

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/74369>

Please be advised that this information was generated on 2017-02-07 and may be subject to change.

15 APR. 2003

In Ned

THEMANUMMER

RETORISCHE ANALYSES

Tijdschrift

TAAL

beheer

jaargang 25, nummer 1  
maart 2003

## Boek beoordelingen

**Gemert-Pijnen, J. van (2003).** *Het totstandkomen en functioneren van infectiepreventieprotocollen. Een onderzoek naar communicatie gestuurd door wet- en regelgeving.*

Dissertatie Universiteit Twente. Enschede: Thesis. Promotor: prof. dr. P.J. Schellens.

Het onderzoek van Van Gemert richtte zich op protocollen in Nederlandse ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Protocollen zijn voorbeelden van *regelgestuurde communicatie-uitingen*: door de overheid verplicht gestelde documenten die dienen als leidraad voor het personeel om onveilige situaties te voorkomen c.q. te beëindigen. Net als bijvoorbeeld veiligheidsvoorschriften in industriële bedrijven en schoolwerkplannen in het basisonderwijs vervullen protocollen in zorginstellingen meerdere functies tegelijk. De instelling kan laten zien dat er aan de verplichtingen krachtens de wet- en regelgeving is voldaan, de veiligheid op organisatieniveau wordt als het goed is door de protocollen vergroot en individuele werknemers kunnen cruid afleiden wat hun in een gegeven situatie te doen staat. Waar in eerdere proefschriften over regelgestuurde communicatie-uitingen – dat van Lentz & Van Tuijl (1989) over schoolwerkplannen en dat van Elling (1991) over industriële veiligheidsvoorschriften – veel werk werd gemaakt van de functionele analyse van de onderzochte tekstsoort, is Van Gemert in haar inleidende hoofdstuk aanmerkelijk beknopter. Onder verwijzing naar het

werk van Elling (en opvallend genoeg niet naar dat van Lentz & Van Tuijl of naar later werk van taalbeheersingsonderzoekers als Pander Maat op dit gebied), staat ze kort stil bij de principiële problematiek van de afstemming van regelgestuurde communicatie in organisaties op de onderscheiden doelen en doelgroepen. Duidelijk wordt al snel dat de nadruk in dit proefschrift ligt op empirisch onderzoek naar het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van protocollen, en naar het functioneren van protocollen in de praktijk.

Het onderzoek spitst zich toe op twee voorbeelden van *infectiepreventieprotocollen*: protocollen waarmee besmetting (HIV of hepatitis bijvoorbeeld) moet worden voorkomen als gevolg van accidenteel bloedcontact (ook wel *prikaccidentprotocollen*) en protocollen waarmee MRSA (methicilline-resistente staphylococcus aureus) – infecties voorkomen moeten worden (aangeduid als *MRSA-protocol*). MRSA-infecties zijn gevreesd omdat ze zich snel in ziekenhuizen verspreiden en aldus tot grote epidemieën kunnen leiden; MRSA-stammen zijn resistent voor veel soorten antibiotica, wat bestrijding van MRSA in ziekenhuizen urgent maakt. Alleen zo kan worden voorkomen dat behandeling van de desbetreffende infecties op een bepaald moment helemaal niet meer mogelijk is.

Dat Van Gemert juist deze protocollen, die beide deel uitmaken van de arbo-zorg,

gekozen heeft, berust er onder meer op dat ze om een communicatieve aanpak vragen die deels verschillend is. De *prikaccidentprotocollen* zijn primair gericht op de individuele werknemer, die om accidenteel bloedcontact te voorkomen een aantal routinehandelingen moet internaliseren en daarnaast moet weten wat te doen als zich toch een incidenteel accident voordoet. Bij de *MRSA-protocollen* staat de samenwerking tussen diverse werknemers voorop. Wanneer bij een patiënt die bijvoorbeeld in een buitenlands ziekenhuis opgenomen is geweest MRSA wordt geconstateerd, moeten er onmiddellijk grootschalige maatregelen worden genomen om verspreiding tegen te gaan: de patiënt gaat in isolatie, medewerkers die met de patiënt in contact zijn geweest worden naar huis gestuurd, en de afdeling waar de patiënt gelegen heeft wordt gesloten. Om dat allemaal goed te laten verlopen zijn heldere afspraken nodig, die worden vastgelegd in een protocol dat, zoals Van Gemert duidelijk maakt, in dit geval moet functioneren als gemeenschappelijk interpretatiekader voor de uit te voeren handelingen.

