

Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
Implementatie hygiënerichtlijnen
'Dak- en thuislozenproject'

Maart 2013

Colofon

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid.

Auteurs: F.G.M. Hazeleger MSc
P.M. Molenaar

Contact

Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
Postbus 2200
1000 CE Amsterdam
T 020 555 54 15
F 020 555 56 71
E-mail: info@LCHV.nl
Web: www.lchv.nl

© Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Inhoudsopgave

1	Inleiding—7
1.1	Aanleiding van het project—7
1.2	Doel en vraagstelling—8
1.3	Leeswijzer—8
2	Werkwijze, opbouw van het project—9
2.1	Praktijkobservaties bij dak- en thuislozen—9
2.2	Literatuurstudie—9
2.3	Implementatie, toepassing op de werkwijze van de hygiëneadviseur.—10
3	Resultaten praktijkobservaties—11
3.1	Resultaten van de observaties—11
3.2	Samenvatting—12
4	Resultaten literatuurstudie—13
4.1	Definitie implementatie—13
4.2	Proces voor planmatige invoeringen van vernieuwingen—13
4.3	Nieuwe inzichten—15
4.4	Planning en voorbereiding van implementatie—15
4.5	Ontwikkeling van een voorstel voor verandering—15
4.6	In kaart brengen van de feitelijke zorg—15
4.7	Analyse van doelgroep en setting—16
4.8	Ontwikkeling of selectie van strategieën—18
4.9	Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan—19
4.10	Evaluatie en (eventuele) bijstelling van het plan—19
4.11	Samenvatting—20
5	Implementatie: toepassing op de werkwijze van de hygiëneadviseur—21
5.1	Stappenplan voor implementatie hygiënerichtlijnen—21
5.2	Knelpunten en strategieën per stap—28
5.3	Samenvatting—29
6	Conclusie en aanbevelingen—30
6.1	Conclusie—30
6.2	Aanbevelingen—30
7	Literatuur—32
Bijlage 1	Beïnvloedbare factoren—33

Begrippenlijst

Gebruikers	Personen voor wie de hygiënerichtlijnen zijn geschreven.
Bewoners/cliënten	Personen die o.a vanwege hun (psychiatrische) achtergrond in de bezochte instellingen verblijven.
Dak- en thuislozen	Thuisloos noemen we iemand die thuisloos is geweest en nu in een voorziening voor maatschappelijke opvang woont. Dakloos noemen we iemand die gebruikmaakt van de nachtopvang of van de winterkoudeopvang, op straat slaapt of in een voor wonen ongeschikte ruimte leeft.
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst.
Hygiëneadviseurs	Medewerkers van GGD-en die zich bezighouden met de technische hygiënezorg. Dit kan ook een deskundige infectiepreventie zijn.
Hygiëneknelpunten	Knelpunten die het risico op de verspreiding van infectieziekten kunnen vergroten.
LCHV	Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid
Medewerkers	Personen die in dak- of thuislozeninstellingen werken.
THZ	Technische hygiënezorg.

Voorwoord

Voor u ligt een adviesrapport dat geschreven is in opdracht van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. Het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) is in oktober 2003 in het leven geroepen en heeft als doel het ontwikkelen, coördineren en afstemmen van een landelijk eenduidig en praktisch beleid op het gebied van infectiepreventie in de openbare gezondheidszorg. Dit doet zij door richtlijnen te ontwikkelen en als vraagbaak en communicatiekanaal te fungeren.

Op het gebied van infectiepreventie in de openbare gezondheidszorg vervullen regionale gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD-en) een belangrijke taak met de uitvoering van technische hygiënezorg (THZ). De GGD wil met deze technische hygiënezorg de verspreiding van infectieziekten voorkomen door te signaleren in welke organisaties een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van infectieziekten en te adviseren over hygiënemaatregelen die genomen kunnen worden om deze verspreiding tegen te gaan. De hygiënerichtlijnen van het LCHV vormen vaak de basis voor de gegeven hygiëneadviezen.

Het LCHV wil GGD-en zo goed mogelijk ondersteunen bij het uitvoeren van hun taak op het gebied van technische hygiënezorg. Dit rapport is geschreven om een advies uit te brengen aan GGD-en over de wijze waarop de adviserende hygiënemaatregelen geïmplementeerd kunnen worden. Desondanks zal het advies op lokaal niveau vertaald moeten worden naar de mogelijkheden die elke GGD heeft om hygiënemaatregelen te adviseren.

De projectgroep, bestaande uit een deskundige infectiepreventie en een gezondheidswetenschapper, heeft met veel plezier aan dit project mogen werken. We willen hierbij ook alle organisaties en instellingen die wij ten behoeve van dit project hebben bezocht hartelijk bedanken voor hun medewerking: een belangrijke factor in het succesvol verlopen van dit project.

Frank Hazeleger, gezondheidswetenschapper (LCHV)
Peter Molenaar, deskundige infectiepreventie (LCHV en GGD Amsterdam)

Amsterdam, februari 2013

Samenvatting

Met dit project willen we vanuit het LCHV GGD-en adviseren hoe de hygiënerichtlijnen het best geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk; bovendien willen we inzicht geven in de factoren die hierop van invloed kunnen zijn.

Bij 33 dak- en thuislozeninstellingen zijn er hygiëeadviesen gegeven. Tevens zijn er gesprekken gevoerd met medewerkers van deze instellingen en werden er situaties en ontwikkelingen geobserveerd. De reden hiervoor is inzicht te krijgen in factoren die op dit moment een goede hygiëne belemmeren. Daarnaast is er een literatuurstudie verricht naar de methoden voor implementatie.

Uit de gesprekken en observaties kwam naar voren dat de belangrijkste factoren die een goede hygiëne belemmeren worden gevormd door medewerkers die niet op de hoogte waren van de hygiënerichtlijnen; doordat het bezoek werd ervaren als een inspectie; door weerstand om allerlei redenen bij de werknemers; door gebrek aan kennis en doordat er geen medewerking werd verwacht van cliënten of bewoners.

Volgens de literatuurstudie kan 'implementatie' gedefinieerd worden als een proces- en planmatige invoering van vernieuwingen. Op basis van bestaande theorieën hebben onderzoekers Grol en Wensing een proces- en planmatig model ontwikkeld om richtlijnen en vernieuwingen te implementeren. Het model levert het inzicht dat er niet slechts één enkele strategie voor alle vernieuwingen bestaat. Verschillende doelgroepen en situaties brengen immers verschillende implementatieproblemen met zich mee. Een goede analyse van doelgroep en setting moet daarom leidraad zijn voor een goed opgezet implementatieplan. Meestal betekent dit dat er verschillende strategieën benut moeten worden die in een bepaalde volgorde worden toegepast.

Het model heeft geresulteerd in elf planmatige stappen die voor de hygiëneadviseur toepasbaar zijn op het werk. Deze elf stappen vragen om een interactief contact met de organisatie of instelling. Conclusie is dat implementatie een planmatig proces is waarbij een goede voorbereiding essentieel is, evenals het continu bewaken van de voortgang. De hygiëneadviseur moet de doelgroepen bij het implementatieproces betrekken. Bovendien moet de hygiëneadviseur in staat zijn beïnvloedbare factoren te herkennen zodat daar een passende strategie voor gevonden kan worden.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding van het project

Artikel 2 in de Wet publieke gezondheid stelt het college van burgemeester en wethouders verantwoordelijk voor de technische hygiënezorg. De technische hygiënezorg wordt in de praktijk vormgegeven door de GGD en houdt naast het signaleren en monitoren, ook de taak van adviseren in. In de 'Beleidsrichtlijn Technische hygiënezorg: prioriteren en financieren' (Hinlopen, 2010) van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) wordt onder de adviseringstaak verstaan 'het adviseren van instellingen en voorzieningen (dat wil zeggen over de mogelijkheden op het gebied van bouw en inrichting, en de organisatie van activiteiten om de infectierisico's te verkleinen). Het bevorderen van veilig gedrag en voorlichting hierover aan de medewerkers en het adviseren van het management over het faciliteren van veilig gedrag'. In de beleidsrichtlijn staat tevens beschreven dat de dak- en thuislozenopvang hoog op de prioriteitenlijst staat. Een van de redenen hiervoor is dat personen die deze instellingen bezoeken of in deze instellingen wonen, vaak dicht op elkaar leven. Er is sprake van intensief gelijktijdig, maar ook frequent en/of langdurig gebruik van de instelling. Bovendien bevinden zich onder de bewoners en/of bezoekers ook personen met een verminderde afweer waardoor zij bevattelijker zijn voor infectieziekten dan de gemiddelde Nederlander. Een effectief infectiepreventiebeleid kan bijdragen aan een reductie van infecties. Er waren tot enkele jaren geleden geen instanties die toezicht hielden op de kwaliteit van de dak- en thuislozenopvang en structureel de voortgangscontrole uitoefenden op de kwaliteit van de dak- en thuislozenopvang en knelpunten signaleerden. Om inzicht te krijgen in de hygiëne en infectiepreventie in dit soort voorzieningen heeft de GGD Amsterdam in 2007-2008 een inventariserend onderzoek uitgevoerd bij twintig opvangvoorzieningen in Amsterdam aan de hand van de hygiënerichtlijnen voor opvangcentra voor dak- en thuislozen (Molenaar, 2009). De resultaten van dit onderzoek hebben hygiënedeficiënties geopenbaard die de verspreiding van infecties zoals schurft, hepatitis A, bloedoverdraagbare aandoeningen (hepatitis B en hepatitis C, HIV-infectie), huidbesmettingen, ziekten aan de luchtwegen (tbc, longontsteking) en maagdarminfecties kunnen bevorderen. Knelpunten zijn vooral aan te treffen op het gebied van de bouw en inrichting, de schoonmaak van de panden, het binnenmilieu, het medisch handelen en de medische voorzieningen en, in mindere mate, in een gebrekkige persoonlijke hygiëne van de bewoners/passanten en in de voedselvoorziening. Echter, de redenen voor deze hygiëneknelpunten zijn niet altijd even duidelijk. Bovendien ervaren hygiëneadviseurs dat hun advisering op het gebied van infectiepreventie niet altijd leidt tot verbetering van de geconstateerde hygiëneknelpunten. De gegeven adviezen worden niet vanzelf overgenomen in de dagelijkse praktijk of in het beleid, waardoor het LCHV twijfelt aan de effectiviteit van de wijze waarop de adviezen gegeven worden. Aangezien het doel van de technische hygiënezorg is om het risico van de verspreiding van infectieziekten in de openbare gezondheidszorg te verkleinen, is het essentieel dat de geadviseerde hygiënemaatregelen zo goed mogelijk geïmplementeerd worden in de praktijk. De wijze waarop de hygiëneadviseur zijn advisering kan vormgeven, zou hierin een rol van betekenis kunnen spelen.

1.2 Doel en vraagstelling

Met dit project willen we vanuit het LCHV een advies kunnen geven aan GGD-en hoe de hygiënerichtlijnen het best geïmplementeerd kunnen worden in de praktijk en inzicht geven in de factoren die hierop van invloed kunnen zijn.

Met dit doel voor ogen willen we antwoord kunnen geven op de volgende vragen:

1. Welke factoren belemmeren op dit moment een goede hygiëne?
2. Hoe kunnen GGD-en de landelijke hygiënerichtlijnen het beste implementeren in de praktijk?
3. Wat betekent 'implementatie' voor de werkwijze van de hygiëneadviseur?

