantwoord met volgens de schaal wel mee eens en niet mee eens is voor deze items een Chi-kwadraat berekend. Hierdoor konden de betreffende items toch worden opgenomen in de resultatenanalyse.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het hoofdonderzoek besproken dat is uitgevoerd aan de hand van een online vragenlijst. Hierbij wordt als eerste in paragraaf 4.1 per construct de scores op de items weergegeven met behulp van een frequentietabel. Tenslotte wordt in paragraaf 4.2 het onderzoeksmodel getoetst waarbij is gekeken naar de onderlinge samenhang van de hoofdconstructen aan de hand van een correlatieanalyse, een regressieanalyse en een Chi-kwadraat toets.

4.1 Resultaten van de hoofdconstructen

In deze paragraaf staan per hoofdconstruct de scores op de items weergegeven. De scores worden getoond met behulp van een frequentietabel. Hierin staan de antwoordschalen weergegeven met de bijbehorende score. Ook is per item het gemiddelde (M) weergegeven en de standaarddeviatie (SD).

4.1.1 Individuegebonden factoren

Tabel 19 geeft een overzicht van de items die samen het construct individu- en organisatiestructuurgebonden factoren vormen. In de tabel staan de antwoordcategorieën zeer mee oneens tot zeer mee eens. Ook is het gemiddelde te zien en is de standaarddeviatie opgenomen.

Tabel 19: Beoordeling voor individugebonden factoren volgens de verdeling zeer mee oneens tot zeer mee eens (N= 57)

Individuegebonden factoren	(Zeer) mee oneens (1)	Mee oneens (2)	Eens noch oneens (3)	Mee Eens (4)	(Zeer) mee eens (5)	M	SD
<i>Individuegebonden: attitude naleven</i>							
1. Ik vind het belangrijk dat er binnen mijn GGD een goed beleid wordt ontwikkeld voor de preventie van MRSA in de openbare gezondheidszorg.	1	0	2	31	23	4,32	0.71
2. Ik vind het belangrijk om de regels uit het draaiboek na te leven, zodat de kans op MRSA in de openbare gezondheidszorg vermindert.	1	1	4	34	17	4,14	0.77
3. Ik heb na het uitkomen van het MRSA draaiboek mijn werkwijze omtrent MRSA aangepast aan de richtlijnen in het draaiboek.	2	2	20	29	4	3,54	0.83
<i>Individuegebonden: motivatie</i>							
6. Ik gebruik liever mijn 'boerenverstand' dan dat ik het MRSA draaiboek gebruik.	11	30	8	7	1	2,25	0.97
7. Ik gebruik het draaiboek niet, want het werken volgens de richtlijnen kost mij teveel tijd.	16	30	7	4	0	1,98	0.83

Tabel 19 toont dat de attitude tot het naleven van de richtlijnen uit het draaiboek MRSA hoog is. De respondenten vinden het belangrijk dat er beleid is en wordt ontwikkeld rond MRSA (94%) en zijn bereid om de regels uit het draaiboek na te leven en indien nodig hun werkwijze te veranderen (58%). Van de respondenten gebruikt 72% liever het draaiboek dan hun 'boerenverstand'. Daarnaast blijkt dat 81% wel werkt volgens de richtlijnen in het draaiboek, ondanks de hoeveelheid tijd die het kost.

Wat GGD'en hebben gedaan om het draaiboek MRSA in te bedden in hun eigen lokale praktijk blijkt uit het volgende citaat van een arts infectieziekten. Het citaat gaat ook in op de resultaten die in het tweede deel van deze tabel staan.

"we hebben binnen de afdeling infectieziektenbestrijding een presentatie gegeven over MRSA, naar aanleiding van het nieuwe protocol. De bacteriële achtergrond blijkt bij velen erg abstract.

Microbiologische scholing zou zinnig zijn, evenals scholing gericht op uitvoerende taken en interpretatie richtlijn" (Arts infectieziekten).

4.1.2 Organisatiestructuurgebonden factoren

De volgende tabel toont hoe de respondenten tegenover de organisatiestructuur van de GGD'en staan.

Tabel 20: Beoordeling voor organisatiestructuurgebonden factoren volgens de verdeling zeer mee oneens tot zeer mee eens (N= 57)

Organisatiestructuurgebonden factoren	(Zeer) mee oneens (1)	Mee oneens (2)	Eens noch oneens (3)	Mee Eens (4)	(Zeer) mee eens (5)	M	SD
<i>Organisatiestructuur: innovatiegerichtheid</i>							
8. Naar aanleiding van het draaiboek MRSA in de OGZ hebben we een eigen beleid ontwikkeld binnen onze GGD om aan de kwaliteitseisen te voldoen.	3	21	16	7	10	3,00	1.20
10. We hebben het draaiboek MRSA aangepast aan de lokale praktijk om aan de kwaliteitseisen te voldoen.	3	24	11	9	10	2.98	1.23
<i>Organisatiestructuur: kwaliteitsmanagement</i>							
13. De LCI moet vaker meer recente cases/voorbeelden over MRSA gevallen aan het draaiboek toevoegen.	3	9	13	24	7	3.42	1.07
14. De LCI moet het MRSA draaiboek vaker updaten.	1	8	22	18	8	3.42	0.96
<i>Organisatiestructuur: complexiteit</i>							
15. De communicatie over MRSA verloopt goed binnen onze GGD.	1	5	11	32	8	3.72	0.88
16. Bij onze GGD verloopt alle communicatie over MRSA via één lijn (bijvoorbeeld de hygiënist).	4	23	6	20	4	2.95	1.17
17. Binnen onze GGD weet iedereen wat zijn taak is met betrekking tot MRSA.	2	20	14	20	1	2.96	0.96
<i>Organisatiestructuur: economie</i>							
18. Er is binnen onze GGD voldoende financiële ruimte om ons bezig te houden met de richtlijnen in het draaiboek.	4	18	14	21	0	2.91	0.99
19. Ik kon op kosten van onze GGD een bijscholingscursus volgen over MRSA.	6	20	17	12	2	2.72	1.03
20. Binnen onze GGD hebben we problemen rond de financiën van MRSA gevallen.	2	21	19	11	4	2.89	0.99

De respondenten geven aan de huidige manier waarop de bekendmaking van het draaiboek verloopt, niet goed te vinden. Een groot deel, namelijk 56% van de respondenten, vindt het prettig als er vaker recente voorbeelden en cases aan het draaiboek worden toegevoegd. De complexiteit van de organisatiestructuur verwoordt de mogelijkheid tot onderlinge interactie. In 71 % van de gevallen verloopt de communicatie redelijk goed binnen de GGD. Er is bij de vragen over het construct economie enige verdeeldheid onder de respondenten. De scores op de vragen liggen dicht bij elkaar. Als eerste geeft ongeveer een derde van de respondenten (39%) aan dat er niet voldoende financiële ruimte is om zich bezig te houden met de richtlijnen in het draaiboek, terwijl 37% vindt dat er juist wel voldoende ruimte is.

4.1.3 Gebruikersgericht

In de volgende tabel zijn de antwoorden weergegeven op de vragen over de mate waarin het draaiboek MRSA gebruikersgericht is. De schaal waarop de respondenten konden antwoorden bestond uit de mogelijkheid wel/niet. Zoals is te zien, is er nog maar één factor over, na de resultaten van de focusgroepsdiscussies en de betrouwbaarheidsanalyse van de online vragenlijst, waarmee de gebruikersgerichtheid kan worden bepaald.

Tabel 21: Beoordeling over de begrijpelijkheid volgens de verdeling wel/niet (N=57)

Gebruik	Wel (1)	Niet (2)	M	SD
Gebruik: begrijpelijkheid				
21. Ik vind de inhoud van het draaiboek erg ingewikkeld.	35	22	1,39	0.49
22. Ik vind de informatie in het draaiboek eenduidig.	32	25	1,56	0.50
23. Ik vind dat het taalgebruik in het draaiboek goed te begrijpen is.	10	47	1,18	0.38

De scores tonen aan dat de meeste respondenten (61%) de inhoud van het draaiboek ingewikkeld vinden. Wel vindt iets meer dan de helft (56%) dat de eenduidigheid van de informatie redelijk goed is. Het taalgebruik van het draaiboek is niet altijd even goed te begrijpen (82%).

4.1.4 Inhoudsgericht

In tabel 22 staan de vragen weergegeven die zijn gesteld om de inhoudsgerichtheid te analyseren. De respondenten konden de vragen indelen volgens de categorie zeer mee oneens tot zeer mee eens.

Tabel 22: Beoordeling voor de inhoudsgerichtheid volgens de verdeling zeer mee oneens tot zeer mee eens (N= 57)

Inhoudsgericht	(Zeer) mee oneens (1)	Mee oneens (2)	Eens noch oneens (3)	Mee eens (4)	(Zeer) mee eens (5)	M	SD
Informatievoorziening: het draaiboek sluit aan bij de gebruiker							
24 ... het draaiboek onvoldoende aansluit op mijn dagelijkse praktijksituaties	18	0	9	25	5	3,30	1.02
25 ... de manier waarop de informatie in het draaiboek wordt gebracht niet aansluit bij mijn belevingswereld.	0	28	14	9	6	2,88	1.04
26 ... het draaiboek niet aansluit op mijn behoefte aan informatie om mijn werk goed te kunnen uitvoeren.	1	21	13	15	7	3,11	1.20

Uit deze tabel wordt duidelijk dat het draaiboek bij 52% van de waarnemingen onvoldoende aansluit op de dagelijkse praktijksituaties. Dit sluit aan bij de resultaten van de focusgroepsdiscussies. Problemen die de MRSA deskundigen tegenkomen in hun lokale praktijk van de GGD, kunnen vaak niet worden beantwoord aan de hand van informatie uit het draaiboek MRSA. Anderzijds sluit het aan op de belevingswereld van de respondenten (49%). Ook bij vraag 24 is een deel (39%) van mening dat het draaiboek wel goed aansluit bij de behoefte aan informatie, terwijl een even zo groot deel (39%) dit juist niet vindt. De gemiddelde scores op de vragen liggen dicht bij de categorie eens noch oneens. Als reactie op de items waarmee de informatievoorziening is gemeten, zei een verpleegkundige het volgende:

“Het draaiboek is te gebruiken als naslagwerk voor verpleegkundigen, maar de probleemgevallen, interpretatie diagnostiek etc. vallen buiten het bestek van de richtlijn. Het moet praktischere informatie geven” (Verpleegkundige infectieziekten).

In de volgende tabel wordt de beoordeling weergegeven voor de informatiebehoefte, wat een onderdeel vormde van de inhoudsgerichtheid van het draaiboek.

Tabel 23: Beoordeling voor de informatiebehoefte volgens de verdeling wel/niet (N= 57)

Informatiebehoefte	Wel (1)	Niet (2)	M	SD
Informatiebehoefte: toepassing in de praktijk				
27. Ik weet op basis van het draaiboek welk advies ik patiënten en derden moet geven over MRSA	35	22	1,39	0.49
28. Ik weet op basis van het draaiboek precies welke taken ik als GGD medewerker moet uitvoeren.	25	32	1,56	0.50
29. Ik hoef na het lezen van het draaiboek geen andere bronnen in te schakelen om te weten hoe ik moet	9	48	1,84	0.37

handelen in de praktijk.