De opzet van het onderzoek dat Van Gemert heeft uitgevoerd met voorbeelden van deze twee soorten protocollen typeert ze in haar tweede hoofdstuk als een exploratieve case studie, waarin ze drie soorten activiteiten ondernam. In vijf ziekenhuizen liet ze *vragenlijsten* beantwoorden om na te gaan in hoeverre de doelgroepen bekend waren met de protocollen van het eigen ziekenhuis en de daarin vereiste maatregelen, of ze in staat en bereid waren die maatregelen daadwerkelijk uit te voeren en of ze zich daarin ook voldoende gestimuleerd voelden. Aan de hand van een *gebruiksonderzoek* in de vorm van een praktijktoets probeerde ze vast te stellen in welke mate de protocollen in de praktijk

bruikbaar waren, en via interviews met schrijvers en andere actoren die voor de protocollen verantwoordelijk waren, probeerde ze het ontwerp- en implementatieproces te reconstrueren.

De gestandaardiseerde en ge-preteste vragenlijsten waarmee informatie werd verzameld over het functioneren van de protocollen werden voorgelegd aan in totaal 133 respondenten. Die respondenten waren afkomstig uit vijf in de verslaggeving geanonimiseerde algemene ziekenhuizen, die onder meer werden gekozen op basis van regionale spreiding. De respondenten kwamen uit de beroepsgroepen verpleging, OK-assistenten, specialisten/arts-assistenten, analisten en huishoudelijk personeel.

Voor de praktijktoets gebruikte Van Gemert zoals ze zelf schrijft een 'aangepaste versie van de hardop-werkmethode'. Aan in totaal 92 proefpersonen (allen ook respondent in het vragenlijstonderzoek) werden praktijkscenario's voorgelegd (*hardop-zoektaken*) waarbij aan de hand van de protocollen (die per ziekenhuis in een aantal opzichten enigermate verschilden) moest worden bepaald welke handelingen in welke situatie relevant zouden zijn. Anders dan in hardopwerk-onderzoek gebruikelijk is, werd van de proefpersonen niet gevraagd om de desbetreffende handelingen ook daadwerkelijk hardop denkend uit te voeren. Van Gemert meldt dat ze als proefleider tijdens de hardopwerk-sessies een 'actievete inbreng [heeft] gehad dan strikt genomen volgens de hardopwerk-methode toelaatbaar is' (p. 38). Refererend aan opmerkingen van Ericsson & Simon (1984), de grondleggers van het moderne hardopdenkonderzoek, en meer nog aan parafrases van die opmerkingen bij document design onderzoekers Boren & Ramey (2000), stelt Van Gemert dat het



soms gerechtvaardigd is om af te wijken van de strikte afnameprocedures 'for example if the participant is stuck or the system crashes'.

De interviews (gedeeltelijk gestructureerd) die dienden ter reconstructie van het ontwerp- en implementatieproces werden afgenomen bij in totaal 48 informanten: beleidsvertegenwoordigers, penvoerders, actoren die betrokken waren bij het implementatieproces en actoren die betrokken waren bij de evaluatie. De vragen die de informanten werden gesteld, waren deels voor allen dezelfde, en deels actorspecifiek. Centraal stonden documenten (protocollen, concepten, bron-documenten) waaruit fragmenten werden gekozen die aan de informanten werden voorgelegd met de vraag te vertellen hoe bepaalde beslissingen tot stand gekomen waren.