1.3 Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Na de inleiding wordt in hoofdstuk 2 de werkwijze en opbouw van het project beschreven. De hoofdstukken 3 en 4 laten de resultaten van dit project zien waarbij in hoofdstuk 3 de belemmerende factoren beschreven worden die in de praktijk werden gevonden en in hoofdstuk 4 inzicht wordt gegeven in de wijze waarop de richtlijnen, vanuit de literatuur, het best geïmplementeerd kunnen worden. Deze gegevens resulteren in hoofdstuk 5 in een stappenplan dat toepasbaar is op het werk van de hygiëneadviseur. In de bijlage staat een overzicht van alle factoren die in de literatuur beschreven zijn en van invloed kunnen zijn op de implementatie van richtlijnen.

2 Werkwijze, opbouw van het project

2.1 Praktijkobservaties bij dak- en thuislozen

Om een sluitend antwoord te kunnen geven op de vraag *welke factoren op dit moment een goede hygiëne belemmeren* zijn 33 dak- en thuislozeninstellingen binnen de Gemeente Amsterdam geobserveerd. Deze 33 instellingen zijn in te delen bij vier grote organisaties die de meeste dak- en thuislozeninstellingen faciliteren binnen de gemeente Amsterdam. Daarnaast zijn er nog enkele kleine particuliere instellingen bezocht. Deze instellingen bevatten inloophuizen, 'begeleid wonen' en vrouwenopvangcentra. Door deze instellingen met hun verscheidenheid aan doelgroepen te bezoeken, kon er een zo goed mogelijk beeld geschetst worden van de dagelijkse praktijk.

Per GGD kunnen kleine verschillen bestaan in de activiteiten die men onderneemt in de advisering. Gemiddeld genomen worden door alle hygiëneadviseurs in principe de volgende activiteiten uitgevoerd om het hygiëneadvies door te voeren in de praktijk:

- Achterhalen welke hygiëneknelpunten aanwezig zijn of welke handelingen uitgevoerd worden die een hygiënerisico vormen. Hiertoe wordt de LCHV-checklist, behorende bij *De hygiënerichtlijnen voor dak- en thuislozen, sociale pensions* gebruikt.
- Het terugkoppelen van de constatering in een adviesrapport - schriftelijk dan wel mondeling - aan de hand van adviezen hoe deze punten te verbeteren zijn.
- Het geven van voorlichtingen over hygiëne en infectiepreventie tijdens bijeenkomsten waar zowel leidinggevend als overige werknemers aanwezig zijn, zoals in werkbesprekingen.

De uitvoering van de bovenstaande activiteiten wordt in dit rapport verder aangeduid als 'de klassieke methode zoals gebruikt wordt door de GGD-en'.

Er wordt gedurende dit project getracht een win-winsituatie te creëren om de hygiënestatus bij alle bezochte instellingen positief te beïnvloeden. Er worden open gesprekken gevoerd met de leidinggevend en werknemers, bijvoorbeeld tijdens het werkoverleg, om de instellingen zo goed mogelijk te observeren. Tijdens de bezoeken wordt er gekeken naar de reacties, effecten en gevolgen van 'de klassieke methode van adviseren'; dit om inzicht te krijgen in de factoren die op dat moment een goede hygiëne belemmeren. In hoofdstuk 3 is een overzicht opgenomen van de factoren die gedurende de bezoeken zijn geconstateerd. Ook is er een overzicht opgenomen van onderdelen uit de klassieke methode die een positief effect hebben gehad op de advisering.

2.2 Literatuurstudie

Ten behoeve van de vraagstelling *Hoe kunnen richtlijnen zo goed mogelijk geïmplementeerd worden in de praktijk?* werd een literatuurstudie verricht. Er is gezocht via databases op internet, in Pubmed en binnen de catalogus van de bibliotheek van de GGD Amsterdam. De volgende zoektermen zijn gebruikt: *implementatie; richtlijnen; gedragsverandering en gezondheidsvoorlichting*. In hoofdstuk 4 wordt beschreven hoe de term 'implementatie' gedefinieerd kan worden en er wordt inzicht gegeven in een model dat weergeeft hoe richtlijnen geïmplementeerd kunnen worden. In bijlage 1 wordt een uitgewerkt overzicht gegeven van de factoren die het implementeren kunnen beïnvloeden.

2.3 Implementatie, toepassing op de werkwijze van de hygiëneadviseur.

Vervolgens worden de resultaten uit de praktijkobservaties en de literatuurstudie geanalyseerd en wordt nagegaan wat deze resultaten kunnen betekenen voor de werkwijze van de hygiëneadviseur. In hoofdstuk 7 wordt een stappenplan beschreven dat de hygiëneadviseur zou kunnen doorlopen om de hygiënerichtlijnen te kunnen implementeren. In hoofdstuk 5 worden er eindconclusies getrokken en wordt beschreven wat de hygiëneadviseur nodig heeft om het stappenplan zo goed mogelijk te kunnen doorlopen. (Niet in inhoudsopgave)

3 Resultaten praktijkobservaties

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die inzicht geven in de factoren die op dit moment (volgens 'de klassieke methode van adviseren') een goede hygiëne belemmeren. Ook wordt een overzicht gegeven van de adviesmethoden die een positief effect hebben gehad op de implementatie van de hygiëneadviezen.

3.1 Resultaten van de observaties

3.1.1 *Belemmerende factoren*

Tijdens de uitvoering van 'de klassieke methode van adviseren' werden meerdere factoren geconstateerd die een goede hygiëne in de weg staan. Per bezochte instelling varieerde het aantal geconstateerde factoren. Behalve het verschil in aantal bleken veel factoren ook herhaaldelijk voor te komen. Hieronder wordt beschreven welke belemmerende factoren werden geconstateerd door de onderzoekers gedurende de observaties.

Niet op de hoogte zijn van de hygiënerichtlijnen

Wat opviel is dat een groot aantal medewerkers (waaronder ook het management) niet op de hoogte was van het bestaan van de hygiënerichtlijnen en dus ook niet op de hoogte was van de normen die hierin vermeld staan.

Niet weten welke specifieke handelingen veranderd moeten worden

Er is geconstateerd dat werknemers niet altijd op de hoogte waren van de geconstateerde knelpunten die in het rapport beschreven stonden. Zij gaven aan dat zij niet wisten welke knelpunten uiteindelijk verbeterd moeten worden. Een voorlichting gaf ook niet altijd duidelijkheid wat er specifiek van hen gevraagd werd.

Het bezoek ervaren als inspectiebezoek

Doorgaans werd een bezoek ervaren als een inspectiebezoek en was niet bekend dat het doel van het bezoek was om adviezen te geven. Men verwachtte een beoordeling. Hierdoor reageerde men veelal door te antwoorden dat het 'normaal gesproken wel goed gaat'.

Uiten van weerstand

Een groot aantal medewerkers bood weerstand tegen het idee om met de adviserende hygiënemaatregelen aan de slag te gaan. De redenen die hiervoor werden gegeven, varieerden. Veel voorkomende redenen waren: geen tijd, de verantwoordelijkheid niet willen nemen (hier ben ik niet voor aangenomen), de gegeven argumentatie niet accepteren, zich niet betrokken voelen bij het onderwerp, zich er niet van bewust zijn dat het eigen handelen een risico kan vormen. Het kwam ook voor dat men zei geen vertrouwen te hebben in het LCHV/ de GGD ('waarom moet de overheid zich overal mee bemoeien?').

Onvoldoende kennis

Een belangrijke belemmerende factor was onvoldoende kennis hebben van hygiëne en infectiepreventie. Kennis ontbrak voornamelijk over de onderwerpen reiniging en desinfectie. Opvallend was dat men de termen 'reiniging' en 'desinfectie' regelmatig met elkaar verwarde, waarmee duidelijk werd dat men

het verschil hiertussen niet wist. Ook over de juiste uitvoering van desinfectie was weinig bekend.

Geen medewerking verwachten van de bewoners/cliënten

Vanuit de medewerkers werd niet verwacht dat bewoners wilden meewerken aan het uitvoeren van het advies. Medewerkers gaven aan dat het te veel moeite kost om bewoners te overtuigen. Een voorbeeld is dat schoonmaaktaken regelmatig door de eigen bewoners worden uitgevoerd. Zij krijgen vaak de 'schuld' dat de schoonmaak slecht wordt uitgevoerd. Het kost meestal zoveel energie om hen daarvan te overtuigen dat van tevoren al verwacht wordt dat het advies niet uitgevoerd kon worden.

3.1.2 *Bevorderlijke factoren*

'De klassieke methode' zorgde ook voor een positief effect. Hieronder worden de onderdelen beschreven die de implementatie van adviezen bevorderen.

Voorlichting

Het geven van een voorlichting was bevorderlijk voor de bewustwording van het belang van hygiëne en infectiepreventie. Daarnaast kon door middel van een voorlichting kennis bijgebracht worden over specifieke onderdelen uit de richtlijn, zoals de schoonmaak.

Mondelinge terugkoppeling of toelichting

Het mondeling kunnen terugkoppelen en toelichting geven op de inhoud van het rapport werkte zeer bevorderlijk. Door de mondelinge toelichting was het mogelijk medewerkers toch nog inzicht te geven in de inhoud van het hygiënerapport. Ook werkte het bevorderlijk om uit te kunnen leggen waarom de constatering hygiënerisico's kunnen vormen. Door de mondelinge toelichting was het ook mogelijk om andere meningen te beluisteren en door middel van argumentatie medewerkers te overtuigen en te motiveren.

3.2 **Samenvatting**

De gesprekken en observaties gaven een goed beeld van de mogelijk aanwezige factoren die een goede hygiëne in de weg staan bij de 33 dak- en thuislozeninstellingen die door het LCHV bezocht zijn. De klassieke methode van adviseren kan op enkele onderdelen een positief effect hebben gehad. Maar tijdens dit project is ook opgevallen dat aan de hand van de klassieke methode van adviseren verschillende belemmerende factoren zijn geconstateerd maar niet zijn opgelost. Dit geeft aan dat de klassieke methode van adviseren niet volledig toereikend is om adviezen daadwerkelijk door te voeren in de praktijk.

4 Resultaten literatuurstudie

In dit hoofdstuk wordt allereerst nader ingegaan op het begrip 'implementatie' en wordt vervolgens een relevant implementatiemodel besproken.

4.1 Definitie implementatie

Wat betekent implementatie in de vraagstelling: *hoe kunnen GGD-en de landelijke hygiënerichtlijnen het best implementeren in de praktijk?*

Implementatie kan worden omschreven als 'een planmatige en procesmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen aard) met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg' (Zorg Onderzoek Nederland, 1990).

Deze definitie bevat een aantal belangrijke onderdelen:

Planmatige en procesmatige invoering: planmatig betekent dat er een duidelijk plan ten grondslag ligt aan de wijze waarop men te werk wil gaan. Procesmatige invoering zorgt ervoor dat er achtereenvolgens bepaalde stappen worden genomen om de implementatie van een bepaalde vernieuwing te bereiken.

Vernieuwingen en/of verbeteringen (van bewezen aard): het gaat om het invoeren van vernieuwingen en/of werkwijzen die nieuw, beter, of anders zijn dan wat gangbaar is in een bepaalde situatie. De hygiënerichtlijnen staan aan de basis van deze mogelijke vernieuwingen.

Structurele plaats: implementatie moet leiden tot blijvende veranderingen.

In het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg: de verandering zal plaatsvinden in de werkwijze van relevante beroepsgroepen, het functioneren van de organisatie of structuur van de gezondheidszorg.