Informatiebehoefte	Wel (1)	Niet (2)	M	SD
30. Ik weet op basis van het draaiboek welke procedures gevolgd moeten worden bij de MRSA gevallen waar ik mee te maken heb.	32	25	1,44	0.50
31. Het draaiboek geeft mij voldoende informatie zodat ik weet hoe ik moet handelen in de praktijk. Informatiebehoefte: populatiestatistieken	26	31	1,54	0.50
32. Ik vind het goed om gebruik te maken van producten over MRSA die zijn ontwikkeld door collega- GGD'en.	52	5	1,09	0.29
33. Ik vind het goed als GGD'en meer gaan samenwerken op het gebied van MRSA. Informatiebehoefte: medische kennis	51	6	1,11	0.31
34. Ik vind dat het draaiboek niet duidelijk aangeeft wat het verschil is tussen CA-MRSA en HA-MRSA.	33	24	1,42	0.48
35. Ik vind dat er meer informatie over CA-MRSA en HA-MRSA in het draaiboek moet komen.	38	19	1,33	0.48

Van de respondenten geeft 61% aan op basis van het draaiboek te weten welk advies ze patiënten en derden moeten geven over MRSA. Minder duidelijk is het bepalen van de taken die een GGD medewerker heeft rond MRSA (56%). Om dit te kunnen bepalen moet in 84% van de gevallen een andere bron worden ingeschakeld. De procedures die bij een geval van MRSA gevolgd moeten worden zijn op basis van het draaiboek in 56% van de keren duidelijk. Het draaiboek geeft niet altijd voldoende informatie aan de respondent over hoe te handelen in de praktijk. Een GGD arts verwoordde dit als volgt:

"Als arts krijg je de lastige gevallen en vragen op je bord die zelden duidelijk omschreven staan in het draaiboek. Weliswaar is het moeilijk om alle problemen in het protocol te vangen, maar meer informatie is prettig" (Arts infectieziekten).

Men vindt het goed om gebruik te maken van producten over MRSA die door collega GGD'en zijn ontwikkeld. Hierbij hoort ook meer samenwerking. Wat betreft medische kennis geeft 58% van de respondenten aan dat het draaiboek niet duidelijk aangeeft wat het verschil is tussen CA-MRSA en HA-MRSA. Hierover moet meer informatie worden opgenomen. De respondenten zijn verdeeld over de vraag in hoeverre ze worden meegetrokken in het 'search and destroy' beleid van de ziekenhuizen en microbiologen. Wel is men het eens over de rol van de GGD met betrekking tot MRSA. Deze moet volgens 72% beperkt blijven tot advies en voorlichting en niet de uitvoering van het beleid. Tenslotte is 79% van de respondenten het niet eens met de stelling dat microbiologen zich te sterk bemoeien met wat de GGD doet bij een MRSA-geval. Een interessante stelling omtrent de onderlinge samenwerking luidt:

"Ik vind het goed om gebruik te maken van producten van andere GGD'en mits deze zijn goedgekeurd door GGD Nederland" (Arts infectieziekten).

4.1.5 Taakverdeling

In de volgende tabellen zijn de antwoorden op de vragen over taakverdeling weergegeven. In de eerste tabel zijn de antwoordcategorieën ingedeeld in wel/niet. In onderstaande tabel zijn de antwoorden op de vragen over de taak van de GGD ten opzichte van de public health en de onderlinge communicatie weergegeven.

Tabel 24: Beoordeling voor de taakverdeling volgens de verdeling wel/niet (N= 57)

Taakverdeling	Wel (1)	Niet (2)	M	SD
Taak van de GGD t.o.v. de public health				
36. Ik vind dat we teveel worden meegetrokken in het search and destroy beleid van de ziekenhuizen en microbiologen, waardoor wij ons als GGD niet voldoende kunnen richten op onze taak in de public health.	24	33	1,58	0.50
37. Ik vind dat de rol van de GGD met betrekking tot MRSA beperkt moet blijven tot advies en voorlichting en niet de uitvoering van het beleid.	41	16	1,28	0.45

Taakverdeling	Wel (1)	Niet (2)	M	SD
38. Ik vind dat microbiologen zich te sterk bemoeien met wat de GGD doet bij een MRSA geval. Onderlinge communicatie	12	45	1,79	0.41
39. Ik vind dat er meer uniformiteit moet komen in de communicatie met arbo- en (verpleeg)huisartsen over MRSA patiënten.	54	3	1,05	0.23
40. Ik vind dat andere zorginstellingen de GGD meer moeten betrekken bij de overdracht van HA-MRSA patiënten aan de openbare gezondheidszorg via een formeel overdrachtmoment.	30	27	1,47	0.50
41. Ik vind dat er meer uniformiteit moet komen in de omgang met MRSA tussen de verschillende zorginstellingen die betrokken zijn bij een MRSA patiënt.	55	2	1,04	0.19
42. Ik vind het prettig als er één vast punt komt waar ik met al mijn vragen over MRSA terecht zou kunnen (bijvoorbeeld zoals de priklijn).	41	16	1,28	0.45

Uit de analyse is gebleken dat 95% vindt dat er meer uniformiteit moet komen in de communicatie met arbo- en (verpleeg)huisartsen over MRSA-patiënten. Ook vindt een deel van de respondenten, namelijk 53%, dat andere zorginstellingen de GGD meer moeten betrekken bij de overdracht van HA-MRSA patiënten aan de OGZ via een formeel overdrachtmoment. Tegelijkertijd moet er meer uniformiteit komen in de omgang met MRSA tussen de verschillende zorginstellingen. Tenslotte vindt (72%) het prettig als er één vast punt komt waar ze met al hun vragen over MRSA terecht kunnen. Tabel 25 toont de resultaten voor de taak van de GGD ten opzichte van andere zorginstellingen.

Tabel 25: Beoordeling van de taak van de GGD ten opzichte van andere zorginstellingen volgens de verdeling zeer mee oneens tot zeer mee eens (N= 57)

Taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen	(Zeer) mee oneens (1)	Mee oneens (2)	Eens noch oneens (3)	Mee eens (4)	(Zeer) mee Eens (5)	M	SD
43. Ik vind dat MRSA een ziekenhuisprobleem is waardoor de GGD er dus niets mee te maken heeft.	11	28	11	7	0	2,25	0.91
44. Ik vind dat de GGD een adviserende en voorlichtende rol heeft ten opzichte van MRSA in de OGZ. De uitvoerende rol is voor het ziekenhuis/ andere zorginstellingen.	2	7	5	35	8	3,70	0.98
45. Ik vind dat de GGD een regisserende functie moet hebben in de MRSA problematiek, terwijl de ziekenhuishygiënist en microbiologen zich moeten richten op de inhoud.	4	14	13	22	6	3,25	1.12
46. Ik vind dat er een duidelijk onderscheid moet zijn tussen de taken die andere zorginstellingen hebben als het gaat om MRSA en de taken die de GGD heeft.	1	3	5	37	11	3,95	0.81

MRSA is niet alleen een ziekenhuisprobleem volgens 68% van de respondenten. De GGD heeft er wel degelijk iets mee te maken. Dit kan volgens 75% worden vormgegeven in een adviserende en voorlichtende rol ten opzichte van MRSA. Volgens 49% van de respondenten heeft de GGD een regisserende functie in de MRSA problematiek, waarbij ziekenhuishygiënist en microbiologen zich moeten richten op de inhoud. Tenslotte is 84% het eens met de stelling dat er een duidelijk onderscheid moet zijn tussen de taken die andere zorginstellingen hebben als het gaat om MRSA en de taken die de GGD heeft.

4.1.6 Gedragsintentie

Tenslotte is in tabel 26 de afhankelijke variabele, de gedragsintentie weergegeven. De tabel laat zien in hoeverre de respondenten het eens of oneens zijn met de vraag of zij actief gebruik maken van het draaiboek in geval van een besmette patiënt.

Tabel 26: Beoordeling van de gedragsintentie volgens de verdeling zeer mee oneens tot zeer mee eens

Gedragsintentie	(Zeer) mee oneens (1)	Mee Oneens (2)	Eens noch oneens (3)	Mee Eens (4)	(Zeer) mee Eens (5)	M	SD
47. Wanneer ik met een MRSA patiënt te maken heb, maak ik actief gebruik van het LCI draaiboek MRSA in de OGZ.	0	5	5	35	12	3,95	0.81

De tabel toont dat 82% van de respondenten actief gebruik maakt van het MRSA draaiboek wanneer ze met een MRSA patiënt te maken hebben.

4.2 Relaties tussen de subconstructen

Om de relaties in het onderzoeksmodel te testen is als eerste met behulp van een correlatieanalyse het verband tussen de variabelen onderzocht. Hierdoor kon worden bepaald welke constructen met elkaar samenhangen. Tabel 27 toont de uitkomsten van de correlatieanalyse. De dikgedrukte getallen geven de correlaties weer. Voor het bepalen van de correlatie is in dit onderzoek alleen gekeken naar de 'bivariate' correlatie. Deze vorm geeft namelijk alleen de samenhang tussen de afhankelijke en onafhankelijke variabelen weer, wat voor dit onderzoek van belang is. De inter-item correlatie geeft daarentegen ook de correlatie weer tussen de onafhankelijke variabelen, maar daar wordt in dit onderzoek nauwelijks aandacht aan gegeven.

Tabel 27: Correlatiematrix van de relaties tussen de subconstructen voor het verklaren van de relaties

	2	3	4	5	6	7	8	9	
1 Indatna	-	-,025	,452	,513	,360	-,108	-,018	,203	,282
2 Indm		-	,282	,322	,141	,509	,372	,115	-,018
3 Orginn			-	,464	,407	,411	,379	,384	,155
4 Orgkwal				-	,232	,263	,304	,179	,110
5 Orgcompl					-	-,115	-,107	,258	,311
6 Infsluitaan						-	,778	,260	,007
7 Gebrbegr							-	,234	-,033
8 TaakGGDaz								-	,321
9 Gedr									-

Note: Significant op het $p < .05$ niveau, de significante relaties worden getoond in 'bold'. Indatna= Individgebonden naleven, Indm= Individgebonden motivatie, Orginn= Organisatie innovatiegerichtheid, Orgkwal= Organisatiestructuur kwaliteit, Orgcompl= Organisatiestructuur complexiteit, Infsluitaan= Informatievoorziening sluit aan bij de gebruiker, Gebrbegr= Gebruik begrijpelijkheid, TaakGGDaz= Taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen, Gedr= Gedragsintentie.

Het belangrijkste construct in het onderzoeksmodel is de gedragsintentie. Deze te verklaren variabele correleert met het construct 'individgebonden: attitude naleven', 'organisatiestructuur: complexiteit' en 'taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen'. Op basis van de samenhang lijkt het dat er actief gebruik wordt gemaakt van het draaiboek MRSA. Zo is er samenhang tussen de attitude van de gebruiker ten opzichte van het gebruiken en naleven van de richtlijnen in het draaiboek, de complexiteit van de organisatiestructuur (de onderlinge communicatie) en de duidelijkheid van de taak van de GGD ten opzichte van de andere zorginstellingen waar ze mee te maken hebben. Ook is er een samenhang tussen de beide individgebonden constructen en de constructen van de organisatiestructuur. Dit toont aan dat het de individuele motivatie en attitude van invloed kunnen zijn op activiteiten in de organisatiestructuur en vice versa. Daarnaast is er een samenhang tussen de 'individgebonden motivatie' en de mate waarin het draaiboek aansluit bij de behoeften en wensen van de gebruiker. De motivatie is van invloed op de mening of het draaiboek aansluit, en de mate van aansluiten van het draaiboek is van invloed op de motivatie van het individu om het te gebruiken. Tenslotte is er een sterke correlatie tussen de 'informatievoorziening: sluit aan bij de gebruiker' en het 'gebruik: begrijpelijkheid'. Dit laat zien dat de mate waarin het draaiboek aansluit bij de gebruiker wordt beïnvloed door de mate van begrijpelijkheid en andersom.