Door de combinatie van een relatief grootschalige en met zorg gespreide vragenlijstafname, hardopwerk-sessies en interviews kreeg Van Gemert de beschikking over een grote en rijk geschakeerde dataverzameling. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat de informatie die deze data konden opleveren over de totstandkoming en het feitelijke gebruik van protocollen, nogal indirect van aard was. De interviews lieten niet meer toe dan een procesbeschrijving *achteraf*, met de vragenlijsten kon niet meer in beeld worden gebracht dan *gerapporteerd* gedrag van de betrokkenen, en in de praktijktoetsen was de taakuitvoering beperkt tot *opzoekwerk* en bleven daadwerkelijke handelingen buiten beeld. Ook al doordat de onderzoeker zelf vaker ingreep dan Ericsson & Simon ooit bedoeld kunnen hebben (van *system crashes* of vergelijkbare calamiteiten kan bij opzoektaken nauwelijks sprake zijn geweest) is het de vraag of dit deel van het onderzoek de

aanduiding hardopwerk-aanpak wel verdient. In elk geval hadden de beperkingen die de indirectheid van de verworven informatie opleverde voor het beeld dat van de ontwerp- en gebruikspraktijk van ziekenhuisprotocollen geschetst kon worden, in het discussiehoofdstuk meer aandacht mogen krijgen.

In hoofdstuk 3 worden de resultaten gepresenteerd van het vragenlijstonderzoek. Het beeld dat zich uit de antwoorden van de respondenten af laat leiden, is overwegend positief. De doelgroep is op de hoogte van het bestaan van de protocollen en laat weten bekend te zijn met de gevraagde maatregelen. Ook zegt men in meerderheid de protocollen zelf te hebben geraadpleegd. De attitude tegenover de protocollen is positief en men is in meerderheid bereid de gewenste maatregelen te treffen. Ook is de eigen-effectiviteitsverwachting bij de meeste respondenten groot: men verwacht dat het lukt om de nodige maatregelen te treffen. Over de institutionele stimulans is men minder positief: veel respondenten laten weten behoefte te hebben aan meer aandacht voor de protocollen binnen de organisatie.

Uit de analyse bleken, aldus Van Gemert op p. 100, extreme verschillen tussen de beroepsgroepen in kennis, attitude en gerapporteerd gedrag. Huishoudelijk personeel bleek het minst op de hoogte, en schatte de uitvoerbaarheid van de voorzorgsmaatregelen rond accidenteel bloedcontact lager in dan de andere beroepsgroepen. Verpleegkundig personeel bleek het meest gemotiveerd om te doen wat er volgens de protocollen verlangd wordt, artsen stonden het meest gereserveerd tegenover de preventie maatregelen. Ook waren er verschillen waarneembaar tussen de onderzochte ziekenhuizen, en dan met

name waar het preventieproblemen op organisatieniveau MRSA) betreft.

Daarbij dient echter te worden aangetekend dat Van Gemert haar uitkomsten niet gecorrigeerd heeft voor alfa-inflatie. Ze rapporteert steeds de uitkomsten van een non-parametrische vorm van variantie-analyse, waarbij met behulp van de Kruskal-Wallis test werd nagegaan of de relatie tussen de onderzochte variabelen in een situatie met meer dan twee onafhankelijke steekproeven significant was. Waar dat het geval bleek, werden steeds post-hoc analyses uitgevoerd om de vraag preciezer te kunnen beantwoorden waar het gevonden verband aan toe te schrijven was. Daarbij werd steeds de Mann-Whitney U-test gehanteerd. Voorbijgegaan werd daarbij aan het risico dat wanneer er zoals hier een grote hoeveelheid vergelijkingen tussen groepen onderling gemaakt worden, alleen al op basis van toeval een aantal significante verschillen gevonden zullen worden die er feitelijk niet zijn. Verstandig is het om in zo'n geval niet een alfa van .05 maar een kleinere alfa te kiezen, en aldus een soort Bonferroni-correctie toe te passen zoals die bekend is uit de parametrische variantie-analyse. Had Van Gemert dat gedaan, dan had dat geleid tot een lager aantal significante verschillen tussen de vergeleken groepen.