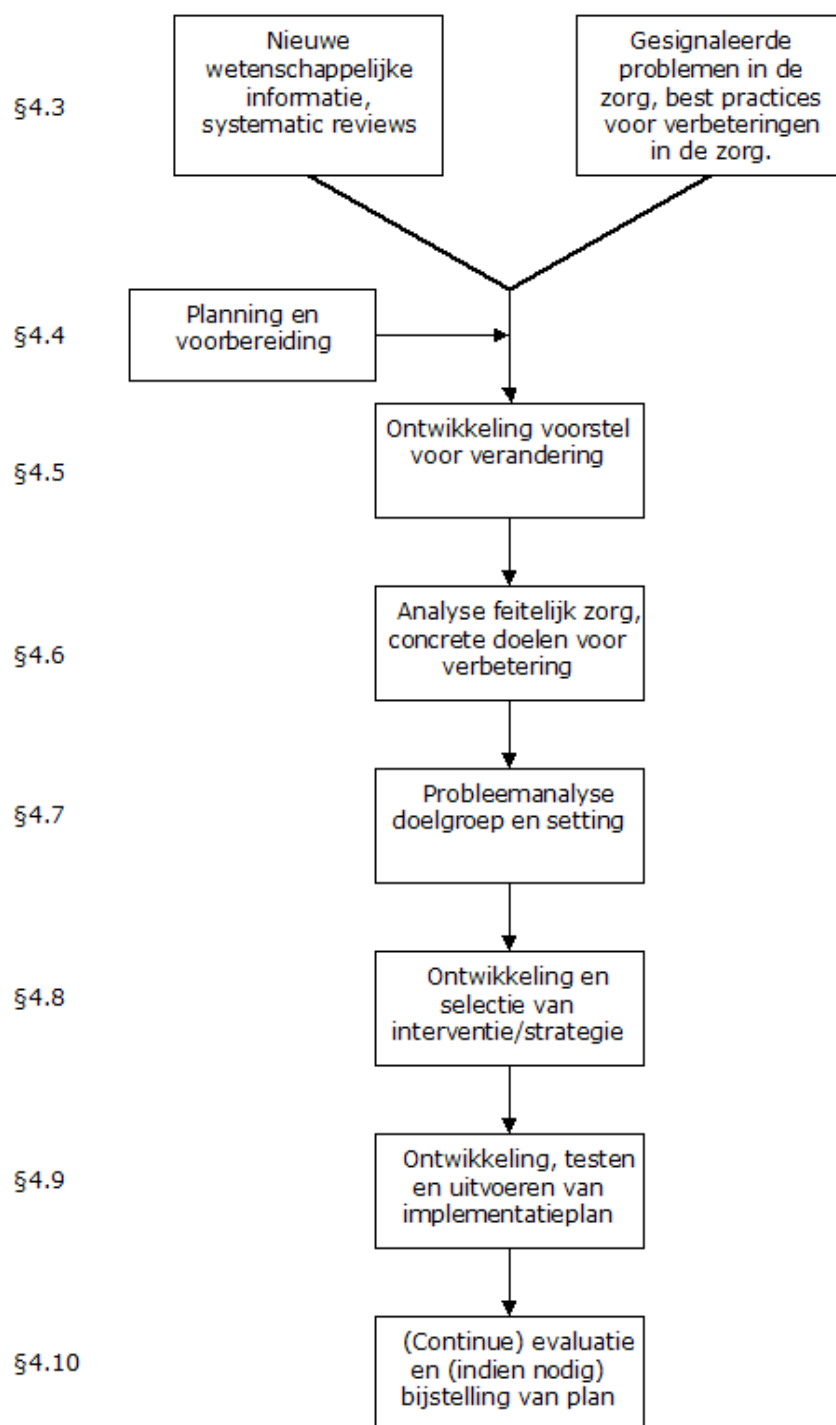
Kijkend naar deze definitie is het doel van implementatie sterk vergelijkbaar met het doel van de technische hygiënezorg. De adviserende hygiënemaatregelen die op basis van de hygiënerichtlijnen worden opgelegd, hebben altijd als doel het risico op verspreiding van infectieziekten te verkleinen. Om de adviezen (vernieuwingen) een structurele plaats te laten innemen in het beroepsmatig handelen, dienen deze op een procesmatige en planmatige wijze te worden ingevoerd. Met andere woorden, de acties die op het advies volgen dienen tot een zodanige verandering te leiden dat deze onderdeel wordt van de dagelijkse praktijk.

4.2 Proces voor planmatige invoeringen van vernieuwingen

In de literatuur bestaan er uiteenlopende benaderingen van de wijze waarop vernieuwingen op een planmatige en/of procesmatige manier ingevoerd kunnen worden. Sommige theorieën leggen bijvoorbeeld de nadruk op het veranderen van individueel gedrag, terwijl andere de nadruk leggen op organisatorische en materiële voorwaarden.

Onderzoekers Grol en Wensing (2011) hebben op basis van bestaande theorieën een model voor een planmatige en procesmatige aanpak van implementatie ontwikkeld (zie Figuur 1). Volgens Grol en Wensing is het bij elk implementatieproces van belang om aan de hand van een aantal stappen te werk te gaan. De stappen die zij beschrijven, worden in de volgende paragrafen toegelicht.

Figuur 1: Model voor de implementatie van veranderingen (Grol & Wensing, 2011)



4.3 Nieuwe inzichten

Het uitgangspunt voor een proces van implementatie van veranderingen kan volgens het model van Grol en Wensing 2 oorsprongen hebben. Ten eerste kan er nieuwe wetenschappelijke informatie beschikbaar zijn die erop wijst dat bepaalde handelingen of voorzieningen een betere zorg, in dit geval hygiënischer zorg, zullen bewerkstelligen voor patiënt of bewoners (evidencebased). Ten tweede kan vanaf de werkvloer worden gesignaleerd dat een bepaalde werkwijze problemen geeft of effectiever uitgevoerd kan worden (practicebased). Deze 'evidencebased' of 'practicebased' verbeteringen kunnen een startpunt zijn van het planmatige implementatieproces.

4.4 Planning en voorbereiding van implementatie

Een succesvolle implementatie van richtlijnen of veranderingen vereist in bijna alle gevallen een goede voorbereiding en planning van de verschillende stappen in het implementatieproces. Enerzijds is er aandacht nodig voor de organisatorische en praktische kant en anderzijds voor de context van verandering. Hoe de planning er uiteindelijk uit komt te zien, is natuurlijk afhankelijk van hoe en waar de richtlijn of verandering geïmplementeerd zal worden. Het gaat er kortweg om dat de volgende stappen binnen dit model zorgvuldig beschreven worden en dat wordt bekeken hoe de stappen het beste genomen kunnen worden.

4.5 Ontwikkeling van een voorstel voor verandering

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor verandering is volgens Grol en Wensing de volgende stap in het implementatiemodel. Nieuwe inzichten of technieken binnen de zorgverlening worden door zorgverleners meestal niet direct toegejuicht. De verandering moet een verbetering inhouden en aansluiten bij de behoefte van de doelgroep, toepasbaar zijn en toegankelijk, de mogelijkheid in zich dragen van aanpassing, geloofwaardig en aantrekkelijk vormgegeven zijn.

Het mag duidelijk zijn dat de nieuwe inzichten (zie §4.3) in het kader van hygiëne en infectiepreventie gebundeld zijn in de hygiënerichtlijnen van het LCHV. Deze richtlijnen kunnen dus gezien worden als het 'voorstel voor verandering', dat Grol en Wensing duidelijk maken in deze stap. Er wordt verondersteld dat richtlijnen slechts 'halve producten' zijn die pas bij toepassing in de praktijk, door middel van het doorlopen van het implementatieproces, hun definitieve vorm krijgen. Aanbevelingen vanuit de richtlijn worden bijvoorbeeld zodanig vormgegeven dat ze bij de doelgroep passen, of onderdelen in de richtlijnen worden gebruikt en verwerkt in eigen werkprotocollen.

4.6 In kaart brengen van de feitelijke zorg

Voordat er begonnen wordt met allerlei activiteiten om richtlijnen te implementeren, is het noodzakelijk de huidige werkwijze onder de loep te nemen. Komt deze overeen met de richtlijnen die geïmplementeerd zullen worden? Waar constateren we de belangrijkste afwijkingen van de richtlijn en welke handelingen of voorzieningen worden al correct uitgevoerd of zijn al aanwezig?

Het meest efficiënt is de aandacht te richten op de belangrijkste afwijkingen waarvan verwacht mag worden dat een veranderingsproces binnen de mogelijkheden ligt en uiteindelijk tot de beste hygiëne zal leiden. Meestal kan een doelgroep niet meer dan enkele doelen tegelijk effectief aanpakken. Het duidelijk in kaart brengen van het feitelijk handelen en van de afwijkingen van de gewenste situatie (de richtlijn) kan ook helpen de doelgroep te overtuigen

van de noodzaak dat er iets veranderd moet worden en dat men daar ook verantwoordelijk voor is. Dit inzicht is essentieel voor de volgende stappen in het proces (zie hierna in §4.7). De meeste zorgverleners overschatten namelijk hoe hygiënisch hun manier van werken is en zijn meestal (onaangenaam) verrast wanneer ze de feiten onder ogen krijgen. Volgens Grol en Wensing is het volgende nodig om het feitelijk handelen goed in kaart te brengen:

- Indicatoren waarmee men de gewenste wijze van werken kan meten.
- Inzichtelijke en acceptabele vormen van feedback aan de doelgroep die aanzet en motiveert tot deelname aan een veranderingsproces.
- Formuleren van concrete veranderingsdoelen.

4.7 Analyse van doelgroep en setting

De volgende stap in dit model wordt ook wel de 'diagnostische analyse' genoemd. Er wordt verondersteld dat elke doelgroep of setting tot op zekere hoogte uniek is; zelfs binnen één doelgroep is niet iedereen gelijk. Een goede implementatie kan het dus niet stellen zonder een goede analyse van de setting en van de doelgroep waar de implementatie moet plaatsvinden. Deze analyse kan betrekking hebben op:

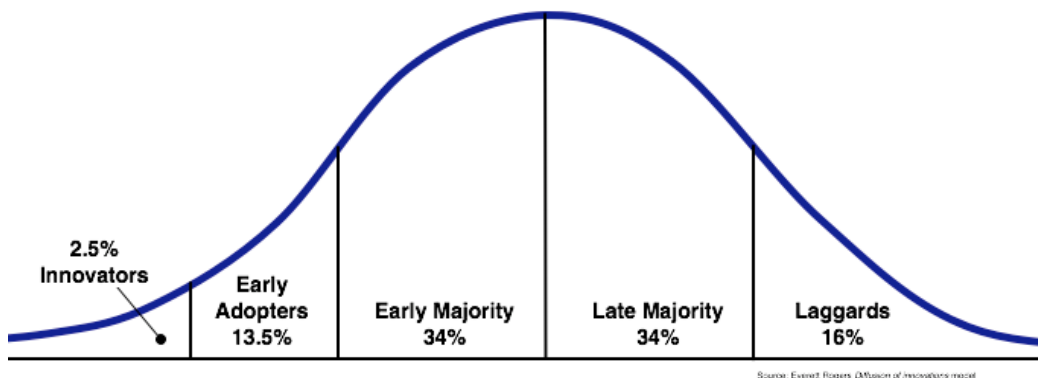
1. Achtergronden van de implementatie.
2. Segmentatie binnen de doelgroep.
3. Fases van verandering.
4. Bevorderlijke en belemmerende factoren met betrekking tot de verandering.

4.7.1 Achtergronden van de implementatie

Het is goed om allereerst stil te staan bij de doelen van de implementatie en de betrokkenen daarbij, de belangen die zij hebben en de rol die de betrokkenen daarin spelen. Het is erg belangrijk om hier een overzicht van te hebben. Wie moet er veranderen, waarom en wanneer? Het proces kan er heel anders uitzien wanneer een verpleegkundige moet veranderen of wanneer de vernieuwing geldt voor de schoonmaakdienst. Hoewel het doel hetzelfde kan zijn (bijvoorbeeld: een betere schoonmaak), betreft het andere betrokkenen en daarmee andere belangen en een variërende mate van invloed. Voor een haalbaar plan is deze informatie absoluut van belang.