Naast een correlatieanalyse is ook een regressieanalyse uitgevoerd. Er is in dit onderzoek gebruik gemaakt van de enkelvoudige lineaire regressie, omdat er sprake is van één afhankelijke variabele ten opzichte van meerdere onafhankelijke variabelen. De constructen zijn als onafhankelijke en verklarende variabele genomen, waarbij de gedragsintentie de te verklaren variabele was. De resultaten van de analyse staan in de volgende tabel. Deze analyse is uitgevoerd om te analyseren of er een samenhang is tussen de afhankelijke te verklaren variabele en de onafhankelijke variabelen (de voorspellers).

Tabel 28: Regressieanalyse voor de subconstructen

Construct	β	SE	SD
Indatna	0.340	0.238	,110
Indm	-,077	0.158	,628
Orginn	-,111	0.133	,408
Orgkwal	-,040	0.161	,803
Orgcompl	0.261	0.165	,019
Infsluitaan	,183	0.217	,403
Gebrbegr	-,259	0.461	,577
TaakGGDaz	0.309	0.172	,079

Note: Significant op het $p < .05$ niveau, de significante relaties worden getoond in 'bold'. De afhankelijke variabele is de gedragsintentie. Indatna= Individuegebonden naleven, Indm= Individuegebonden motivatie, Orginn= Organisatie innovatiegerichtheid, Orgkwal=Organisatiestructuur kwaliteit, Orgcompl= Organisatiestructuur complexiteit, Infsluitaan= Informatievoorziening sluit aan bij de gebruiker, Gebrbegr= Gebruik begrijpelijkheid, TaakGGDaz= Taak van de GGD t.o.v. andere zorginstellingen.

De tabel toont dat er bij de verklarende constructen geen sprake is van een significante lineaire regressie. De regressiecoëfficiënten vallen allemaal buiten het significantieniveau van $p < .05$. Er is geen invloed van de constructen op de gedragsintentie. Daarnaast is er een aantal negatieve getallen te zien in de tabel. Dit wijst erop dat er zelfs een afname is tussen het betreffende construct en de gedragsintentie. Waar de verklarende variabele negatiever wordt, leidt dit ook tot een afname in de te verklaren variabele. De enige factor die een voldoende hoge significantie heeft is de organisatiecomplexiteit. Er is in dit geval een relatie tussen de complexiteit en de gedragsintentie. De verklaarde variantie is met 21% laag. De afhankelijke variabele (gedragsintentie) kan dus niet met veel zekerheid voorspeld worden uit de gegevens.

Doordat er in de online vragenlijst gebruik is gemaakt van twee verschillende antwoordschalen, konden niet alle subconstructen in de correlatie- en regressieanalyse worden opgenomen. Om toch te kunnen bepalen of de subconstructen met een dichotome schaal van invloed zijn op de gedragsintentie is gebruik gemaakt van de Chi-kwadraat. Dit leidde tot de volgende tabel:

Tabel 29: Chi-kwadraat van de wel/niet constructen

construct	Chi-kwadraat χ^2	vrijheidsgraden	SD
Infbehoep	8,579	5	0,127
Infbehpop	71,158	2	0,000
Infbehmed	13,053	2	0,001
TaakGGDph	4,684	3	0,196
OC	41,509	4	0,000

Note: Significant op het $p < .05$ niveau, de significante relaties worden getoond in 'bold'. De afhankelijke variabele is de gedragsintentie. Infbehoep= Informatiebehoefte toepassing in de praktijk, Infbehpop= Informatiebehoefte populatiestatistieken, Infbehmed= Informatiebehoefte medische kennis, TaakGGDph= Taak van de GGD t.o.v. de public health, OC= Onderlinge communicatie

Wanneer wordt gekozen voor een significantieniveau van $p < .05$, blijken de constructen 'informatiebehoefte: populatiestatistieken', 'informatiebehoefte: medische kennis' en 'onderlinge communicatie' een verband te hebben met de gedragsintentie. De sterkte van de relatie kan aan de hand van de χ^2 niet worden weergegeven, er kan alleen worden gesteld dat er een relatie tussen de betreffende constructen is. De relaties tussen de constructen en de gedragsintentie geven weer dat de mate waarin GGD 'en samenwerken een invloed heeft op het gebruik van het draaiboek. Dit geldt ook voor de mate waarin het draaiboek een praktische handleiding geeft over behandelmethodes en betere onderlinge communicatie tussen de diverse zorgverleners.

5. Conclusies en aanbevelingen

Het doel van dit onderzoek was het geven van een antwoord op de vraag welke factoren van invloed zijn op het gebruik van het draaiboek MRSA in de OGZ door lokale GGD'en. Tijdens het onderzoek is geanalyseerd hoe het draaiboek tot nu toe functioneerde in de praktijk en welke behoeften er zijn ontstaan bij de gebruikers. In dit hoofdstuk zullen als eerste in paragraaf 5.1 de subvragen worden beantwoord. Vervolgens is in paragraaf 5.2 de hoofdvraag besproken. Tenslotte is afgesloten met enkele aanbevelingen in paragraaf 5.3.

5.1 Conclusie over de subvragen

Om de hoofdvraag te beantwoorden zijn drie deelvragen opgesteld. In deze paragraaf zullen ze achtereenvolgens worden beantwoord.

5.1.1 Individuegebonden factoren

De eerste deelvraag was: *'Wat hebben GGD'en verstaan onder de implementatie van het draaiboek MRSA en wat was de invloed van de individugebonden factoren hierbij?'*

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat implementatie een stapsgewijs proces is, waarbij diverse factoren een rol spelen, met als eindfase het daadwerkelijke actieve gebruik van het draaiboek. Het implementatieproces is pas geslaagd, wanneer de richtlijnen in het MRSA draaiboek actief worden gevolgd en nageleefd door de artsen, verpleegkundigen en hygiënisten van de GGD'en die in het infectieziektenteam werkzaam zijn. Deze belangrijke uitkomst uit het literatuuronderzoek wordt ondersteund door de resultaten uit het praktijkonderzoek. Hieruit blijkt namelijk dat bijna alle MRSA-deskundigen (82%) actief gebruik maken van het draaiboek wanneer zij met een MRSA-besmette patiënt te maken hebben. Daarbij heeft de helft van de GGD'en het draaiboek daadwerkelijk geïmplementeerd. Onder implementeren wordt door de GGD'en verstaan dat men zich in de MRSA-problematiek heeft verdiept. In de praktijk wordt dit vorm gegeven door het lezen van het draaiboek, het bespreken ervan in het team, het ontwikkelen van een eigen (lokaal) beleid, het maken van afspraken met andere zorginstellingen in de regio, etc.

Uit het onderzoek blijkt tevens dat er een invloed van de individugebonden factoren op het implementatieproces is. Dit proces wordt enerzijds beïnvloed door de individuele attitude (ten opzichte van het draaiboek) van de behandelende arts en het team. Anderzijds wordt het implementeren van het draaiboek beïnvloed door (een gebrek aan) motivatie, (een gebrek aan) tijd en (een gebrek aan) kennis. Hierbij vormen de tijd en kennis een barrière die van invloed is op de motivatie van het individu om de richtlijnen in het draaiboek na te leven. Het onderzoek wijst namelijk uit dat de respondenten het belangrijk dat er een beleid is omtrent MRSA, waarbij ze bereid zijn om hun werkwijze aan te passen en zich te verdiepen in de MRSA-problematiek.

5.1.2 Organisatiestructuregebonden factoren

Deelvraag 2 bestond uit twee onderdelen. Vraag 2a was: *'Wat was de invloed van de organisatiestructuur bij de uitwerking van de implementatie in de praktijk?'*

De organisatiestructuur wordt gevormd door de innovatiegerichtheid van de GGD'en, de mogelijkheid tot onderlinge communicatie binnen het infectieziektenteam, het kwaliteitsmanagement en de economische situatie van de GGD. Het onderzoek wijst uit dat de meerderheid tevreden is over de mogelijkheid tot onderlinge communicatie. En ondanks deze tevredenheid over de onderlinge communicatie, is de innovatiegerichtheid van de GGD'en gemiddeld. In de praktijk betekent dit een relatief lage motivatie om implementatieactiviteiten uit te voeren. Een oorzaak hiervan kan gevonden worden in de mate van (organisatiebrede) ondersteuning door het lijnmanagement van de GGD'en. De respondenten gaven aan dat ze het

prettig vinden als ze meer door 'hun' management worden ondersteund en gestimuleerd om met het draaiboek te werken en zich hierin te verdiepen. Dit vraagt om meer tijd en ruimte, maar ook de mogelijkheid tot bijscholing.

Wat betreft het kwaliteitsmanagement blijkt uit de resultaten het volgende: In het beleid van de LCI voor het ontwikkelen en bekendmaken van protocollen en draaiboeken is geen standaard implementatieproces opgenomen en ook binnen de GGD'en zijn hier weinig afspraken over gemaakt. In de praktijk blijkt dit tot knelpunten te leiden. In het onderzoek is aangegeven dat de LCI de GGD zou kunnen steunen bij de implementatie van draaiboeken door meer sturing en coördinatie hierin te bieden. In de praktijk betekent dit dat zij met een plan of beleid komen volgens welke de GGD'en met het draaiboek om moeten gaan. In het onderzoek is ook aandacht besteed aan het huidige beleid dat wordt gehanteerd voor de bekendmaking van een nieuw protocol of draaiboek. De respondenten (50%) gaven aan dat hier meer aandacht aan mag worden besteed.

Vraag 2b luidt: *Hoe gaan GGD'en om met de taakverdeling rond MRSA, en hoe wordt het draaiboek hierbij gebruikt?*

Het draaiboek MRSA in de OGZ is geschreven voor de artsen infectieziekten van de GGD'en. In de praktijk blijkt het draaiboek echter multidisciplinair te worden gebruikt door zowel artsen als verpleegkundigen en hygiënisten. Dit maakt dat het door een veel bredere groep mensen wordt gebruikt dan waarvoor het geschreven is. Daarnaast waren de artsen infectieziekten van de GGD'en volgens de LCI verantwoordelijk voor het implementeren van het draaiboek. Een gevolg van het multidisciplinaire gebruik van het draaiboek is dat het team infectieziekten veel meer en andere taken moet verrichten dan waarvoor zij eigenlijk verantwoordelijk zijn. Taken die zij dus volgens het draaiboek niet hoeven te doen. Als gevolg hiervan werd na het eerste inventariserende vooronderzoek duidelijk dat het aspect taakverdeling meegenomen moest worden in het vervolgonderzoek. Pas tijdens de focusgroepen en het hoofdonderzoek werd volledig duidelijk dat de taakverdeling een groot knelpunt vormt voor de GGD'en.

Door het grote aantal extra te verrichten taken is het voor de meeste respondenten onduidelijk wat precies hun taak is binnen de organisatie, met als gevolg dat het ook onduidelijk is wat de rol van de GGD met betrekking tot MRSA is in het grote geheel van betrokken zorginstellingen. Momenteel is er namelijk een groot aantal verschillende zorgverleners betrokken bij MRSA-besmette patiënten. Al deze zorgverleners hebben hun eigen draaiboek of protocol omtrent MRSA, met een eigen beleid en eigen afspraken. Daarbij zijn deze draaiboeken en protocollen multi-interpretabel. Door de verschillen in het te voeren beleid ondersteunen de draaiboek elkaar niet in alle onderwerpen. Voor een soepeler verloop van de onderlinge communicatie en de uitwisseling van patiënten is het raadzaam als er een landelijk uniform MRSA-beleid wordt opgesteld. Hierin moet een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden per zorginstelling en het bijbehorende kostenplaatje worden opgenomen. Tenslotte is het voor de MRSA-deskundigen prettig als er één duidelijk punt komt waar ze MRSA-gerelateerde vragen kunnen stellen. Het beantwoorden van vragen over MRSA is een taak van de LCI, doch dit is bij veel MRSA-deskundigen van de GGD'en niet voldoende bekend.