Het relatief zonnige beeld dat de antwoorden bij de vragenlijsten opleverden, wordt door de resultaten van het gebruiksonderzoek in hoofdstuk 4 niet bevestigd. Het bleek dat respondenten minder bekend waren met de protocollen dan ze zelf dachten, en dat ze de maatregelen minder goed uit konden voeren dan ze zelf inschatten. De MRSA-protocollen blijken daarbij het minst slecht te functioneren. Van Gemert schrijft dat toe aan de grote impact van een MRSA-probleem op de

bedrijfsvoering, waardoor de aandacht voor maatregelen om zo'n probleem te voorkomen of zo nodig te bestrijden, bij de betrokkenen mogelijkwerwijs wordt verhoogd.

In hoofdstuk 5 en 6 rapporteert Van Gemert de resultaten die de interviews opleverden. Daarbij blijkt een discrepantie tussen het gewenste en het feitelijk gevoerde protocolbeleid: door langdurige discussie over de uitvoering van het beleid is er met de beleidsontwikkeling veel tijd gemoeid; van integrale kwaliteitszorg is nauwelijks sprake, het zicht op het gehele proces van ontwerp, implementatie en evaluatie ontbreekt, en – misschien wel het belangrijkste – ontwerpers blijken door hun positie in de organisatie weinig zicht te hebben op het functioneren van de protocollen in de praktijk. Protocollen worden voornamelijk geschreven door samenwerkende materie-experts zoals ziekenhuishygiënist en arts-biologen, die in een aantal gevallen door een commissie worden geadviseerd. Op organisatieniveau wordt het protocol gezien als een verantwoordingsdocument, als norm voor geschillen en als toets of er correct gehandeld is. Op individueel niveau worden er vooral kennisdoelen nagestreefd (waar is het protocol te vinden; wat moet er gebeuren?); de algemene verwachting is dat de werknemers wel in staat en gemotiveerd zullen zijn om de nodige maatregelen te treffen. Uitgangspunt voor het ontwerp van de protocollen vormen landelijk opgestelde richtlijnen. Daarin vinden de auteurs in de ziekenhuizen echter onvoldoende steun, zo blijkt uit de interviews. Ook ondervindt men in het eigen ziekenhuis in termen van tijd, personeel en middelen, slechts beperkte ondersteuning. Het management geeft aan de totstandkoming en ook de implementatie van adequate protocollen slechts een lage priori-

teit. Evaluatie vindt dan ook alleen plaats als zich incidenten voordoen die om maatregelen vragen die in de protocollen terug te vinden moeten zijn. Al met al, zo concludeert Van Gemert, verlopen ontwerp, implementatie en evaluatie weinig bevredigend, noch voor de betrokken actoren, noch voor de gebruikers. Net zoals gevonden werd in ander onderzoek naar regelgestuurde communicatie via teksten, zoals dat van Elling en van Lentz & Van Tuijl, blijkt dat ook bij de ontwikkeling van ziekenhuisprotocollen meestal geen bevredigende oplossing gevonden wordt voor het probleem van de onverenigbaarheid van de verantwoordingsplicht voor de organisatie enerzijds en de afstemming op de praktijk van de individuele gebruiker anderzijds. De vraag dringt zich dan ook op of de nagestreefde polyfunctionaliteit van dit soort documenten wel haalbaar is. Wellicht verdient het de voorkeur om voor gebruik in de dagelijkse praktijk protocollen een lage prioriteit te geven, en in plaats daarvan een voor de medewerkers continu bereikbare helpservice in te richten. Blijkens uitlatingen van proefpersonen in Van Gemert's praktijktoets gaat daar in twijfelsituaties zoals die zich door de aard van de problematiek van infectiepreventieprotocollen nu eenmaal vaak voordoen, ook de voorkeur van de betrokkenen naar uit.