4.7.2 Segmentatie binnen de doelgroep

Binnen een doelgroep kunnen er subgroepen zijn die elk anders met veranderingen omgaan of naar veranderingen kijken. Volgens onderzoeker Rogers (2003) is een groep in te delen in de volgende subgroepen (Figuur 2).

Figuur 2: Doelgroep segmentatie

Innovators: kunnen worden gezien als de 'kartrekkers' van een verandering.

Early Adopters: worden vaak gezien als opinieleiders; zij staan open voor nieuwe ideeën, maar dan wel op een voorzichtige manier.

Early Majority: is behoedzaam, maar accepteert de verandering iets eerder dan gemiddeld.

Late Majority: betreft sceptische mensen, die de verandering slechts willen accepteren wanneer de meerderheid dit ook doet.

Laggards: zijn zeer conservatief en kritisch ten opzichte van veranderingen. Ze willen alleen tot verandering overgaan wanneer de vernieuwing al 'normaal' is.

4.7.3 Fases van verandering

Naast de bovenstaande doelgroepsegmenten worden veranderingen in meerdere theorieën over verandering van gedrag en implementatie als een stapsgewijs proces gezien. Individuen, groepen (teams) en organisaties moeten het proces dus stapsgewijs doormaken om tot het gewenste handelen te komen.

Grol en Wensing onderscheiden - samenvattend vanuit twee verschillende stapsgewijze veranderingstheorieën (Prochaska, 2002; Weinstein, 2002) - de onderstaande fases in het proces van verandering die een individu, team of instelling moet doormaken om tot adequate implementatie van de richtlijn te komen. Hieronder wordt beschreven wat deze fases inhouden.

Oriëntatie: deze fase is erop gericht de doelgroep bewust te maken van, de interesse te wekken voor en betrokkenheid te vergroten met de richtlijnen en/of veranderingen. Individuen, teams of instellingen moeten op de hoogte zijn dat er iets gaat veranderen, ook al is het nog niet duidelijk wat. Hun interesse in de richtlijn of verandering moet geprikkeld worden. Men moet ook het gevoel krijgen dat het belangrijk is voor het eigen werk.

Inzicht: deze fase is erop gericht om de doelgroep te informeren wat de verandering precies inhoudt en inzicht te geven in het feitelijk handelen en wat er van de doelgroep verwacht wordt. De verandering moet dus heel duidelijk zijn en men moet het gevoel krijgen dat het echt nodig is om te veranderen.

Acceptatie: tijdens de acceptatiefase is een positieve houding ten opzichte van de verandering noodzakelijk. Het team of de instelling moet de voor- en nadelen van de nieuwe werkwijze afwegen en dus overtuigd worden van het nut van de verandering. Naast een positieve houding moet men de intentie hebben om daadwerkelijk (op korte termijn) anders te gaan handelen. De betreffende doelgroep moet een duidelijk idee hebben van de wijze waarop de verandering in de eigen werksituatie toegepast kan worden, en daarnaast het gevoel hebben dat de verandering ook haalbaar is.

Verandering: de veranderingsfase is erop gericht om een echte start te maken met de verandering. Idealiter wordt de mogelijkheid geboden om de verandering

eerst op kleine schaal uit te proberen, er ervaring mee op te doen en waar nodig vaardigheden aan te leren. Het nut van de verandering moet bevestigd worden evenals het idee dat deze hierna zonder problemen toepasbaar is.

Behoud van verandering: in deze fase wordt de verandering een vast onderdeel en dus een routine in de dagelijkse praktijk. De verandering moet natuurlijk ook worden ondersteund binnen de instelling zodat een blijvende toepassing mogelijk is. Organisatorische, financiële en structurele voorwaarden moeten hiervoor zorgen.

4.7.4 *Bevorderlijke en belemmerende factoren*

Bij elke stap in het implementatieproces en ook in elke fase van verandering kunnen specifieke factoren belangrijk zijn. Zowel bevorderlijke en belemmerende factoren kunnen bepalend zijn bij het al dan niet succesvol implementeren. In hoofdstuk 3 is al beschreven welke factoren geconstateerd werden bij de bezochte dak- en thuislozeninstellingen. Onderzoekers Fleuren, Plas en Peters (2002; 2006; 2003) hebben op basis van een literatuurreview geïnventariseerd welke bevorderlijke en belemmerende factoren een rol spelen bij implementaties van vernieuwingen in gezondheidszorgorganisaties. Dit heeft geresulteerd in een uitvoerige lijst van factoren. Deze factoren kunnen het best ingedeeld worden in 4 categorieën, namelijk: factoren die betrekking hebben op de organisatie, op de gebruiker, op de vernieuwing en op de omgeving. In bijlage 1 zijn deze factoren verder uitgewerkt.

4.7.5 *Resultaat diagnostische analyse*

De punten die in de analyse van de doelgroep en setting beschreven zijn (§4.7.1 t/m §4.7.4) gelden als uiterst belangrijke stappen in het model van Grol en Wensing en er moet gedurende het hele implementatieproces rekening mee worden gehouden. Om effectief te implementeren, moet duidelijk zijn wie de doelgroep is (en wat hun belangen zijn), wie binnen de doelgroep innovators of bijvoorbeeld laggards zijn, in welke fase van verandering de doelgroep zit en welke bevorderlijke en belemmerende factoren aanwezig zijn.

4.8 **Ontwikkeling of selectie van strategieën**

De volgende stap in het model is het kiezen van de juiste strategieën en activiteiten die logischerwijs aansluiten bij de geïnventariseerde punten uit de analyse van de doelgroep en setting. Verschillende strategieën of activiteiten zijn nodig voor de verschillende stappen in het implementatieproces. Het model van Grol en Wensing kan globaal worden ingedeeld in twee onderdelen, namelijk disseminatie (verspreiden van de richtlijn) en implementatie (feitelijke toepassing ervan bevorderen en verankeren).

Disseminatie: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de richtlijn. Het bevorderen van een positieve houding en van de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze.

Implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing in de praktijk en ervoor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routine.

Beide onderdelen vragen dus om verschillende strategieën of activiteiten die aansluiten bij de organisatie waar een vernieuwing wordt geïmplementeerd. Het is belangrijk dat men zich realiseert dat een effectieve disseminatie meestal noodzakelijk is, maar op zich als voorwaarde niet toereikend is voor een daadwerkelijke verandering in het dagelijks werk van de doelgroep.

De stap van de analyse van de doelgroep en setting (zie §4.7) naar de selectie van strategieën voor verandering kan via twee methodes worden gedaan. De selectie kan ofwel theoriegestuurd zijn ofwel exploratief (verkenkend). Er bestaan al zeer veel theorieën die elk hun visie geven op de wijze waarop veranderingen het beste teweeggebracht kunnen worden. Ondanks al deze verschillende theorieën is het niet duidelijk of ze ook daadwerkelijk hun beoogde doel halen. Een andere benadering is de exploratieve methode. Exploratieve methoden om veranderingsstrategieën te ontwikkelen zijn met name gebaseerd op brainstorming. Deze methode helpt een groep of team zoveel mogelijk oplossingen voor een bepaald probleem te bedenken. Bij voorkeur vindt deze exploratieve methode ook decentraal plaats, zodat er eveneens oplossingen in de lagere geledingen van de organisatie bedacht worden.

4.9 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan

De stap 'selectie van strategieën' (§4.8) heeft geleid tot oplossingen en activiteiten waaruit een implementatieplan gevormd kan worden. Zoals al eerder genoemd werd, zal bij het maken en uitvoeren van het implementatieplan aandacht besteed moeten worden aan zowel een effectieve disseminatie als aan het bevorderen van de feitelijke toepassing van de geselecteerde oplossingen en activiteiten. Wanneer wordt overgegaan tot het plannen en uitvoeren van het implementatieplan, kan gedacht worden aan de volgende punten:

- De doelgroep betrekken bij het plannen van de activiteiten. De doelgroep zou ook betrokken kunnen worden bij het analyseren van de verschillende invoeringsproblemen gedurende de planning.
- Indien mogelijk de geselecteerde activiteiten eerst op kleine schaal uitproberen. Er kan dan ervaring worden opgedaan en de activiteiten kunnen getest worden op hun toepasbaarheid en haalbaarheid.
- Een goede planning van de activiteiten en dus een logische volgorde van de verschillende geselecteerde activiteiten.
- In de planning rekening houden met de verschillende fases van het veranderingsproces (§4.7.3).
- Verdeling van taken en verantwoordelijkheden (inclusief de controle daarvan).
- Korte- en langetermijndoelen formuleren (liefst SMART) ten aanzien van het implementatieplan. Deze doelen kunnen worden gebruikt in de evaluatie van het plan en bij de uitkomsten van de activiteiten.

4.9.1 Behoud van verandering

Het einddoel van de implementatie zal natuurlijk zijn dat de geplande verbeteringen zo goed mogelijk in de vaste routine worden ingebouwd en dat terugval wordt voorkomen. De theorie en ervaring leren dat het regelmatig voorkomt dat een verandering toch terugval vertoont. Het borgen van de verandering vereist ook maatregelen en activiteiten die dat voorkomen. Om de verandering te borgen zouden bepaalde onderdelen van het implementatieplan bijvoorbeeld structureel moeten worden voortgezet; te denken valt aan het blijven monitoren (controleren) van een bepaalde handeling. Het regelmatig bijwonen van bijvoorbeeld een opfriscursus zou ook nuttig kunnen zijn, of het koppelen van de verandering aan bepaalde handelingen die al als routine worden ervaren. Herhaling ten behoeve van het behoud van de verandering is dus essentieel.

4.10 Evaluatie en (eventuele) bijstelling van het plan

Een laatste stap binnen dit model, maar zeker geen eindstap binnen de implementatie, is de evaluatie van de bereikte resultaten. Zijn de beoogde

doelen behaald? Vaak wordt hier te weinig aandacht aan besteed, maar is het zeker van belang om vast te stellen of de gemaakte stappen en geselecteerde activiteiten hun vruchten hebben afgeworpen. De indicatoren die gebruikt zijn bij het in kaart brengen van de feitelijke zorg (§4.6) zijn dus ook van belang voor de evaluatie. Door middel van deze indicatoren wordt het doel meetbaar en kan er bepaald worden of men uiteindelijk de gewenste manier van werken hanteert. Wanneer uit de evaluatie blijkt dat het doel niet behaald is, moet bepaald worden hoe dit komt. De bevindingen in de eindevaluatie kunnen bijstelling verlangen van elke stap binnen het model voor verandering en implementatie (zie Figuur 1). Te denken valt aan:

- Het bijstellen van de doelen als deze onrealistisch blijken te zijn.
- Een aanvullende analyse ten aanzien van belemmerende en bevorderlijke factoren.
- Herziening van de strategieën en activiteiten om tot verandering te komen.
- Herziening van de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd.
- Het nemen van (nieuwe) maatregelen om terugval te voorkomen.

Het zou effectief zijn om naast een eindevaluatie continu te blijven controleren of men op goede spoor zit; op basis van de bevindingen kan men dan het plan bijstellen. Dit kan na elke stap binnen het model worden toegepast maar men kan ook het doel opsplitsen in kortetermijn- (is de doelgroep op de hoogte en accepteert die de verandering?), middellangetermijn- (past men de nieuwe werkwijze toe?) en langetermijndoelen (worden er effecten gemeten in de vorm van, bijvoorbeeld, kostenreductie of afname van het aantal infectie-uitbraken?).