5.1.3 Gebruikersgericht

De derde deelvraag bestond ook uit twee onderdelen. Vraag 3a luidde hierbij: *'Hoe wordt het gebruik van het draaiboek MRSA ervaren door de GGD'en en hoe kan dit bijdragen aan de verbetering van het draaiboek?'*

Uit het onderzoek komt naar voren dat het draaiboek goed aansluit bij de belevingswereld van de van de MRSA-deskundigen. Dit is in tegenstelling tot de mate waarin de huidige versie van het draaiboek aansluit op de dagelijkse praktijksituaties waar de MRSA-deskundigen mee te maken

hebben. Dit betekent dat ze het draaiboek vaker niet dan wel kunnen toepassen in de lokale praktijk waar de GGD mee te maken heeft. Daarnaast maakt de meerderheid van de GGD MRSA-deskundigen actief gebruik van het draaiboek wanneer ze met een MRSA-patiënt te maken hebben. Door het gebruik kwam een aantal gebruikersongemakken naar voren. De inhoud van het draaiboek is te ingewikkeld waarbij de informatie weinig eenduidig is. Tenslotte is het taalgebruik moeilijk. Dit heeft als gevolg dat het de motivatie tot gebruik belemmert, omdat het draaiboek lastig is toe te passen in de lokale praktijk van de GGD'en. Het draaiboek MRSA wordt verbeterd wanneer het beter aansluit op de behoeften en wensen van de gebruikers, wat betreft eenduidigheid, taalgebruik en de mate waarin de informatie daadwerkelijk aansluit op de lokale praktijk van de GGD'en en door hen kan worden toegepast.

5.1.4 Inhoudsgericht

Subvraag 3b was: *'In hoeverre komen de ervaringen met de informatievoorziening van het draaiboek MRSA overeen met de verwachtingen?'*

Het draaiboek MRSA in de OGZ bevat veel waardevolle informatie, waarbij het primair is geschreven voor artsen infectieziekten van de GGD'en. In de praktijk blijkt het draaiboek echter multidisciplinair gebruikt te worden door zowel artsen, als verpleegkundigen en hygiënisten. Het wordt door een veel bredere groep mensen gebruikt dan waarvoor het geschreven is. Dit maakt onder andere dat het hoge (wetenschappelijke) niveau waarop de informatie wordt gebracht niet volledig aansluit bij de gebruikers en de informatiebehoefte die zij hebben, waaruit het volgende kan worden opgemaakt:

1. Het beleid om het aan de infectieziektenartsen over te laten om het draaiboek te implementeren naar hun eigen lokale praktijk lijkt niet altijd te worden gevolgd.
2. In de praktijk blijkt dat de verpleegkundigen zich werk en taken toekennen - of toegeschoven krijgen - die zij niet horen te doen, waardoor zij wel moeten werken met het LCI-draaiboek MRSA in de OGZ terwijl dit niet officieel voor hen geschreven is.

De GGD-artsen, verpleegkundigen en hygiënisten maken veel gebruik van de voorbeelden en casussen die in de bijlage van het draaiboek zijn opgenomen. De respondenten gaven aan het prettig te vinden als er veel meer voorbeelden worden toegevoegd, en niet alleen in de bijlagen. Het draaiboek zou beter in mogen gaan op de dagelijkse praktijksituaties waar de MRSA-deskundigen mee te maken hebben. Hierdoor kunnen ze het beter toepassen binnen hun eigen lokale praktijk. Het draaiboek MRSA in de OGZ is nu bedoeld als naslagwerk voor de gebruikers bij de GGD'en. Daarnaast is door de respondenten aangegeven dat ze willen samenwerken met andere GGD'en omtrent het MRSA -beleid. Ze willen hun kennis en ervaringen (meer) bundelen. Ook is aangegeven dat men een uniform MRSA-beleid wil. In de huidige situatie is het de bedoeling dat iedere GGD het MRSA draaiboek omzet in een eigen lokaal beleid. Door verschillen in kennis en motivatie leidt dit bij GGD'en tot heel eigen werkafspraken en beleid. Dit bemoeilijkt onderlinge communicatie en samenwerking.

Het derde punt waarin een verschil tussen de werkelijkheid en de verwachting naar voren komt betreft het onderscheid tussen de HA-MRSA en de CA-MRSA. Door de onduidelijkheden in het beleid rond de hospital acquired (HA) MRSA en de community acquired (CA) MRSA hebben de GGD'en namelijk regelmatig te maken met HA-MRSA besmette patiënten. Deze groep behoort officieel niet in het taakgebied van de GGD te vallen, wat dus wel het geval blijkt te zijn in de praktijk. Het draaiboek geeft over deze MRSA-vorm en de bijbehorende behandeling te weinig informatie. Daarnaast kan het beleid rond deze twee MRSA-vormen worden aangescherpt.

5.2 Antwoord op de hoofdvraag

De hoofdvraag waarop door middel van de subvragen een antwoord is gezocht luidt:

'Welke factoren zijn van invloed op de mate waarin het draaiboek MRSA een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD, en hoe kan de inbedding van het draaiboek in het functioneren worden verbeterd?'

Uit het onderzoek blijkt dat er zes factoren van invloed zijn op de mate waarin het draaiboek MRSA een structurele plaats heeft gekregen in het functioneren van de GGD.

Dit zijn: De attitude tot het naleven van de richtlijnen van het individu, evenals de organisatiecomplexiteit en de taak van de GGD ten opzichte van andere zorginstellingen. Daarnaast zijn ook de informatiebehoefte wat betreft samenwerking tussen de GGD'en, de informatiebehoefte aan medische kennis en de onderlinge communicatie tussen de GGD'en en andere zorginstellingen van invloed op het actieve gebruik van het draaiboek.

De volgende bevinding is dat het LCI draaiboek MRSA in de OGZ wordt gebruikt. Daarbij heeft de helft van de GGD'en het geïmplementeerd volgens de definitie van implementatie zoals door ZON (1997) is opgesteld. De GGD'en hebben een eigen beleid ontwikkeld, brochures en ander voorlichtingsmateriaal. Het draaiboek is ingebed in het structurele beroepsmatig handelen van de betreffende GGD'en. Daarnaast is ook de attitude tot het naleven van de richtlijnen hoog.

De inbedding van het draaiboek in het functioneren van de GGD'en kan worden verbeterd, wanneer er meer organisatiebrede ondersteuning komt door het management van de GGD'en om een eigen lokaal beleid te ontwikkelen ten aanzien van het draaiboek MRSA. De invloed van het intern gevoerde beleid van de GGD'en op het gebruik van het draaiboek is hoog. Het management heeft als taak zijn medewerkers te stimuleren om met de MRSA -problematiek aan de slag te gaan. Daarnaast blijken niet alle GGD'en zich te verdiepen in de MRSA -problematiek en zich voor te bereiden op besmette patiënten, vragen en grote (CA-MRSA) uitbraken. Het is een infectieziekte die naar verwachting een steeds groter probleem zal vormen voor de (publieke) gezondheidszorg. Het is daarom belangrijk, dat de GGD'en hier beter op voorbereid zijn. Proactief is zinvoller dan reactief handelen. Om te bereiken dat de GGD'en zich meer gaan verdiepen moet er een goed beleid komen. De MRSA deskundigen hebben aangegeven bereid te zijn de eigen werkwijze aan te passen aan dit beleid.

Het draaiboek kan ook worden verbeterd wat betreft de factoren gebruikersgericht en inhoudsgericht. De informatie in het draaiboek moet meer ingaan op de dagelijkse praktijksituaties waar de GGD'en mee te maken hebben. Het betreft informatie over hoe te handelen in de praktijk. In het verlengde hiervan ontstaat er een knelpunt doordat de informatievoorziening onvoldoende aansluit bij de wensen en behoeften van de gebruiker. Doordat men in de praktijk regelmatig te maken heeft met HA-MRSA patiënten, ontstaan veel vragen over hoe hiermee om te gaan. Het draaiboek geeft er geen uitsluitsel over. Naar aanleiding van een derde focusgroepsdiscussie met microbiologen en ziekenhuishygiënisten werd duidelijk dat iedere zorginstelling een eigen MRSA beleid heeft. Dit zorgt voor de nodige onduidelijkheid, vooral omdat in geen enkel beleid een heldere taakverdeling is opgenomen. Ook binnen de GGD'en volgt iedereen een eigen beleid rond MRSA. Hierdoor is er weinig uniformiteit en is samenwerking lastig.

Wat betreft de taakverdeling hebben de respondenten aangegeven, dat de GGD een sterkere adviserende en voorlichtende rol moet hebben ten opzichte van MRSA in de OGZ. De uitvoerende rol is voor het ziekenhuis/ andere zorginstellingen. Daarnaast moet de GGD meer een regisserende functie bekleden. Om dit te realiseren moeten de GGD'en gaan samenwerken en een uniform beleid opstellen ten opzichte van MRSA.

Wat betreft de intensiteit en de duur, de bron en de uitvoerders van de implementatie kan geconcludeerd worden dat deze sterk van invloed zijn op de mate waarin de implementatie meer of

minder spoedig verloopt. Tegelijkertijd kan worden gesteld dat deze punten op een positieve manier aangepakt en beïnvloedt kunnen worden, waarvoor de informatie in deze scriptie een goede handleiding vormt. Tijdens de focusgroepsdiscussies wees een GGD-arts dezelfde kant uit. Hij gaf namelijk aan: "Wat nodig is, is een actievere opstelling van de GGD'en in deze materie en niet een "het overkomt ons" en "het is een ziekenhuisprobleem" houding. De GGD'en laten hierbij een kans liggen en moeten meer regisseren. En bij regie hoort mandaatstelling: de overheid zal duidelijk moeten aangeven wat zij in dezen van de GGD en van de andere zorginstellingen verwacht!"

5.3 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies die konden worden getrokken uit de resultaten van het onderzoek is een aantal aanbevelingen opgesteld. De aanbevelingen zijn geschreven als richtlijn voor verbetering van het draaiboek MRSA in de OGZ en voor een sterker implementatieproces. Ze zijn gericht op de GGD'en en GGD Nederland, de LCI en op het landelijke MRSA beleid. In de weergave van de aanbevelingen is een indeling gemaakt in gevolgen voor de GGD'en, gevolgen voor de LCI wat betreft punten die zij kunnen verbeteren aan het draaiboek, en tenslotte een taak voor de GGD'en en andere zorginstellingen op landelijk niveau.

1. Alle GGD'en worden geactiveerd om het draaiboek MRSA te implementeren

Er moet een actief beleid worden gevoerd om ook de overige 50% van de GGD'en te activeren het draaiboek MRSA te implementeren. Hierbij is enerzijds ondersteuning door het lijnmanagement van belang en anderzijds een positieve attitude en motivatie door de verantwoordelijke arts. Organisatiebrede ondersteuning door het lijnmanagement betekent in de praktijk dat er meer tijd en ruimte voor de MRSA-deskundigen moet komen zodat ze zich beter in de MRSA-problematiek kunnen verdiepen. Daarbij moet men bijscholingscursussen kunnen volgen en meer worden aangezet tot het daadwerkelijke gebruik van het draaiboek.