In haar slothoofdstuk besteedt Van Gemert terecht veel aandacht aan de discrepantie die ze waarneemt tussen de positieve uitkomsten van haar vragenlijstonderzoek en de aanmerkelijk negatievere bevindingen die zowel de praktijktest als de interviews opleverden. De belangrijkste verklaringen die daarvoor ze naar voren brengt, liggen in sociaal wenselijke antwoorden, zelfoverschatting en gedragsrationalisatie bij de respondenten die antwoorden op de vragen gaven. Pas in de praktijktoets bleek hoe het er werkelijk voorstaat als men de

protocollen probeert te lezen en erin op te zoeken wat er gedaan moet worden. Optimistische verwachtingen van schrijvers en lezers worden dan al snel gelogenstraft. Een aanbeveling die Van Gemert als reactie daarop doet, is voortaan twee soorten protocollen op te stellen: *organisatieprotocollen* met een verantwoordingsfunctie en *doelgroepspecifieke protocollen* met een gebruiksfunctie. De organisatieprotocollen dienen dan ter legitimering van het preventiebeleid en als norm bij geschillen; deze protocollen lijken daarmee vooral goed te moeten worden opgeborgen in een archiefkast waar ze alleen uit hoeven te worden gehaald als er toezichthoudende instanties tevreden moeten worden gesteld. De doelgroepspecifieke protocollen die Van Gemert bepleit, moeten het echte werk doen; die moeten in de dagelijkse praktijk op de werkvloer worden gebruikt.

De vraag is hoe realistisch deze oplossing is. Het lijkt onwaarschijnlijk dat toezichthouders bereid zouden zijn hun formele oordeel over het infectiepreventiebeleid in een ziekenhuis te baseren op protocollen die alleen uit de kast worden gehaald als de inspectie op bezoek komt, terwijl in de praktijk een afwijkend protocol het richtsnoer voor het handelen van de medewerkers zou zijn. Hoe in zo'n geval zou kunnen worden aangetoond dat beide soorten protocollen functioneel equivalent zijn, laat Van Gemert in het midden. Het is ook lastig voor te stellen hoe dat zou moeten. Een betere oplossing is daarom wellicht de eerder genoemde inrichting van een helpservice, die dan liefst permanent bereikbaar moet zijn voor vragen vanuit de diverse beroepsgroepen. De medewerkers van zo'n helpservice zouden dan de enigen zijn die de achterliggende protocollen nog per se goed zouden hoeven kennen. Op basis daarvan kunnen ze dan, in interactie met de vraagstellers, op de juiste

momenten de adequate antwoorden op vragen over infecties of andere onderwerpen van protocollen formuleren. Een dergelijke helpservice zou ook als taak kunnen krijgen om regelmatig reminders voor preventief gedrag rond te sturen en om bij incidenten zelf communicatie-initiatieven te nemen – taken die Van Gemert in haar aanbevelingen weggelegd ziet voor ‘voorbeeldstellende personen’, zoals direct leidinggevenden en sleutel-actoren (p. 246). Het kan zijn dat Van Gemert een permanente helpservice onhaalbaar acht omdat de kosten daarvan te hoog zouden uitvallen. Maar misschien zou een samenwerkingverband tussen verschillende ziekenhuizen dat probleem kunnen verkleinen.

Uit het onderzoek van Van Gemert is duidelijk geworden dat er in elk geval iets



moet gebeuren: de bestaande praktijk van infectiepreventieprotocollen voldoet niet. Daarmee is een belangrijke bijdrage geleverd aan de kennis van actuele communicatieproblemen in Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast heeft Van Gemert het taalbeheersingsonderzoek naar teksten in regelgestuurde communicatie verrijkt met een grote hoeveelheid zorgvuldig verzamelde gegevens van actoren die bij de totstandkoming en het gebruik van dit type teksten betrokken zijn. Voeg daarbij een uiterst helder gestructureerd verslag van activiteiten en bevindingen, en het moge duidelijk zijn dat het vele werk dat Van Gemert aan haar onderzoek heeft besteed een mooie bijdrage aan het vakgebied heeft opgeleverd.

Carel Jansen