4.11 Samenvatting

Implementatie kan gedefinieerd worden als een proces- en planmatige invoering van vernieuwingen. Op basis van bestaande theorieën hebben de onderzoekers Grol en Wensing een proces- en planmatig model ontwikkeld om richtlijnen en vernieuwingen te implementeren. Het model levert het inzicht op dat er niet één strategie voor alle vernieuwingen bestaat. Verschillende doelgroepen en situaties brengen verschillende implementatieproblemen met zich mee. Een goede diagnostische analyse van doelgroep en setting moet daarom leidraad zijn voor een goed opgezet implementatieplan. Meestal betekent dit dat er een gevarieerd aantal strategieën moet worden benut die in een bepaalde volgorde worden toegepast. Het doorlopen van alle stappen in het model verdient daarbij aandacht.

5 Implementatie: toepassing op de werkwijze van de hygiëneadviseur

5.1 Stappenplan voor implementatie hygiënerichtlijnen

Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat implementatie van de hygiënerichtlijnen een stapsgewijs proces is waarop veel factoren van invloed kunnen zijn. Maar wat betekent het voor de werkwijze van de hygiëneadviseur wanneer hij of zij de hygiënerichtlijnen wil implementeren in de praktijk? Het model van implementatie en verandering geeft een goede beschrijving van de stappen die genomen moeten worden, maar de praktijk van de hygiëneadviseur vraagt om een kleine aanpassing van het model. Grol en Wensing geven aan dat het stappenplan in Figuur 1 een model is dat in de praktijk een andere volgorde of aanvullende stappen kan vereisen. Hieronder volgt een stappenplan dat volgens de projectgroep weergeeft welke stappen de hygiëneadviseur zou kunnen nemen om de hygiënerichtlijnen zo adequaat mogelijk te implementeren. Omdat elke situatie uniek is en om een andere aanpak kan vragen, zullen er per stap, in de kaders, kort twee praktijkvoorbeelden volgen om het proces te verduidelijken.

Stap 1: Hygiënerichtlijnen

Het begint voor de hygiëneadviseur met het kennisnemen van de inhoud van de hygiënerichtlijnen van het LCHV (of verbeteringen vanuit de praktijk die de hygiëneadviseur meeneemt in zijn/haar advisering aan een instelling). De hygiënerichtlijnen van het LCHV worden regelmatig (om de 4 jaar) herzien zodat de inhoud volgens de nieuwste inzichten bijgewerkt wordt. Er kan natuurlijk met een kritisch oog gekeken worden naar deze hygiënerichtlijnen, maar dat valt buiten het doel van dit project.

Locatie 1:

In dit voorbeeld worden de hygiënerichtlijnen voor dak- en thuislozen en sociale pensions van het LCHV geïmplementeerd.

Locatie 2:

In dit voorbeeld worden de hygiënerichtlijnen voor verpleeghuizen (LCHV) geïmplementeerd.

Stap 2: Samenwerkingscontract

Het initiatief om het hygiëneadvies van de GGD-en te vragen kan per GGD verschillen. Het kan zijn dat de advisering geïnitieerd wordt vanuit de gemeente en dus uit publieke middelen gefinancierd wordt of dat een organisatie of instelling tegen kostendekkend tarief advies vraagt om het hygiënepeil te verbeteren of in stand te houden.

In beide gevallen is het opstellen van een samenwerkingscontract met de instelling of organisatie een van de belangrijkste stappen om de hygiënerichtlijnen effectief te implementeren. Het verschil in financiële vergoeding bepaalt voor een groot deel de hoeveelheid tijd die vanuit de GGD in de begeleiding kan worden gestoken. Een goede planning en voorbereiding is daarom essentieel om de vervolgstappen zo goed mogelijk te doorlopen.

Locatie 1:

Deze locatie begon dit jaar met een nieuwe thema, namelijk 'preventie'. Omdat infectiepreventie een belangrijk onderwerp is binnen deze locatie hebben zij contact gezocht met de GGD om hun infectiepreventiepraktijk te verbeteren aan de hand van de hygiënerichtlijnen van het LCHV.

<p>De volgende punten worden afgesproken en in een samenwerkingscontract opgenomen:</p> <ul style="list-style-type: none">• hoe medewerkers geïnformeerd worden over het doel van de hygiënebegeleiding door de GGD;• hoe veranderprioriteiten worden opgesteld;• hoe de betreffende doelgroepen op de hoogte worden gebracht van de gevonden knelpunten;• hoe de doelgroepen betrokken worden bij het implementatieproces;• op welke momenten en hoe geëvalueerd wordt.
<p>Locatie 2:</p> <p>In een verpleeghuis is bij de juiste uitvoering van infectiepreventie ondersteuning nodig van een deskundige. Het verpleeghuis neemt contact op met de GGD waar deze deskundige werkzaam is. De ondersteuning vindt plaats aan de hand van de richtlijnen van het LCHV. In het samenwerkingscontract dat wordt opgesteld wordt o.a. afgesproken:</p> <ul style="list-style-type: none">• de omvang van de advisering en de begeleiding;• hoe medewerkers geïnformeerd worden over het doel van de hygiënebegeleiding door de GGD;• hoe veranderprioriteiten worden opgesteld;• hoe de betreffende doelgroepen op de hoogte worden gebracht van de gevonden knelpunten;• hoe de doelgroepen betrokken worden bij het implementatieproces;• op welke momenten en hoe geëvalueerd wordt.

Stap 3: Oriëntatie

In de oriëntatiefase wordt gestart met de disseminatie (zie §4.8). Doelgroepen moeten in eerste instantie in aanraking komen met de hygiënerichtlijnen en er zich bewust van zijn dat de aankomende adviezen aan de hand van deze richtlijnen worden gegeven. Wellicht nog beter is het om de doelgroepen ook te informeren dat hun instelling volgens deze hygiënerichtlijnen wil werken en gekozen heeft deze via de hygiëneadviseur te implementeren. Er zijn activiteiten nodig om de doelgroepen op de hoogte te stellen van en zelfs te prikkelen om stil te staan bij de hygiënerichtlijn. Het op de hoogte stellen kan via de gebruikelijke kanalen binnen de instelling of op een persoonlijker manier, bijvoorbeeld via de leidinggevende of andere sleutelfiguren. Dit heeft ook het voordeel dat wanneer de hygiëneadviseur een bezoek brengt aan een locatie (verwacht of onverwacht), men al op de hoogte is van het doel en de verwachting van de adviseur.

<p>Locatie 1:</p> <p>Om medewerkers op de hoogte te brengen van het doel van de hygiënebegeleiding door de GGD worden er posters opgehangen met de tekst: 'Infectiepreventie, daar maak jij je toch ook sterk voor' 'Met behulp van de GGD willen wij zo goed mogelijk volgens de richtlijnen van het LCHV werken. De hygiënerichtlijn is te vinden op het intranet van de locatie'. In werkbesprekingen wordt intern uitgelegd dat de GGD over de vloer komt om uiteindelijk adviezen te geven aan de hand van de hygiënerichtlijnen van het LCHV.</p>
<p>Locatie 2:</p> <p>In het personeelsblad en op intranet wordt in een artikel aan de hand van een interview met de deskundige infectiepreventie, informatie gegeven. Het gaat dan om informatie over infectiepreventie en over de rol van zowel de deskundige infectiepreventie als de medewerkers hierin. Er wordt ook verwezen naar de richtlijnen van het LCHV.</p>

Stap 4: In kaart brengen van hygiëneknelpunten

Welke werkwijze wordt er nu gehanteerd en in welk opzicht wijkt deze af van de hygiënerichtlijnen die uiteindelijk geïmplementeerd worden? Per hygiënerichtlijn heeft het LCHV checklisten ontwikkeld die aan de hand van de richtlijn duidelijke indicatoren bevatten voor waar het feitelijk handelen afwijkt van de gewenste situatie oftewel de hygiënerichtlijn. De hygiëneadviseur heeft nu een duidelijk beeld van waar de hygiëneknelpunten zitten. Omdat doelgroepen vaak slechts in staat zijn om niet meer dan één enkele verandering tegelijk aan te pakken, is het wel zo efficiënt om aan te geven welk advies prioriteit heeft. De adviseur

kan, mondeling en/of schriftelijk, aangeven waar de belangrijkste afwijkingen van de gewenste situatie liggen die naar verwachting nog veranderd kunnen worden.

<p>Locatie 1:</p> <p>De hygiëneadviseur bepaalt met behulp van de checklist welke hygiëneknelpunten bij deze locatie aanwezig zijn. De hygiëneadviseur geeft via een adviesrapport aan welke knelpunten belangrijk zijn om aan te pakken. Dit rapport wordt telefonisch besproken met de zorgcoördinator van de locatie. Er wordt besproken dat verbetering van de schoonmaak op deze locatie prioriteit heeft. Voorafgaand aan de schoonmaaktaak wordt er niet met schone schoonmaakmaterialen gewerkt. Daarnaast wordt het schoonmaakschema niet correct gebruikt.</p>
<p>Locatie 2:</p> <p>In overleg met de locatiemanager en teamleiders wordt een hygiëneaudit uitgevoerd op de locatie. Ook de knelpunten die naar voren komen in dit overleg worden meegenomen in de audit, die aan de hand van de checklist van het LCHV wordt uitgevoerd. Het auditrapport wordt besproken met de leidinggevenden en enkele teamleden. Gezamenlijk wordt er een actieplan opgesteld waarin de omgang met beschermende middelen (handschoenen en schorten) als belangrijkste prioriteit wordt benoemd.</p>

Stap 5: Formuleren van concrete veranderingsdoelen

Nadat duidelijk is waar de prioriteiten liggen en welke veranderingen geïmplementeerd zullen worden, moeten er per verandering 'veranderingsdoelen' worden opgesteld. Deze dienen idealiter 'SMART' te worden geformuleerd, waarmee bedoeld wordt dat het doel specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden wordt omschreven. Door doelen SMART op te stellen, voorkom je dat deze vaag en vrijblijvend zijn en geen duidelijke leidraad vormen (let op! theoretisch zou men voor elk advies het implementatieproces kunnen doorlopen. Het is daarom raadzaam om maar één of twee doelstellingen te formuleren.)

<p>Locatie 1:</p> <p>Via de mail wordt er samen met de zorgcoördinator de volgende doelstelling geformuleerd: deze locatie zorgt dat bij elke schoonmaaktaak gewerkt wordt met schone schoonmaakmaterialen en dat het schoonmaakschema altijd ingevuld wordt. Dit zal na vier maanden door de hygiëneadviseur getoetst worden.</p>
<p>Locatie 2:</p> <p>De teamleiders hebben met de teamleden de volgende doelstelling geformuleerd: er wordt op de juiste momenten en wijze gebruikgemaakt van de beschermende middelen. Dit zal na negen maanden worden getoetst door een hygiëneaudit, uitgevoerd door de deskundige infectiepreventie.</p>

Stap 6: Bepalen doelgroep

Hier begint de diagnostische analyse binnen het implementatieproces. Het is goed om voor ogen te hebben welke doelgroepen met de verandering te maken krijgen. Hoe zijn de doelgroepen optimaal te bereiken en wat zijn hun belangen? Een veranderingsdoel kan bijvoorbeeld een andere uitwerking hebben voor een pedagogisch hulpverlener dan voor een voedingsassistent.