2. Het kennisniveau van de MRSA deskundigen van de GGD'en kan omhoog

Wanneer de GGD'en een belangrijkere rol willen vervullen in het MRSA probleem, moet de zekerheid over de kennis over MRSA groter worden. Een knelpunt is nu dat de GGD artsen en verpleegkundigen infectieziekten niet in alle gevallen zelfstandig en met behulp van het draaiboek MRSA besmette patiënten kunnen helpen. Daarnaast is een grotere kennis van MRSA noodzakelijk wanneer de GGD een regisserende rol wil innemen in de MRSA problematiek in de gezondheidszorg en een adviserende en voorlichtende functie wil hebben. Het is dus van belang dat de artsen en verpleegkundigen zich meer verdiepen in de MRSA (problematiek). De GGD'en kunnen hun medewerkers hier meer in ondersteunen en mogelijk zouden door de LCI of het Cib cursussen over MRSA kunnen worden aangeboden.

3. Door regionale samenwerking tussen GGD'en kan eenduidigheid en een uniform beleid worden bereikt

Naar aanleiding van de resultaten uit het hoofdonderzoek is naar voren gekomen dat GGD'en meer willen gaan samenwerken. Volgens de huidige praktijk hebben alle GGD'en een eigen beleid ontwikkeld rond MRSA met hun eigen brochures en andere voorlichtende activiteiten. Gedurende het onderzoek werd aangegeven dat het goed zou zijn als er meer samenwerking komt tussen de GGD'en rond deze problematiek. Om samenwerking te kunnen bewerkstelligen is ook een uniform beleid nodig tussen de GGD'en. Iedere GGD moet volgens een vast omlijnd plan het draaiboek implementeren en gebruiken. Dit maakt vervolgens ook de positie van de GGD'en sterker ten opzichte van andere zorginstellingen. Een mogelijke optie is een samenwerkingsverband van de GGD'en per regio. Dit maakt dat er in totaal zeven samenwerkingsverbanden ontstaan, waardoor het tegelijkertijd eenvoudiger is om met 'vertegenwoordigers' per regio samen te komen zodat ook een landelijke samenwerking ontstaat. Er ligt hier een taak voor GGD Nederland om de GGD'en met elkaar in gesprek te laten komen en om ze in regio's te verdelen.

4. De LCI kan het draaiboek beter afstemmen op de gebruikers: de GGD'en

Het draaiboek MRSA in de OGZ moet door de LCI worden geëvalueerd. Na een eerste opzet die voldeed aan de vraag begin 2005, zijn er nu dermate veel wijzigingen en nieuwe inzichten dat het draaiboek hieraan aangepast moet worden. Bij de evaluatie is het van belang dat de gebruikers (de GGD'en) worden betrokken, waarmee een betere wederzijdse afstemming ontstaat tussen de vraag van de GGD'en en het aanbod van informatie door de LCI. Daarnaast kan bij doorontwikkeling van het draaiboek tevens de toepasbaarheid voor de verpleegkundigen en hygiënisten worden vergroot. Dit kan door een verpleegkundig stappenplan. Hierin kan tevens de taakverdeling worden verhelderd zodat alle betrokken disciplines duidelijke taken en verantwoordelijkheden hebben.

5. De LCI kan ervoor kiezen het draaiboek meer in te laten gaan op de dagelijkse praktijksituaties

In plaats van het gebruik van het draaiboek als naslagwerk kan de LCI ervoor kiezen om de doelgroep te voorzien van informatie over handelwijzen. Het draaiboek zou beter in mogen gaan op de dagelijkse praktijksituaties waar de MRSA deskundigen mee te maken hebben. Dit leidt tot een betere toepassing binnen hun eigen lokale praktijk. In de praktijk betekent dit dat er meer up-to-date voorbeelden en casussen worden opgenomen in het draaiboek.

6. De LCI kan meer sturing bieden door een implementatiebeleid

De LCI zou in het toekomstige beleid kunnen opnemen om na de ontwikkeling van een (nieuw) draaiboek of protocol meer sturing te bieden. Dit betekent het ontwikkelen van een implementatiebeleid en na een bepaalde periode een evaluatie waarin wordt gekeken naar het functioneren van het betreffende document.

7. Er moet landelijk worden nagedacht over het onderscheid tussen CA- en HA-MRSA

De respondenten hebben aangegeven het prettig te vinden als er meer informatie in het draaiboek wordt opgenomen over het onderscheid tussen de community acquired MRSA en de hospital acquired MRSA. Voor een soepeler verloop van de onderlinge communicatie en de uitwisseling van MRSA-patiënten is het raadzaam als hieromtrent een landelijk uniform MRSA-beleid wordt opgesteld (inclusief afspraken met andere zorginstellingen). Hierin moet een duidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden per zorginstelling en het bijbehorende kostenplaatje worden opgenomen. Om dit te bewerkstelligen moeten de GGD'en met de LCI en de WIP in overleg.

8. Er moet één vast punt komen voor het beantwoorden van vragen

Momenteel worden de meeste vragen van MRSA deskundigen van de GGD'en beantwoord door microbiologen of ziekenhuishygiënisten. Dit blijkt er in de praktijk regelmatig toe te leiden dat de GGD'en meer werk krijgen, en andere verantwoordelijkheden opgelegd dan hun oorspronkelijke taken zijn. Hierdoor ontstaat tevens een deel van het probleem dat het draaiboek onvoldoende in de informatiebehoefte voorziet. Het is namelijk bij weinig MRSA deskundigen bekend dat deze functie al door de LCI wordt ingevuld. Door binnen de GGD'en bijvoorbeeld een MRSA deskundige aan te stellen voor het beantwoorden van vragen, kan men zich beter concentreren op de eigen taken en verantwoordelijkheden.

9. Voor een soepel verloop van een grote(re) MRSA uitbraak is een coördinerende rol van belang

De ondervraagde MRSA deskundigen hebben tijdens het onderzoek aangegeven, dat er een (regionale) coördinerende rol in het geheel moet worden opgesteld. Het betreft hier één bepaalde instantie of een vast aangestelde persoon die aangeeft wie wat op welk moment moet doen tijdens een grote(re) MRSA uitbraak. Gedacht kan hierbij worden aan een transmuraal beleid waarin alle betrokken zorginstellingen zijn opgenomen.

6. Discussie

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de onderzoeksprocedure en de onderzoeksmethode. Hierbij wordt besproken hoe het onderzoek is verlopen en wat de uitwerking was van iedere methode. Als eerste wordt hiervoor in paragraaf 6.1 wetenschappelijke en praktische meerwaarde van het onderzoek behandeld. Vervolgens gaat paragraaf 6.2 in op de bediscussiëring van de resultaten. In paragraaf 6.3 staat de bediscussiëring van de gebruikte onderzoeksinstrumenten, waarna paragraaf 6.4 doorgaat met een nieuw beleid volgens een model voor implementatie. Tenslotte worden in paragraaf 6.5 aanbevelingen voor vervolgonderzoek gegeven.

6.1 Wetenschappelijke en praktische meerwaarde

Het onderzoek naar het draaiboek MRSA in de OGZ draagt op diverse manieren bij aan de literatuur en de praktijk. In de eerste plaats wat betreft het draaiboek zelf: MRSA vormt naar verwachting een steeds grotere bedreiging voor de volksgezondheid. Hierbij wordt steeds duidelijker dat we te maken hebben met een groeiend aantal MRSA 'stammen', zoals de CA-MRSA en de veterinaire MRSA (Gezondheidsraad, 2006). Het draaiboek dat in dit onderzoek de hoofdrol speelt, gaat in op de CA-MRSA en de gevolgen hiervan voor de samenleving en de openbare gezondheidszorg. Het draaiboek is één van de hulpmiddelen die worden ingezet bij de bestrijding en preventie van MRSA. In dit onderzoek is gekeken naar hoe dit draaiboek wordt gebruikt door de GGD'en en welke behoeften en motivatie er is bij de gebruikers om het daadwerkelijk in te zetten in de praktijk. Verbetering hiervan draagt bij aan een betere service van de GGD'en aan hun werkveld: de openbare gezondheidszorg.

In de tweede plaats levert dit onderzoek een bijdrage aan het verbeteren van het draaiboek. Enige tijd geleden is op initiatief van de LCI een werkgroep samengesteld die zich buigt over het MRSA draaiboek. Hierbij gaan zij in op de juistheid van de verstrekte informatie. Het onderzoek dat in deze scriptie wordt beschreven geeft waardevolle informatie over het concrete gebruik van het draaiboek en de tevredenheid over de informatievoorziening. Het is uiteraard van belang dat de verstrekte informatie juist is, maar inzicht in de mate waarin deze informatie voorziet in de behoefte van de gebruiker is zeker zo waardevol. Daarnaast is het van belang dat het draaiboek de gebruiker ondersteunt, waarbij de basis wordt gelegd door eerst te kijken naar de manier waarop het de gebruiker kan ondersteunen. De aanbevelingen die zijn opgesteld op basis van de onderzoeksresultaten geven hier meer inzicht in. Tevens draagt dit onderzoek bij aan het werk van de werkgroep om het draaiboek MRSA in de OGZ te verbeteren.

Als derde is uit het onderzoek in de literatuur gebleken dat er veel onderzoek is gedaan naar implementatie van producten in de ICT, maar veel minder naar implementatie in de gezondheidszorg. Daarbij lag in deze onderzoeken naar implementatie in de zorg veelal de nadruk op de afzonderlijke factoren binnen een implementatie, in plaats van de invloed van een geheel aan factoren op het implementatieproces (Grol (1992); Schultz, Slevin & Pinto (1987); Peters, e.a. (2003)). Naast de raakvlakken tussen genoemde onderzoeken en het onderzoek naar het draaiboek MRSA lag hier de nadruk op de gezamenlijke invloed van de factoren op de uiteindelijke compliance van de gebruiker. Op basis van het onderzoek dat in deze scriptie wordt beschreven is meer inzicht ontstaan naar hoe het draaiboek wordt geïmplementeerd door GGD'en, en wat dit vervolgens betekent voor het gebruik ervan.

Een vierde belangrijke meerwaarde van dit onderzoek is het nieuwe onderzoeksmodel dat is ontwikkeld. In de literatuur zijn weinig modellen te vinden die specifiek ingaan op het implementatieproces. Dit wordt enerzijds veroorzaakt doordat implementatie veelal als onderdeel van een innovatieproces wordt gezien, wat maakt dat het een klein onderdeel van een model is. In dit onderzoek is specifiek gekeken naar het implementatieproces van een document, wat ertoe heeft geleid dat op basis van de theorie een nieuw onderzoeksmodel is ontwikkeld en empirisch

onderzocht. De meerwaarde van dit model is dat het een overzicht geeft van de invloed van de diverse factoren die van invloed zijn op implementatie en daarmee het gebruik. Het model toont aan dat implementatie niet per definitie een onderdeel hoeft te zijn van een groter innovatieproces.

Tenslotte levert het onderzoek een bijdrage aan de kennis over het voorkomen van verspreiding van MRSA in Nederland. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat er volgens de huidige situatie een groot scala aan richtlijnen is ontwikkeld ter preventie en verspreiding van MRSA door de diverse zorginstellingen in Nederland. Het LCI draaiboek MRSA in de OGZ is hier een onderdeel van. De resultaten tonen aan dat deze hoeveelheid aan protocollen ook leidt tot diversiteit in het MRSA-beleid. Daarnaast belemmert het de samenwerking en onderlinge communicatie. Met dit onderzoek zijn deze knelpunten geïdentificeerd en kan gericht worden gezocht naar een oplossing.

6.2 Bediscussie van de resultaten

Er is in dit onderzoek een evaluatie uitgevoerd naar het gebruik en het functioneren van het LCI draaiboek MRSA in de OGZ. Hierbij lag de nadruk op de behoeften en motivatie tot het gebruik bij de MRSA deskundigen van de GGD'en en op het implementatietraject dat het draaiboek heeft gevolgd bij de GGD'en. Dit maakt dat op basis van de aanbevelingen nogmaals een evaluatieonderzoek moet worden uitgevoerd, alleen dan gericht op de feitelijke tekst en op wat in de tekst wel en niet gebruikt kan worden.

In het onderzoek naar het implementatieproces van het draaiboek MRSA was de respons voor alle drie de onderdelen van het onderzoek relatief hoog. Dit kan onder andere worden verklaard doordat het onderwerp redelijk controversieel was, waardoor het de nodige aandacht en belangstelling kreeg. De hoge respons leidt ertoe dat er duidelijke uitspraken kunnen worden gedaan. De resultaten kunnen gegeneraliseerd worden naar de gehele populatie: alle 33 GGD'en in Nederland met hun artsen, verpleegkundigen en hygiënisten die werkzaam zijn voor de afdeling infectieziekten. De behoeften en motivatie tot het gebruik van het draaiboek en de implementatieactiviteiten die zijn uitgevoerd, kunnen worden gegeneraliseerd naar alle GGD'en.

Daarnaast kan er voorzichtig van worden uitgegaan dat het implementatieproces van dit draaiboek niet significant verschilt met de implementatie van andere soortgelijke protocollen en draaiboeken bij de GGD'en. Knelpunten die uit de resultaten van dit onderzoek naar voren kwamen, zoals de aansluiting van de LCI draaiboeken en protocollen bij de gebruikers binnen de GGD'en en implementatieactiviteiten die worden uitgevoerd door de GGD'en om zich de informatie eigen te maken, lijken bij andere draaiboeken ook voor te komen. Dit wordt gesteld naar aanleiding van reacties van andere projectleiders en beleidsmedewerkers van GGD Nederland. Tevens is er tijdens het onderzoek met behulp van een extra focusgroepsdiscussie een link gelegd tussen het LCI draaiboek MRSA in de OGZ en het WIP protocol MRSA Ziekenhuis. Hierbij is nagegaan in hoeverre gebruikers van het WIP protocol MRSA ziekenhuis dezelfde gebruikersproblemen ervaren als de gebruikers van het LCI draaiboek MRSA in de OGZ. Dit bleek grotendeels overeen te komen. De informatie sloot niet altijd aan bij de behoeften van de gebruikers en implementatieactiviteiten verschilden per ziekenhuis.

De constructen die in het onderzoek zijn gemeten, zijn onderdelen van een stappenplan en samen vormen ze de voorwaarden waaraan voldaan moet worden om tot een goede implementatie te komen. Dit stappenplan veroorzaakte een spanning tussen de ideale situatie volgens de theorie en de daadwerkelijke praktijk. Het proces suggereert namelijk dat we met een lineair traject te maken hebben, te beginnen bij een optimaal te gebruiken draaiboek dat leidt tot een actieve toepassing en een instellingsbrede implementatie. In de praktijk blijkt echter dat veranderingsprocessen zelden volgens een vastomlijnd plan verlopen. Daarnaast blijkt de term 'succesvolle implementatie' een lastig te beantwoorden begrip. Tijdens dit onderzoek is zoveel mogelijk de definitie voor

implementatie van producten in de gezondheidszorg, zoals opgesteld door ZON, gehanteerd om vast te kunnen stellen of een GGD het MRSA draaiboek had geïmplementeerd.

De constructen die zijn opgesteld op basis van onderzoek in de literatuur zijn van waarde geweest. De implementatiefactoren zoals ontwikkeld door Hulscher (2000) konden goed gebruikt worden, alleen kon van de drie factoren individugebonden, contextgebonden en structuurgebonden factoren de contextgebonden factor niet worden gebruikt. Het betrof hier het netwerk van de gebruikers en de invloed hiervan op het implementatieproces. In het onderzoek naar het gebruik van het draaiboek MRSA was deze factor niet van toepassing. Van de analysefactoren van Grol en Wensing bleken tenslotte de factoren 'organisatiestructuur: complexiteit' en 'organisatiestructuur: leren in de organisatie' niet bruikbaar te zijn voor het analyseren van het gebruik van het MRSA draaiboek. Beide factoren zijn daarom niet in het hoofdonderzoek meegenomen.

Tijdens het meten van de gebruikersgerichtheid van het draaiboek, bleek dat dit begrip dicht tegen de inhoudsgerichtheid aanlag waardoor het niet altijd even eenvoudig was een goed onderscheid te maken. De begrippen van de Uses & Gratifications theorie gingen in op zowel het gebruik als de informatievoorziening. Hiermee kon de discrepantie tussen de gewenste en de ervaren situatie bepaald worden. Daarnaast is voor het bepalen van de informatievoorziening gebruik gemaakt van een aantal constructen uit het framework van Gorman (1995). Hiervoor zijn de constructen populatiestatistieken, medische kennis en logistieke informatie ingezet. Ook voor deze constructen was het lastig om een juiste definitie te bepalen, waarbij tevens een duidelijk onderscheid in acht werd genomen met de constructen onder de gebruikersgerichtheid en de inhoudsgerichtheid.

Aan de hand van de resultatenanalyse van de focusgroepen bleek tijdens het ontwikkelen van de online vragenlijst dat een aantal factoren niet goed meetbaar waren of dat het overbodig was ze verder op te nemen in de vragenlijst. Vervolgens bleken na de betrouwbaarheidsanalyse, die is gebruikt voor het bepalen van de juistheid van de constructen in de online vragenlijst, een paar alpha's te laag te zijn. Dit waren de 'organisatiestructuurgebonden: economie' en de gebruikersgericht: context van de blootstelling'. Dit maakte dat deze constructen niet konden worden meegenomen in de verdere analyse. Hierdoor kon niet worden bepaald in of ze van invloed waren op de gedragsintentie. Een ander knelpunt dat naar voren kwam tijdens de data-analyse van de resultaten van de online vragenlijst was dat er gebruik is gemaakt van verschillende antwoordschalen. Hierdoor konden niet alle constructen tegelijkertijd worden opgenomen in de correlatieanalyse en in de regressie. De constructen met een dichotome schaalverdeling zijn daarom met een Chi-kwadraat geanalyseerd. In de analyses kon alleen worden bepaald of er een samenhang was tussen de constructen, maar niet welke richting deze samenhang op ging.

6.3 Bediscussiëring van de gebruikte onderzoeksinstrumenten

Inventariserend vooronderzoek

Het inventariserende vooronderzoek had als belangrijkste doel om zowel de onderzoeker als de MRSA deskundigen met het onderwerp bekend te maken. Hiervoor is gebruik gemaakt van een telefonische vragenlijst. Het was een simpele doch doeltreffende methode met als nadeel dat het de nodige tijd heeft gekost, maar die tegelijkertijd veel informatie verschafte. Deze informatie is gecodeerd en vergeleken met de constructen die naar voren kwamen uit het onderzoek in de literatuur. Het bleek namelijk dat de drie hoofdconstructen die in eerste instantie waren opgesteld aan de hand van onderzoek in de literatuur moesten worden aangevuld met een vierde construct, namelijk de taakverdeling. Dit construct kwam sterk naar voren als knelpunt in de inventarisatie waardoor het raadzaam was het verder te onderzoeken.

Drie focusgroepen

De focusgroepen vormden het tweede deel van het vooronderzoek. In de discussie was het optimaal als er van meerdere GGD'en MRSA deskundigen aanwezig waren. Dit maakte dat men

met elkaar in discussie kon over het gevoerde beleid rond de implementatie en het gebruik van het draaiboek. In de praktijk is dit alleen bij de eerste focusgroep gelukt. Het bleek namelijk niet eenvoudig om de respondenten voor de focusgroepen op hetzelfde moment op dezelfde plaats te krijgen. Hierdoor is ook het aantal respondenten dat heeft deelgenomen aan de discussie lager dan gewoonlijk. Het is niet geheel duidelijk wat dit voor gevolgen heeft gehad voor de hoeveelheid en het soort informatie.

De stellingen die als basis dienden voor de discussie zijn ontwikkeld via een alternatieve methode, namelijk de integrated chain cooker methode. Deze methode bood als voordeel dat het op een actieve manier alle respondenten betrok bij de discussie. Een nadeel was dat de gehele discussie met deze methode langer duurde dan een gemiddelde focusgroepsdiscussie. Achteraf is gebleken dat dit weinig tot geen probleem was voor de respondenten.

Doordat tijdens een van de discussies de uitgenodigde microbiologen niet aanwezig konden zijn, hebben zij op eigen initiatief een extra focusgroepsdiscussie georganiseerd met daarin alleen microbiologen en ziekenhuishygiënisten aanwezig. Hierdoor ontstond de mogelijkheid de resultaten van de eerste twee discussies onder GGD deskundigen over het LCI draaiboek MRSA in de OGZ te vergelijken met de resultaten van de discussie met microbiologen en ziekenhuishygiënisten over het WIP protocol MRSA ziekenhuis. Met het weergeven van deze resultaten moet enige voorzichtigheid worden betracht, omdat het WIP protocol verder niet in het onderzoek is opgenomen. De resultaten kunnen dus niet naar de gehele populatie worden gegeneraliseerd. De resultaten van de drie focusgroepen zijn gecodeerd en hebben als basis gediend voor de online vragenlijst in het hoofdonderzoek.

Hoofdonderzoek

Het hoofdonderzoek is uitgevoerd met behulp van een online vragenlijst. Deze methode gaf de mogelijkheid om de resultaten uit de vooronderzoeken te generaliseren naar de gehele populatie MRSA deskundigen en GGD'en. Het voordeel van deze methode was dat het de respondenten relatief weinig tijd en moeite kostte om de vragenlijst in te vullen. Men kon niet vergeten de vragenlijst op te sturen en hij kon vanaf iedere computer met internetverbinding worden ingevuld. De respondenten zijn via een breed scala van media geattendeerd op de online vragenlijst en de bijbehorende link.

Een nadeel van deze methode was dat het moeilijk bleek te zijn om te bepalen of de hele doelgroep er daadwerkelijk van op de hoogte was dat de online vragenlijst er was en waar hij ingevuld kon worden. Daarnaast moest er goed op gelet worden dat de vragenlijst alleen werd ingevuld door de doelgroep, en niet 'bij toeval' door andere geïnteresseerden of bezoekers van de website waarop de vragenlijst stond.

Een tweede nadeel was dat de vragenlijst tijdens de vakantieperiode in juli en augustus is uitgezet. Hierdoor is hij langer online blijven staan dan in eerste instantie gepland. Het is lastig om te bepalen in hoeverre dit merkbare gevolgen gehad voor het onderzoek. Wellicht had het responspercentage een fractie hoger kunnen zijn, maar dit is achteraf niet goed te zeggen. Wel een merkbaar nadeel was de te grote hoeveelheid vragen die konden worden beantwoord met juist/onjuist. In enkele gevallen gaf dit net te weinig nuancering. Een ander nadeel was dat de vragenlijst relatief lang was, wat ertoe leidde dat niet iedere respondent alle 53 vragen heeft beantwoord. Hierdoor nam het aantal bruikbare vragenlijsten af. Daarnaast bleken een paar vragen in de vragenlijst toch niet goed in te gaan op wat werkelijk gemeten moest worden. De vragen waren dan te dubbelzinnig. Ook leverde de vraag over de schatting van de kennis over MRSA door de respondenten een normatief antwoord op. De lage gemiddelde schatting die hieruit naar voren kwam kon namelijk betekenen dat de respondenten bescheiden waren en zichzelf daarom een laag cijfer gaven voor hun kennis, maar het kon ook onzekerheid zijn over hun kennis door bijvoorbeeld het hoge niveau waarop de informatie wordt gepresenteerd in het MRSA draaiboek.