<p>Locatie 1:</p> <p>De schoonmaaktaken op deze locatie worden uitgevoerd door de eigen bewoners. Zij worden in hun dagelijkse bezigheden begeleid door zowel woonbegeleiders 1 & 2 (woonbegeleiders 1 ondersteunen de bewoners in hun activiteiten, woonbegeleiders 2 stellen het pedagogisch begeleidingsplan op en kijken waar ondersteuning nodig is). Zowel woonbegeleider 1 als 2 hebben iedere week een werkoverleg. Eenmaal per twee weken vindt er bovendien een gezamenlijk overleg plaats waar zowel woonbegeleiders 1 als 2 aanwezig zijn.</p>
--

Locatie 2:

De doelgroep wordt gevormd door de verzorgenden die de directe bewonerszorg uitvoeren. Immers, tijdens de bewonerszorg is er een risico op contact met lichaamsvloeistoffen (urine, bloed en ontlasting) waarbij het gebruik van de beschermende middelen is geïndiceerd. Het betreft dus het hele team inclusief teamleider die ook betrokken is bij de directe bewonerszorg. Er vindt maandelijks teamoverleg plaats waarbij ook hygiëne op de agenda staat. De doelgroep wordt ondersteund door nieuw aangestelde Hygiëne Kwaliteits Medewerkers (=HKM-ers). Dit zijn verzorgenden die al deel uitmaken van het team en een voortrekkersrol hebben in het behalen van de doelstelling.

Stap 7: Inzicht

Om tot verandering te komen, moet de doelgroep inzicht hebben in de eigen werkwijze en weten waar verbetering nodig is. De gevonden knelpunten dienen dus ook teruggekoppeld te worden naar de doelgroep. Al eerder werd omschreven dat men regelmatig het eigen hygiënisch handelen overschat en niet bereid is tot kritische reflectie op de eigen werkwijze omdat dit bedreigend over kan komen. De manier van terugkoppelen kan hier een rol van betekenis spelen.

De doelgroep zal niet alleen geïnteresseerd moeten zijn in de verandering, maar ook precies moeten begrijpen wat deze inhoudt en wat de argumenten ervoor zijn. De betrokkenen moeten weten wat er precies aan handelingen van hen verwacht wordt en waarom dit belangrijk is. Een mondelinge terugkoppeling en/of mondelinge toelichting van de hygiëneadviseur kan in deze stap een effectieve bijdrage leveren. De hygiëneadviseur heeft de kennis en vaardigheden om goed uit te leggen waarom de constatering risicopunten zijn.

Locatie 1:

Bij het werkoverleg voor beide typen woonbegeleiders zullen de hygiëneadviseur en de zorgcoördinator ook aanwezig zijn. Voorafgaand aan dit werkoverleg zijn de begeleiders per e-mail op de hoogte gebracht van het veranderingsdoel en de knelpunten die gevonden zijn. Gedurende het overleg zal de hygiëneadviseur uitleggen waarom de gevonden knelpunten mogelijk een hygiënerisico vormen en aan de begeleiders vragen of zij deze punten in het eigen werk herkennen.

Locatie 2:

Tijdens een basisvoorlichting worden alle verzorgenden geïnformeerd over de juiste omgang met de beschermende middelen en krijgen de aandachtsvelders een aparte scholing waarin uitgebreid wordt ingegaan op het onderwerp 'infectiepreventie'. Ook tijdens het werkoverleg vindt uitleg en discussie plaats over infectierisico's voor bewoners en personeel.

Stap 8: Acceptatie

De doelgroep moet vervolgens de voor- en nadelen van een mogelijke verandering goed afwegen en uiteindelijk een positieve houding ontwikkelen. Een negatieve houding kan door middel van vele verschillende factoren gevormd worden. Zo kan het nut van de verandering onderschat worden, kan men twifelen aan de deskundigheid van de GGD of verwacht men financiële consequenties (zie Bijlage 1). De hygiëneadviseur zal hier tijdens deze stap rekening mee moeten houden. Het nut om te veranderen dient hier door de doelgroep geaccepteerd te worden. Er moet dus ruimte zijn om weerstanden te bespreken en de argumentatie voor verandering te bediscussiëren. Een schriftelijke benadering alleen is onvoldoende om dit afwegingsproces te ondersteunen. De hygiëneadviseur zal in staat moeten zijn om dit afwegingsproces te begeleiden en mogelijke argumentatie mondeling toe te lichten.

Wanneer men eenmaal een positieve houding heeft gekweekt, is het tijd voor de volgende stap; het is nu de bedoeling dat de doelgroep concrete ideeën vormt over de manier waarop het nieuwe handelen vormgegeven en ingevoerd kan

worden in het eigen functioneren. Hierbij werkt het bevorderlijk wanneer de doelgroep betrokken wordt bij hoe de verandering eruit komt te zien en hoe deze zo goed mogelijk in te passen is in het eigen functioneren. De adviseur betreft de doelgroep ook bij eventuele invoeringsproblemen die overwonnen moeten worden. Het kan zijn dat er specifieke problemen of tegenwerking van bijvoorbeeld bewoners verwacht wordt, of dat men problemen ziet bij de organisatie en de voorzieningen die de implementatie mogelijk zullen beïnvloeden. Mogelijke invoeringsproblemen zullen geïnventariseerd moeten worden. Wordt de verandering in de praktijk toepasbaar en haalbaar geacht door de doelgroep?

Locatie 1:

Tijdens het werkoverleg is er ruimte voor het uiten van ieders mening. Beide groepen woonbegeleiders vinden ook dat de schoonmaak verbeterd moeten worden. Het ontbreekt hen echter wel aan de benodigde kennis van het goed reinigen van moppen en schoonmaakdoekjes. Die wordt hun meteen door de hygiëneadviseur bijgebracht. Een belangrijk punt tijdens het gezamenlijk overleg is dat beide woonbegeleiders zien dat bewoners weinig initiatief tonen om hun schoonmaaktaken uit te voeren en dus ook het schoonmaakschema niet invullen. Woonbegeleiders 1 hebben geen zin om als schoonmaker aan de slag te gaan omdat zij hiervoor niet zijn aangenomen. Bij navraag blijkt dat schoonmaak niet in het begeleidingsplan van de bewoners voorkomt. Als oplossing wordt bedacht dat begeleiders 1 & 2, die gezamenlijk een bewoner begeleiden, dit onderdeel in het begeleidingsplan opnemen. Iedereen inclusief de zorgcoördinator vindt dit een haalbare en realistische oplossing.

Locatie 2:

In de discussie komt naar voren dat de verzorgenden zich onvoldoende bewust zijn van de risico's die men loopt tijdens de werkzaamheden. Dit wordt tijdens de bezoeken van de deskundige infectiepreventie uitgelegd, maar ook de HKM'ers kunnen deze voorlichting geven. Een knelpunt is dat er onvoldoende beschermende middelen beschikbaar zijn en dat deze ook niet van de juiste kwaliteit zijn. De deskundige infectiepreventie adviseert waar de beschermende middelen verkrijgbaar zijn en overlegt met de afdeling Inkoop over de aanschaf van de juiste materialen.

Stap 9: De verandering

De volgende stap is die van de echte verandering naar de nieuwe werkwijze oftewel de implementatie. De essentie hier is het uitproberen van de vernieuwing in de praktijk en zelf ondervinden dat invoering mogelijk is. Bij voorkeur gebeurt dit eerst op kleine schaal. Het is mogelijk dat men wel positief gestemd is, maar weinig vertrouwen heeft in de eigen mogelijkheden om het ook echt anders te gaan doen. Het kan dus zijn dat men de nodige vaardigheden mist en dat deze aangeleerd moeten worden. Dit is natuurlijk afhankelijk van de vernieuwing zelf.

Tijdens het uitproberen kunnen zich structurele of organisatorische problemen voordoen die om een oplossing vragen. Het management dient hiervoor ingeschakeld te worden en besproken moet worden welke oplossingen mogelijk zijn. Het 'eerst uitproberen op kleine schaal' zou men bijvoorbeeld op één afdeling kunnen invoeren of men kan een pilot-groep vormen met innovators, early adopters en early majority. De opgedane ervaringen kunnen helpen om de nieuwe werkwijze optimaal door te voeren en/of aan mogelijke late majority en laggards te tonen dat het mogelijk is om te veranderen en te laten zien dat de nieuwe werkwijze voordeel oplevert. De rol van de hygiëneadviseur hierin is het blijven monitoren van de implementatie.

Locatie 1:

Het begeleidingsplan wordt om te beginnen voor twee bewoners binnen de locatie aangepast. Vanwege de verwachting dat de bewoners hier negatief op zullen reageren, wordt er met dit punt al rekening

<p>gehouden en bekeken hoe dit pedagogisch opgelost kan worden. De begeleiders van de twee bewoners zullen vaker de vooruitgang van de betreffende bewoner bespreken. Er wordt ook besproken wie de schoonmaaktaken op zich neemt wanneer de schoonmaak toch niet naar behoren uitgevoerd wordt. Daarnaast zal de zorgcoördinator ervoor zorgen dat er genoeg moppen en schoonmaakdoekjes beschikbaar zijn op de afdeling. Gedurende twee maanden zal er regelmatig geëvalueerd worden hoe de bewoners reageren op de extra begeleiding. De hygiëeadviseur zal na deze twee maanden telefonisch contact opnemen om te bespreken hoe de verandering verloopt en wat de ervaringen zijn. De begeleiders hebben een beloningssysteem bedacht om de bewoner te prikkelen zijn taken (eerst samen met woonbegeleider 1) uit te voeren. Het beloningssysteem werkt goed als na elke keer een pakje sigaretten als beloning wordt gegeven, wat voor deze bewoners als basisbehoefte wordt ervaren. Dit levert voor zowel begeleiders als bewoners een voordeel op.</p> <p>Het aanpassen van het begeleidingsplan zal nu ook op grote schaal worden gedaan, zodat alle collega's en bewoners eraan meewerken om de schoonmaak (altijd met schone materialen en goed invullen van het schoonmaakschema) te verbeteren.</p>
<p>Locatie 2:</p> <p>De afdeling waar de aandachtsvelders werkzaam zijn wordt als pilot gebruikt om de acties te monitoren. De aandachtsvelders hebben een voortrekkersrol hierin, informeren de medewerkers waar nodig over het juiste gebruik en spreken de collega's aan over de juiste werkwijze. De weerstanden die de HKM'ers ervaren, worden met de deskundige infectiepreventie besproken. Ook blijkt dat de schoonmaakmiddelen die eerder werden gebruikt en die van onvoldoende kwaliteit zijn, nog op de bestellijst staan. Na contact met Inkoop en het weggooien van de oude voorraden is dit probleem van de baan.</p> <p>De acties op afdelingsniveau worden verder uitgezet op locatieniveau waarbij de aandachtsvelders een belangrijke rol spelen. Het resultaat is dat de aandachtsvelders ook op andere onderdelen van infectiepreventie een belangrijke rol gaan spelen, dit naar ieders tevredenheid.</p>

Stap 10: Evaluatie

Bij de evaluatie kan er gekeken worden in hoeverre de geformuleerde doelstellingen gehaald zijn. Dit is mogelijk door nogmaals de checklist erop na te slaan en te bepalen of de gevonden constatering nu wel volgens de richtlijnen worden uitgevoerd. Het zou doeltreffender zijn om gedurende het proces vast te stellen of men op het goede spoor zit. De hygiëeadviseur zou per stap kunnen zien in hoeverre men gevorderd is in het veranderingsproces en waar ondersteuning/ nieuwe activiteiten nodig zijn.

- Is de doelgroep op de hoogte van de gevonden hygiëneknelpunten?
- Accepteerde de doelgroep de verandering?
- Wordt de verandering toegepast?
- Vindt er terugval plaats?