6.4 Nieuw beleid volgens een model voor implementatie

Een belangrijke vraag die na dit onderzoek moet worden beantwoord is de vraag hoe dit LCI draaiboek MRSA in de OGZ en deze implementatie zich verhoudt tot de implementatie van andere draaiboeken. In deze paragraaf wordt getracht hier een antwoord op te geven.

Gedurende het onderzoek is mede geanalyseerd in hoeverre de implementatie van het MRSA draaiboek overeenkwam met de implementatie van andere draaiboeken waar de GGD'en mee werken. Driekwart van de respondenten gaf hierbij aan dat de implementatie van het draaiboek MRSA bij hun GGD op dezelfde wijze is gebeurd als alle andere LCI protocollen en draaiboeken. Er is geen extra aandacht besteed aan dit draaiboek ten opzichte van andere draaiboeken en protocollen. Het antwoord van de respondenten is duidelijk, maar wat zijn de uitkomsten van andere soortgelijke onderzoeken?

Een regelmatig terugkerende conclusie in het onderzoek naar implementatietrajecten is de vraag hoe bepaald kan worden of de implementatie voldoende goed is uitgevoerd (Dekker, 2005). Dit is namelijk een normatief begrip, wat voor iedere instantie een andere betekenis kan dragen. Daarnaast is een belangrijke vraag met betrekking tot het resultaat van de implementatie wie in staat is vast te stellen, en op basis waarvan, of een implementatie succesvol is? Het bepalen van het succes van het project lijkt dus sterk afhankelijk te zijn van de winst die behaald kan worden ten opzichte van persoonlijke doelstellingen van zowel de 'bepaler' als de organisatie (Hezemans, e.a. 2005).

Naar aanleiding van een onderzoek dat is uitgevoerd bij een opleiding van de Universiteit Twente schrijft Ruijter (2003) dat "een ingrijpende vernieuwing alleen van de grond zal komen indien de overeenstemming over de noodzaak om iets te veranderen voldoende hoog is." Het is van belang dat er een helder en consistent plan wordt opgesteld over wat men wil bereiken met de implementatie. Aansluitend hierop geven Noorbergen en Weistra (2002) aan dat er voor een succesvol implementatieproces visie en concrete stappen nodig zijn.

Onderzoek naar de implementatie van richtlijnen in de gezondheidszorg is onlangs uitgevoerd door Nelen, e.a. (2005). Zij concluderen dat de verantwoordelijkheid voor implementatie van richtlijnenprogramma's vaak niet goed uitgekristalliseerd was en dat er vaak sprake was van een gedeelde verantwoordelijkheid. Ook schrijven zij: ... 'De grootste rol werd hierbij dan toebedeeld aan de professionals zelf, met daarnaast een faciliterende rol voor de organisatie.' De meest voorkomende methoden voor implementatie bleken integratie in visitaties en programma's voor (bij)scholing. Voor het implementeren van een nieuw product is een goede interne organisatiestructuur met een duidelijke afbakening van de verantwoordelijkheden een pré. Daarbij is het handig om andere implementatietrajecten als voorbeeld te gebruiken. De uitkomsten van dit onderzoek vertonen veel overeenstemming met de resultaten van het onderzoek naar het implementatietraject van het draaiboek MRSA in de OGZ. Toch blijkt het lastig te blijven om een goed implementatietraject te voltooien. Wat lijkt te missen is een coördinerende rol in het geheel. Iemand die aangeeft wie wat op welk moment moet doen. Daarnaast is iedere implementatie weer net iets anders dan de vorige. Er moet telkens weer een nieuwe procedure worden opgestart wat tijd en geld kost.

Op basis van de resultaten van het onderzoek naar het MRSA draaiboek in de openbare gezondheidszorg is door de onderzoeker een model ontwikkeld. Het model is bedoeld als handleiding, waarin volgens een stappenplan de belangrijkste aandachtspunten voor een optimale implementatie staan verwerkt. Wanneer het stappenplan wordt gevolgd kan gerealiseerd worden dat het betreffende protocol of draaiboek beter aansluit bij de doelgroep en dat deze het protocol vervolgens moeiteloos kan toepassen in de eigen lokale praktijk.



Inschaling van de invloedsfactoren op het implementatieproces

In het model is een verdeling volgens de huidige situatie en de beoogde situatie te zien, en vervolgens de verdeling in verantwoordelijke partijen, namelijk de GGD en de ontwikkelende partij. Welke organisatie in de rol van ontwikkelende partij zit, is afhankelijk van het product dat bij de GGD'en moet worden geïmplementeerd. Uit het onderzoek naar de behoeften en motivaties voor het gebruik van het LCI draaiboek MRSA in de OGZ kwam naar voren dat een implementatie een verbetering moet zijn van de huidige situatie ten opzichte van de beoogde situatie. Daarnaast kan geconcludeerd worden op basis van het onderzoek en op basis van bovenstaande discussie dat er een taak ligt voor de ontwikkelaar van het draaiboek die centraal staat in het model (in het geval van het draaiboek MRSA in de OGZ is dit de LCI), en decentraal de organisatie (de GGD) die zijn medewerkers moet stimuleren en ondersteunen bij de implementatie.

Stappenplan

Het model is ontwikkeld om een handreiking te geven voor een soepele implementatie van nieuwe draaiboeken en protocollen. Wanneer tijdens het opstellen van het beleid en het plan van aanpak stap voor stap de factoren uit het model worden geanalyseerd, kunnen zowel de ontwikkelende partij, als de GGD toezien op een geslaagde implementatie. Het nieuwe product heeft een structurele plaats gekregen in het functioneren van de GGD.

Stap 1:

Er is een aanleiding ontstaan in de huidige situatie. Dit kan een vraag zijn of een knelpunt waar men mee te maken heeft. Om dit op te lossen wordt een nieuw draaiboek of protocol ontwikkeld. In deze fase zijn zowel de GGD, als de ontwikkelende partij betrokken. Samen bepalen ze:

- De doelgroep. Hiervoor moet eerst worden besproken wie tot de doelgroep behoren. Welke mensen zijn allemaal betrokken bij de ontstane situatie? Het is van belang dat deze mensen in de ontwikkeling worden betrokken.
- Vervolgens moet aandacht worden besteed aan de noodzaak tot vernieuwing. Dit gaat in op het besef van de doelgroep waarvoor het nieuwe product is ontwikkeld. De nieuwe situatie moet een verbetering bieden ten opzichte van de huidige situatie.

Stap 2:

De ontwikkelende partij heeft de belangrijkste rol in het implementatieproces. Zij moeten er zorg voor dragen dat het product aansluit bij de doelgroep, het wordt ingebed in het functioneren van

de GGD, en zij moeten sturing geven tijdens het implementatietraject. Voor hen is het van belang rekening te houden met:

- De coördinatie. Coördinatie gaat in op de sturing die de ontwikkelende partij moet hebben ten opzichte van het implementatietraject. Voor het slagen van de implementatie is het van belang dat de ontwikkelende partij tijdens het lanceren van het product moet aangeven wat vervolgens het doel is en hoe het geïmplementeerd moet worden. Daarnaast moet er een duidelijke afbakening komen tussen de taken en verantwoordelijkheden van iedere betrokken partij. Indien nodig moet hierover zelfs een landelijk beleid worden opgesteld.
- Onderlinge communicatie is een tweede belangrijke factor. Het betreft hier zowel de communicatie tussen de organisatie die centraal staat (de ontwikkelaar), als communicatie tussen de organisaties waarvoor het product bedoeld is (de GGD'en). Met deze onderlinge communicatie moet een consensus worden bereikt tussen wat de ontwikkelaar van plan is en waar de doelgroep behoefte aan heeft.
- Ook de informatie die in het nieuwe draaiboek of protocol komt te staan moet worden afgestemd op de doelgroep. Door analyse moet bepaald worden waar de behoefte ligt en wat voor soort informatie in deze behoefte kan voorzien. Dit kan verschillen van praktische informatie over hoe werkzaamheden moeten worden uitgevoerd, tot de financiering, en taken en verantwoordelijkheden binnen de GGD en tussen de GGD en andere zorginstellingen. Door tijdens de ontwikkeling van het product de gebruikers sterk te betrekken en vervolgens via pilots te testen, kan bereikt worden dat het draaiboek bij de praktijk aansluit zodat men het daadwerkelijk kan gebruiken in de eigen praktijk.

Stap 3:

Bij aanvang van de implementatie van het nieuwe product moeten de leidinggevenden van de GGD'en bereid worden gevonden om de implementatie te ondersteunen. De leidinggevenden kunnen dit doen aan de hand van:

- Ondersteuning van de doelgroep waarvoor het nieuwe product is ontwikkeld. Belangrijk hierbij is dat wordt ingegaan op de individuele motivatie en attitude van de medewerkers. Tijdens het onderzoek naar het gebruik van het draaiboek MRSA in de OGZ is door respondenten aangegeven dat zij een ondersteuning door het management van hun GGD misten. Ze zouden graag meer tijd en ruimte willen krijgen om zich met het draaiboek bezig te houden en meer worden gestimuleerd.
- Bij regionale betrokkenheid is het van belang dat andere betrokken zorginstellingen in de regio, waarin een GGD werkzaam is, op de hoogte worden gesteld van de implementatie door de GGD. Optimaal zou zijn wanneer zij hierbij ook worden betrokken. Er moet gekeken worden in hoeverre er een gezamenlijk uniform beleid kan worden ontwikkeld en welke afspraken er onderling worden gemaakt.
- Tenslotte is er de samenwerking. Samenwerking gaat in op de mate waarin er binnen regionaal verband kan worden samengewerkt. De MRSA-deskundigen van de GGD'en hebben aangegeven graag meer samen te werken met andere GGD'en en samen een beleid te ontwikkelen. Hierdoor kan voor het implementatietraject meer draagvlak worden gecreëerd.

Conclusie

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat er zich een aantal goede punten, maar ook een aantal knelpunten voordoen in het gebruik en het functioneren van het MRSA-draaiboek bij de GGD'en. In de loop van het onderzoek werd het ook duidelijk dat deze voor- en nadelen zich niet alleen voordoen bij het implementatieproces van het MRSA-draaiboek. Ook andere projecten waarbij een implementatie (één van de) doelen is hebben hiermee te maken. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek naar het MRSA-draaiboek is daarom een model opgesteld waarmee een soepelere implementatie beoogd wordt. Aan de hand van het stappenplan kunnen diverse voorkomende knelpunten eenvoudig worden opgelost en kan met een brede consensus worden gekomen tot een product dat aansluit bij de gebruikers.

6.5 Vervolgonderzoek

In het onderzoek naar het gebruik van het draaiboek MRSA is alleen gekeken naar welke factoren op het gebruik van dit specifieke draaiboek van invloed waren. Om een algemeen implementatiemodel op te stellen is het raadzaam om de invloed van deze factoren op het draaiboek MRSA te vergelijken met de invloed op andere LCI draaiboeken en protocollen.

In het onderzoek is niet specifiek ingegaan op welke informatie wel en niet voldoet aan de vraag van de gebruikers. Om het draaiboek daadwerkelijk te verbeteren moet er nog een diepte onderzoek plaatsvinden waarin deze problemen worden opgespoord. Het is aan te bevelen om samen met de gebruikers het draaiboek door te nemen. Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van een hardop denk onderzoek of de plus-min methode.

Om te bepalen in hoeverre het verbeteren van het MRSA draaiboek effect heeft gehad op het gebruik van het draaiboek moet dit onderzoek over ongeveer twee jaar worden herhaald. Er kan in dit geval worden gekeken naar verschillen en overeenkomsten tussen hoe het draaiboek nu wordt gebruikt door de doelgroep en hoe het over twee jaar wordt gebruikt, waarmee kan worden vergeleken of de situaties significant verschillen van elkaar.

Na het doorvoeren van de aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek moet opnieuw een evaluatie worden uitgevoerd om te bepalen hoe de gebruikers in de nieuwe situatie staan ten opzichte van de huidige.

Literatuur

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behavior and Human Decisions Processes*.
- Anderson, R.C., Shirey, L.L., Wilson, P.T., Fielding, L.G. (1987). Interestingness of Children's Reading Material. In Snow, R.E., Farr, M.J. (red.), *Aptitude, learning and instruction: vol. III, cognitive and affective process analyses* (p.287-299). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barki, H. & Huff, S. (1990). Implementing Decision Support Systems: correlates of user satisfaction and system usage. *Infor*, 28 (2). P.89-101.
- Beaujean, D. (2007). Telefonisch interview. Gehouden op 28 maart 2007.
- Boer, C. de & Brennecke, S.I. (1999). *Media en publiek: Theorieën over media-impact*. Amsterdam: Boom.
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*. Vol. 44, No. 9, 1175-1184.
- Bollen, K.A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York: Wiley.
- Brug, J. et al. (2000). *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak*. Van Gorcum & Comp. B.V., Assen. OpenUniversiteit Nederland.
- Buckland, M. (1991). *Information an Information Systems*. Praeger: New York.
- Celderman, M. (1996). User Information Satisfaction: een gebruikersperspectief op het succes van informatiesystemen. *Research Memorandum 1996-9*. Vrije Universiteit: Amsterdam.
- Caruana, A. & Chircop, S. (2000). Measuring Corporate Reputation: A Case Example. *Corporate Reputation Review*, 3, 43-57
- Damanpour, F. (1991). Organizational Innovation: a Meta-analysis of Effects of Determinants and Moderators. *Academy of Management Journal*. 34: 555-590.
- Davis, (1997).
- Dekker, P.J. (2005). *Leadership and Management*. IT From a higher vantage Point.
- Dikke Van Dale, (2007). Taalweb, onlinewoordenboek. Opgehaald op 3 april 2007 van: <http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/>
- Downs, C.W., Adrian, A.D. (2004). *Assessing Organizational Communication*. Strategic Communication Audits. The Guilford Press. London.
- Dooley, D. (2001). *Social Research Methods* (5e druk). New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Fischbein, M., Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention and Behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gemert, J. van (2006). Performance of MRSA protocols in Dutch Hospitals, *AJIC*.
-

- Gezondheidsraad (2006). MRSA-beleid in Nederland. Den Haag.
- Giese, J.L. & Cote, J.A. (2000). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*.
- GGD Nederland. (2005). Jaarverslag 2005.
- GGD Nederland. (2006). Publieke gezondheid en GGD: Strategische koers GGD'en in Nederland 2006-2008.
- Gorman, P. (1995). Information Needs of Physicians. *Journal of the American society for information science*, 46, 737-742.
- Green, L.W. (1999). What can we Generalize from Research on Patient Education and Clinical Health Promotion to Physician Counseling on Diet? *European Journal of Clinical Nutrition* 53, Suppl.2, S9-S18.
- Grol, R., Wensing, M, Harmsen, M. (2003). MTA- en richtlijnen implementatie. WOK, UMC St Radboud Nijmegen.
- Grol, R., Wensing, M. (2004). What Drives Change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *MJA 2004; 180* (6 Suppl): S57-S60.
- Grol, R., Wensing, M. (2006). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Elsevier gezondheidszorg, Maarssen.
- Heuvelman, A., Gutteling, J. (2001). *Psychologie*. Boom. Amsterdam.
- Ham, P. ten, (2007). Interview.
- Hargie, O., Tourish, D. (2000). *Handbook of Communication Audits for Organisations*. Routledge. New York.
- Hezemans, e.a. (2005). Succesfactoren voor instellingsbrede ICT-implementatie in het onderwijs. *Stichting SURF*.
- Hoog, R. de. (2003). College informatie en kennismanagement. Universiteit Twente.
- Hughes, M. (1999). Rigor in Usability Testing. Technical Communication. Fourth quarter.
- Hulscher, M., Wensing, M. & Grol, R. (2000). Effectieve Implementatie Theorieën en strategieën. *ZonMw*.
- Infectieziekten Bulletin, (2004).
- Inspectie voor de gezondheidszorg, (1999). Bulletin Infectieziektewet.
- Jerome, R.N. et al. (2001). Information Needs of Clinical Teams: analysis of questions received by the clinical informatics consult service. *Bull Med Libr Association* 89 (2).
- Jong, M. de & Schellens, P.J. (1997). Reader-focused Text Evaluation: an overview of goals and methods. *Journal of Business and technical communication*, 11, 402-432.
-

- Jong, M. de & Schellens, P.J. (2000). Toward a Document Evaluation Methodology. What does research tell us about the validity and reliability of methods. *IEEE Transactions on Professional communication*, 43, 242-260.
- Katz, E. Blumler, J. & Gurevitch, M. (1974). The Uses of Mass Communications: Current Perspectives on Gratifications Research. *Sage, Beverly Hills, CA*, 1974, pp. 19-32.
- Keen, J.D., Tor, G. en James, C.W. (1994). The Relationship Between User Participation and User Satisfaction: an investigation of four contingency factors. *Management Information Systems Quarterly*, p.427-451.
- Krippendorff, K. (1980). *Construct Analysis Methodologie*.
- Krishnan, H.S. & Chakravarti, D. (1999). Memory Measures for Pretesting Advertisements: An integrative conceptual framework and a diagnostic template. *Journal of consumer psychology*, 8 (1), 1-37.
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (2005). Draaiboek MRSA in de openbare gezondheidszorg. Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding.
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (2006). Organisatie en mensen. Opgehaald op 25 februari 2007 van:
http://www.rivm.nl/cib/over_cib/organisatie_en_mensen/lci.jsp
- Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektenbestrijding (2007).
- Lewis, L. (2001). Communicating Change to Nonprofit Stakeholders. *Management Communication Quarterly*.
- McAuley, K. (1987). The Changing Role of Management in Information Systems Development. *Interfaces* 17 (3). P.47-53.
- McGovern, P.M., Vesley, D., Gershon, R.M., Rhame, F.S., Anderson, E. (2000). Factors affecting Universal Precautions Compliance. *J Business and Psychology*. Vol. 15, No. 1.
- McQuitty, S. e.a. (2000). Systematically Varying Consumer Satisfaction and its Implications for Product Choice. *Academy of marketing science*.
- Melone, N.P. (1990). A theoretical assessment of the user satisfaction construct in information systems research. *Management Science* 36 (1). 76-91.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, (2007). *Concepttekst Wet Publieke Gezondheid*. Den Haag.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 3.9, 1 maart 2007
RIVM, Bilthoven. Opgehaald op 18 april 2007 van:
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2387n20928.html
- Neal, A., Griffin, M.A., Hart, P.M. (2000). The Impact of Organizational Climate on Safety Climate and Individual Behaviour. *Safety Science*.
- Nelen, W.L.D.M. e.a. (2005). Leren van Nederlandse landelijke richtlijnenprogramma's anno 2004. *Nijmegen: Centre for quality of care research*. WOK.
-

- Noorbergen, E en Weistra, H. (2002). A Successful Implementation in E-learning.
- NOS, (2007). Veel fouten door arts-assistenten. Persbericht van 23 april 2007.
- Peters, M.A.J., et.al. (2003). Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbetering in de patiëntenzorg. *WOK, UMC St. Radboud, Nijmegen*.
- Reid, R.D., Sanders, N.R. (2005). *Operations Management an Integrated Approach*. Tweede editie, Wiley and Sons, Inc.
- Reswell, (2003).
- Reynolds, R.E., & Shirey, L.L. (1988). The role of Attention in Studying and Learning. In C.E. Weinstein, E.T. Goetz, & P.A. Alexander (Eds.), *Learning and study strategies: Issues in assessment, instruction, and evaluation* (pp. 77-100). San Diego, CA: Academic.
- RIVM. (2007) Over LCI. Opgehaald op 14 februari 2007 van: www.rivm.nl.
- Roelofsen, E.E. (2001). The Rehabilitation Activities Profile for Children: Development, implementation and evaluation. *PhD thesis*. Amsterdam: VU University
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of Innovations*. Fourth edition. New York, The free press.
- Ruijter, K. (2003). Voorwaarden voor het beklijven van onderwijsvernieuwingen. *TH&MA* 10 (2): p. 10 – 16.
- Sanderman, R., Hosman, C.M.H. & Mulder, M. (1995). *Het meten van determinanten van gezondheid: een overzicht van beschikbare meetinstrumenten*. Van Gorcum & Comp. B.V., Assen.
- Schermer, A. (1991). *Implementatie van een onderwijsvernieuwing: case veldwerk: theorie en praktijk*. Een theorieboek voor praktische begeleiders. Amsterdam
- Scholten, C., Buuren, J. van, Vree, F. van. (2001). Tevredenheidsonderzoek hulpmiddelen: Voorstudie naar modellen voor het uitvoeren van tevredenheidsonderzoek. VWS, Leiden.
- Schultz, Slevin & Pinto (1987). News Structure and People's Awareness of Political Events. *Gazette*, 30,139-153.
- Stam, C. (2003). Knowledge Performance: scan legt solide fundering onder KM initiatieven. *Intellectualcapital*.
- Staatsblad, (1999). Infectieziektewet. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.
- Staatsblad, (2002). Wet collectieve preventie volksgezondheid. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag.
- Starreveld, E. (2006). *Hoe goed goed kan zijn. Onderzoek naar de validatie van een compliance instrument*. Universiteit Twente: Enschede.
- Taylor, R. (1968). Question-Negotiation and Information Seeking in Libraries. *College and Research Libraries* 29.
-

- Tiwana, A. (2002). *The Knowledge Management Toolkit*. Tweede editie. Prentice Hall PTR.
- Verhoeven, F. e.a. (2007). Euregionale MRSA-preventie en bestrijding: een vergelijking van Duitse en Nederlandse richtlijnen. *Infectieziekten Bulletin*, 18; 125-129.
- Vrakking, W.J. (1995). The Implementation Game. *Journal of Organizational Change Management*, 8 (3); 31-46.
- Wellings, K. & Macdowall, W. (2000). Evaluating Mass Media Approaches to Health Promotion: A review of methods. *Health Education*, 100 (1), 23-32.
- Woerkom, C, van & Adolfse, L. (1998). Interactieve kennisontwikkeling en -benutting. *SI 1998*; 1:10-19.
- Woodruff, R.B. & Gardial, S.F. (1996). *Know Your Customer: New approached to understanding customer value and satisfaction*. Oxford: Blackwell Publishers.
- ZorgOnderzoek Nederland, (1997). Met het oog op toepassing. Beleidsnota Implementatie ZON 1997-1999. Den Haag.
- Zoutman, e. & de Vries, M. (2005). Wat is infectieziektenbestrijding? Opgehaald op 14 februari 2007 van: www.rivm.nl/vtv/object_document/o2387n20928.html
-