Het kan gedurende het proces voorkomen dat de veranderingsdoelen aangepast moeten worden om ze acceptabel te maken voor de doelgroep, of dat positieve feedback achterblijvers motiveert om eerder tot de echte implementatie over te gaan.

<p>Locatie 1:</p> <p>Gedurende het hele implementatieproces evalueert de hygiëeadviseur of alle benodigde stappen de juiste aandacht krijgen. Na vier maanden wordt er aan de hand van de checklist bekeken wat de stand van zaken is. Er wordt bepaald of de vorige knelpunten nu op de juiste wijze worden uitgevoerd, of het veranderingsdoel gehaald is en of het plan aangepast moet worden.</p>
<p>Locatie 2:</p> <p>De deskundige infectiepreventie voert op twee afdelingen een audit uit, met als speerpunt de omgang met beschermende middelen. De resultaten van de audit worden besproken met de medewerkers. Uit overzichten van de afdeling Inkoop blijkt dat het gebruik van handschoenen na een periode van stabilisering in de laatste twee maanden enorm is toegenomen. Er vindt informatieverstrekking plaats op afdelingsniveau over de juiste indicatie voor het gebruik van handschoenen. Besloten wordt om het behalen van de doelstelling met drie maanden te verlengen.</p>

Stap 11: Behoud

Bij gebleken nut van de nieuwe werkwijze zal deze dus in bestaande zorgprotocollen of werkinstructies ingevoerd kunnen worden. Omdat het zeer gemakkelijk is om weer terug te vallen in oude routines, zal men in de gaten moeten houden dat de nieuwe manier van werken regelmatig onder de aandacht wordt gebracht. Zo kan het tijdens het werkoverleg standaard op de agenda staan of koppelt men de nieuwe werkwijze aan reeds bestaande routines. De hygiëneadviseur kan door middel van zijn/haar bezoeken beoordelen of de doelgroep al dan niet terugvalverschijnselen vertoont. In het algemeen moeten de organisatorische, structurele en financiële condities zodanig aanwezig zijn dat ze de verankering van de nieuwe werkwijze in de organisatie ondersteunen.

Locatie 1:

Om terugval te voorkomen, adviseert de hygiëneadviseur de zorgcoördinator om het ingezette begeleidingsplan bij elk werkoverleg als agendapunt mee te nemen en te blijven bespreken hoe de bewoners op de verandering reageren. De aanpassing en uitvoering van het begeleidingsplan zal onder andere ook in het beoordelingssysteem van de woonbegeleiders aan bod komen.

Locatie 2:

De rol met betrekking tot het juiste gebruik van handschoenen en schorten wordt overgenomen door de aandachtsvelders, samen met de teamleiders van de afdeling. Over het omgaan met weerstanden wordt een bijeenkomst georganiseerd voor de aandachtsvelders van verschillende locaties. In deze bijeenkomst worden ervaringen uitgewisseld en krijgt men ondersteuning van de deskundige infectiepreventie.

Wanneer alle stappen zijn doorlopen, kan de begeleiding weer beginnen met stap 4 (in kaart brengen van de nieuwe situatie) om vervolgens het hele proces weer te doorlopen. Hierdoor zorgt men per instelling voor een continu implementatiebegeleidingsproces.

5.2 Knelpunten en strategieën per stap

Verondersteld wordt dat elke doelgroep of setting tot op zekere hoogte uniek is; bovendien is zelfs binnen een doelgroep niet iedereen gelijk. Er kunnen dus binnen het implementatieproces verschillende factoren voorkomen waarop de hygiëneadviseur mogelijk invloed kan uitoefenen. Het is van belang dat alle stappen de nodige aandacht krijgen om het proces goed te doorlopen. Om een voorbeeld te geven staat in tabel 1 per stap omschreven welke beïnvloedbare factoren zich kunnen voordoen en welke strategieën de hygiëneadviseur kan toepassen.

1 Tabel: Mogelijke knelpunten en strategieën per stap

Stappen	Mogelijke beïnvloedbare factoren	Mogelijke strategieën
1. Hygiënerichtlijnen	- nieuwe inzichten die niet in de richtlijn zijn opgenomen	- toepassen van best practices
2. Samenwerkingscontract - Planning en voorbereiding	- onvolledige planning en voorbereiding.	- terugkoppeling naar managementniveau om nieuwe afspraken te maken
3. Oriëntatie - Bewust zijn, op de hoogte - Interesse, betrokkenheid	- niet op de hoogte - geen interesse - geen noodzaak voelen - beperkt inzicht in eigen functioneren	- richtlijn versturen - korte boodschappen versturen - persoonlijke benadering en uitleg - confrontatie met eigen handelen
4. In kaart brengen van hygiëneknelpunten - Goede indicatoren - Aangeven prioriteiten	- onduidelijk waar prioriteiten liggen - knelpunten aantreffen die niet in de checklist staat	- specifiek aangeven risico's - onderbouwen constatering
5. formuleren van concrete veranderingsdoelen - Doelstelling	- geen concrete doelen - onrealistische doelstelling	- SMART-methode toepassen - Doelgroep betrekken bij doelstelling
6. Doelgroep bepalen - Doelgroep bepalen en bereiken	- onduidelijk is wie met de vernieuwing te maken krijgt - niet bereiken van doelgroep	- leidinggevende of sleutelfiguren inschakelen
7. Inzicht - Kennis, begrip - Inzicht in eigen werkwijze	- gebrek aan specifieke kennis - de nieuwe informatie niet begrijpen - de specifieke informatie vergeten - ontkennen van tekortschieten eigen functioneren	- goede instructie - kernachtige boodschappen - herhaling boodschap - feedback eigen functioneren - onderlinge toetsing
8. Acceptatie - Positieve houding - Intentie, besluit te veranderen	- meer nadelen dan voordelen zien - twijfels over de onderbouwing - twijfels over de deskundigheid GGD - geen betrokkenheid bij het ontwikkelingsproces - verwachte problemen bij toepassing nieuwe werkwijze (toepasbaarheid, haalbaarheid)	- Aanpassing advies aan wensen doelgroep - constatering bespreken en lokale discussies - inschakelen sleutelfiguren - nieuwe haalbare doelen opstellen - reductie van risico's van veranderen - demonstratie van uitvoerbaarheid aan collega's

	- gebrek aan vertrouwen in eigen vaardigheden	
9. Verandering - Invoering in de praktijk - Bevestiging van nut	- praktische knelpunten (tijd, geld) - gebrek aan vaardigheden nieuwe werkwijze - geen mogelijkheid om op kleine schaal uit te proberen - negatieve eerste ervaringen - patiënten of cliënten werken niet mee of reageren negatief - negatieve neveneffecten	- hoger management inschakelen - vaardigheidstraining - informeren van bewoners of cliënten - opstellen van nieuwe, haalbare doelen
10. Evaluatie - Meten van beoogde doelstelling	- einddoel niet halen	- bijstelling implementatieplan - korte- en langetermijn-doelstelling formuleren.
11. Behoud - Integratie in routines - Verankering in organisatie	- terugval in oude routines - vergeten nieuwe inzichten - gebrek aan hulpmiddelen - geen ondersteuning hoger management	- feedback-, remindersysteem invoeren - integreren in eigen zorgprocessen of begeleidingsplannen - ondersteuning hoger management

5.3

Samenvatting

Het implementatiemodel dat in hoofdstuk 4 werd beschreven vraagt om een aanpassing wanneer het toegepast wordt op de werkwijze van de hygiëneadviseur. De hygiëneadviseur kan elf planmatige stappen toepassen om de hygiënerichtlijnen (adviezen) te implementeren. Deze elf stappen geven aan dat een interactief contact met de organisatie of instelling nodig is. Een goede voorbereiding en planning wordt vastgelegd in een samenwerkingscontract. De essentie is dat de hygiëneadviseur het implementatieproces blijft monitoren en in staat moet zijn beïnvloedbare factoren te herkennen, zodat daar een passende strategie bij gevonden kan worden.

6 Conclusie en aanbevelingen

6.1 Conclusie

'De klassieke methode van adviseren' heeft geresulteerd in de constatering van verschillende factoren die een goede hygiëne belemmeren. Dit laat zien dat er kansen liggen in de werkwijze van de hygiëneadviseur om de adviestaak effectiever uit te voeren. De hygiënemaatregelen die voortvloeien uit deze adviestaak, dienen op een proces- en planmatige manier uitgevoerd te worden. Het LCHV adviseert de hygiëneadviseurs hun werkwijze via de elf beschreven planmatige stappen te organiseren. Al deze stappen verdienen de nodige aandacht.

6.2 Aanbevelingen

1. Ten eerste vraagt het toepassen van de beschreven elf stappen (§5.1) om een verandering van eigen werkwijze voor de hygiëneadviseur. Om deze reden adviseren we dat deze verandering in de eigen werkwijze op een proces- en planmatige manier geïmplementeerd wordt.

Er moeten per GGD antwoorden op de volgende vragen gegeven kunnen worden:

- Zijn de hygiëneadviseurs op de hoogte van een proces- en planmatige manier van implementeren?
- Welke werkwijze wordt er nu gehanteerd?
- Welke doelstelling kan er worden geformuleerd om de werkwijze aan te passen?
- Wie krijgt er binnen de GGD met de nieuwe werkwijze te maken?
- Heeft deze doelgroep inzicht in waar hun werkwijze afwijkt van de nieuwe werkwijze?
- Ziet de doelgroep meer voor- dan nadelen na aanpassing van hun werkwijze?
- Wat is er voor nodig om de nieuwe werkwijze toe te passen?
- Wat zijn de ervaringen met de nieuwe werkwijze?
- Wat is er voor nodig om de nieuwe werkwijze als routine te zien?

2. Ten tweede adviseren we het LCHV dat zij zich bij herziening van het competentieprofiel meer richten op competenties die samenhangen met proces- en planmatig implementeren.

Deze competenties kunnen zijn:

- Besluitvaardigheid.
Beslissingen nemen door middel van het ondernemen van acties, of zich vastleggen door middel van het uitspreken van meningen.
- Mondelinge uitdrukkingsvaardigheid.
Ideeën en meningen in begrijpelijke taal aan anderen mondeling duidelijk maken.
- Mondelinge presentatie.
Ideeën en feiten op heldere wijze presenteren.
- Overtuigingskracht.
Gedrag dat erop is gericht anderen te overtuigen van een bepaald standpunt en instemming krijgen voor bepaalde plannen, ideeën of producten.
- Flexibiliteit.
Indien zich problemen of kansen voordoen, de eigen gedragsstijl veranderen teneinde een gesteld doel te bereiken.

- Organisatiesensitiviteit.
Onderkennen van invloed en gevolgen van eigen beslissingen of activiteiten op andere onderdelen van de organisatie.
- Plannen en organiseren.
Op effectieve wijze doelen en prioriteiten bepalen en de benodigde acties, tijd en middelen aangeven om die doelen te kunnen bereiken.
- Voortgangscontrole.
Opstellen en uitvoeren van procedures om de voortgang van processen, taken of activiteiten van medewerkers, alsook de voortgang van eigen functieactiviteiten en verantwoordelijkheden te bewaken en controleren.
- Omgaan met details.
Langdurig en effectief kunnen omgaan met gedetailleerde informatie.

3. Ten derde is er meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van deze proces- en planmatige werkwijze op de hygiënestatus van de locatie waar de hygiënerichtlijnen geïmplementeerd worden. In hoeverre heeft deze aanpak invloed op het risico van infectieoverdracht?

7 Literatuur

Ajzen, I. (2005) The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50, p. 79-211.

Bartholomew L.K, G.S. Parcel, G. Kok, N.H. Gottlieb (2001), *Intervention Mapping; designing theory and evidence based health promotion programs*, Mountain View: Mayfield.

Brug, J, P. van Assema & L. Lechner (2007), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. Assen: van Gorkum.

Fleuren M.A.H., C.H. Wiefferink, T.G.W.M. Paulussen (2002), *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*, Leiden: TNO.

Grol, R. (2011) *Implementatie effectieve verbetering in de patiëntenzorg*. Reed Business.

Hinlopen C. (2010), *Beleidsrichtlijn Technische Hygiënezorg, Prioriteiten en Financiering*. Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid.

Molenaar P. (2009). *Verslag van het inventariserend onderzoek naar de hygiëne en infectiepreventie binnen twintig voorzieningen van de maatschappelijke opvang in Amsterdam*, GGD Amsterdam

Peters M.A.J., M. Harmsen, M.G.H. Laurant, M. Wensing (2003) *Ruimte voor verandering? Knelpunten en mogelijkheden voor verbeteringen in de patiëntenzorg*. Nijmegen, Afdeling Kwaliteit van zorg (WOK), UMC St Radboud.

Plas, M, M. Wensing (2006) *Begrippenkader voor implementatiestrategieën en beïnvloedende factoren bij implementatie in de gezondheidszorg*. Nijmegen, Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK).

Prochaska, J.O. (2002). *The Transtheoretical Model and stages of Change*. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis (Eds.) *Health behaviour and health education: theory, research and practice* (pp 99-120) San Francisco: Jossey-Bass

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.

Weinstein N.D. & P.M. Sandman (2002) *The Precaution Adaption Process Model*. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis (Eds.) *Health behaviour and health education: theory, research and practice* (pp 121-143).

Wensing, M, P van Splunteren, M. Hulscher, R. Grol (2002). *Praktisch nieuw, implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: van Gorkum.

Zorg Onderzoek Nederland. *Definitie implementatie (ZON-onderzoek 1990)*. Met het oog op toepassing. *Beleidsnota Implementatie ZON, 1997-1999*. ZON, Den Haag, 1997.

Bijlage 1 Beïnvloedbare factoren

Vanuit de observaties in de praktijk en vanuit de literatuur weten we dat invoering van vernieuwingen veelal een verandering van gedrag vraagt bij zowel het management als de werknemers en eventueel cliënten/bewoners. Bij elke stap in de implementatiewerkwijze van de hygiëneadviseur kunnen specifieke factoren belangrijk zijn. Maar ook bij elk afzonderlijk hygiëneknelpunt (bijvoorbeeld het juist omgaan met de naaldencontainer of het hanteren van artikel 26) kunnen weer andere factoren een rol spelen. Deze factoren kunnen het doorvoeren van veranderingen in de weg staan of juist vergemakkelijken, maar het is lastig om per factor te bepalen in welke mate deze van invloed is. Om die reden wordt er voornamelijk gesproken over beïnvloedbare factoren. Het is voor de hygiëneadviseur erg belangrijk om kennis te hebben van deze verschillende factoren en ze in de dagelijkse praktijk te herkennen.

In de afgelopen jaren is de belangstelling voor de implementatie van zorgvernieuwingen sterk gegroeid. Er zijn geleidelijk aan meer studies verschenen over de effecten van de implementatie van richtlijnen en zorgvernieuwingen (Brug 2007; Bartholomew 2001). De onderzoekers Fleuren, Plas en Peters (2002; 2006; 2003) hebben op basis van een literatuurreview geïnventariseerd welke beïnvloedbare factoren een rol spelen bij implementaties van vernieuwingen in organisaties voor de gezondheidszorg. Dit heeft geresulteerd in een uitvoerige lijst van beïnvloedbare factoren, die weer onder te verdelen is in vier categorieën, namelijk: *factoren die betrekking hebben op de organisatie*, *factoren die betrekking hebben op de gebruiker*, *factoren die betrekking hebben op de vernieuwing* en *factoren die betrekking hebben op de omgeving*. Daarnaast bestaan er randvoorwaarden die te allen tijde aanwezig moeten zijn om de implementatie in goede banen te leiden. Opvallend was het antwoord dat de onderzoekers gaven op de vraag wat de beïnvloedbaarheid was van de verschillende factoren. Zij gaven aan dat bijna alle factoren beïnvloedbaar zijn, mits er randvoorwaarden aanwezig zijn, en dat de invloed van de verschillende factoren sterk afhangt van het soort vernieuwing en de context waarin de verandering plaatsvindt.

Er wordt echter wel verondersteld dat vanuit praktisch oogpunt verwacht mag worden dat factoren die betrekking hebben op de gebruiker en de vernieuwing zelf over het algemeen makkelijk beïnvloedbaar zijn. Factoren die betrekking hebben op de organisatie en de omgeving zullen moeilijker beïnvloedbaar zijn. Alhoewel de hygiëneadviseur hier waarschijnlijk op een directe manier weinig invloed op kan uitoefenen, is het goed om dit wel te herkennen en eventueel kenbaar te maken aan bijvoorbeeld leidinggevenden of het management. Het is dus niet mogelijk om aan te geven welke factoren belangrijker zijn dan andere. Uit de gevonden literatuur en de observaties bij dak- en thuislozeninstellingen is een verzameling beïnvloedbare factoren samengesteld die van toepassing zijn op het implementatieproces en dus zeer relevant zijn voor de hygiëneadviseur. Hieronder staat een overzicht van de beïnvloedbare factoren die betrekking hebben op het veranderingsproces dat personen, teams of instellingen doormaken. Het herkennen van deze factoren in de praktijk helpt de hygiëneadviseur te bepalen waar mogelijk de knelpunten zitten. Wanneer deze factoren bekend zijn, kan bepaald worden welke activiteiten of strategieën ingezet moeten worden om het veranderingsproces te ondersteunen. Daarom is het zeer belangrijk om de implementatieactiviteiten zo planmatig mogelijk uit te voeren. In tabel 2 zijn de factoren per categorie opgesomd.

Factoren met betrekking tot de organisatie

De manier waarop organisaties werken, kan grote invloed hebben op het proces van implementatie. De grootte van de organisatie of de wijze waarop afdelingen met elkaar werken zijn voorbeelden van factoren die een belangrijke rol kunnen spelen in de advisering van de hygiëneadviseur. Hieronder staan factoren die betrekking hebben op de organisatie.

Plaats besluitvorming

De besluitvorming in een organisatie dient idealiter zowel centraal als decentraal (op de werkvloer) genomen te worden. Als een besluit alleen centraal wordt genomen, is de kans groot dat er geen draagvlak is bij de werknemers die het moeten uitvoeren. Als een besluit alleen decentraal wordt genomen, dreigt het gevaar dat de randvoorwaarden (bijvoorbeeld de financiering) die noodzakelijk zijn voor de uitvoering, ontbreken.

Besluitvormingsstructuur

Wanneer een vernieuwing via korte beleidslijnen verloopt, is dat bevorderlijk omdat beslissingen dan sneller genomen kunnen worden en makkelijker bijgestuurd worden. Langere beleidslijnen werken daarentegen belemmerend of vertragend waardoor de motivatie daalt en het animo voor de vernieuwing of het advies wegzakt. De vernieuwing kan ook stranden doordat de communicatie over te veel schijven binnen de organisatie loopt.

Het aantal mensen dat met vernieuwing moet werken

Wanneer een beperkt aantal mensen betrokken is bij de uitvoering van het advies, werkt dat bevorderlijk omdat directe en persoonlijke communicatie meer voor de hand ligt, er een nauwere samenwerking is tussen de mensen en zij meer gemotiveerd zijn. Dit kan leiden tot een snellere implementatie. Wanneer veel mensen bij de zorgvernieuwing betrokken zijn, is de kans groter dat onderlinge verschillen over de uitvoering van het advies de implementatie vertragen.

Samenwerking tussen afdelingen

Een goede samenwerking tussen afdelingen werkt bevorderlijk omdat het dan makkelijker is op één lijn te komen. Een slechte samenwerking tussen afdelingen werkt belemmerend omdat het dan moeilijker is om op één lijn te komen. Dit geldt ook voor de samenwerking van instellingen die bij dezelfde organisatie behoren.

Capaciteit / bezettingsgraad

Een in de praktijk veel voorkomende factor is dat onderbezetting belemmerend werkt omdat er dan geen ruimte is voor veranderingsprocessen (qua capaciteit maar ook mentaal) omdat alle aanwezige energie nodig is om het primaire proces draaiende te houden. Soms kan een stressvolle situatie juist een reden zijn voor verandering of biedt het advies juist een oplossing voor het probleem. Volledige bezetting werkt dus bevorderlijk omdat er dan wel ruimte is (capaciteit en mentaal); die ruimte is noodzakelijk omdat veranderen immers tijd en energie kost.

Personeelsverloop

Een groot personeelsverloop werkt belemmerend omdat hierdoor onrust ontstaat en de kans groot is dat de kennis wegvloeit, wat niet bevorderlijk is voor de continuïteit. Een gemiddeld personeelsverloop werkt bevorderlijk omdat het impulsen voor zorgvernieuwing geeft terwijl er toch nog voldoende mensen overblijven voor de kennisoverdracht en de continuïteit.

Expertise op afdelings-/organisatieniveau (aandachtsvelder)

Expertise binnen een organisatie of zelfs op de afdeling werkt bevorderlijk omdat daarmee beginnersfouten worden herkend en onzekerheid tijdens het implementeren kan worden voorkomen. Daarnaast kan een verandering dan sneller doorgang vinden. Expertise op een afdeling (bijvoorbeeld in de vorm van een aandachtsvelder) kan ook goed werken. Het voordeel hiervan is dat er dan een aanspreekpunt is, wat de samenwerking tussen de GGD en de organisatie/instelling zal bevorderen. De aandachtsvelder kan met zijn of haar expertise ook als opinieleider fungeren en kartrekker zijn van de vernieuwing. Hij/zij kan interne weerstanden in positieve zin ombuigen.

Samenwerking collega's

Net als een goede samenwerking tussen afdelingen bevorderlijk is, is ook een goede samenwerking tussen collega's gunstig. Collega's staan meer op één lijn en weten waarvoor er gewerkt wordt. Collega's kunnen elkaar ook steunen om de vernieuwing succesvol te laten verlopen. Dit onderdeel komt bij 'factoren met betrekking tot de gebruiker' terug. Het werkt ook bevorderlijk wanneer de taakverdeling tussen collega's duidelijk is. Waar ligt ieders verantwoordelijkheid? Als dit duidelijk is onder collega's heeft dat een positief effect op het doorvoeren van het advies.

Factoren met betrekking tot de omgeving

De omgeving waarin de verandering plaatsvindt, kan een sterke invloed hebben op het succes van de implementatie. Wat vinden andere collega's of teams van de verandering en zijn er politieke wetten of regels waar men rekening mee moet houden? Hieronder staan de factoren die betrekking hebben op de omgeving.

Bereidheid mee te werken van cliënt/bewoner

Wanneer de vernieuwing of het advies ook betrekking heeft op de cliënt of bewoner, is het succes ervan sterk afhankelijk van de bereidheid van de cliënt om mee te werken. Vraagt het advies extra kosten of inspanning van de cliënt, dan is de kans groot dat de cliënt minder enthousiast is en dus minder bereid is om mee te werken. Bij gebrek aan medewerking kost het de medewerkers extra tijd en energie om de cliënt te overtuigen, wat weer tot extra weerstand kan leiden bij de medewerker die deze extra tijd en energie moet investeren; dit kan ten koste gaan van de implementatie. Daarentegen werkt het bevorderlijk wanneer de cliënt op de hoogte is van de (gezondheids-)voordelen die de vernieuwing met zich meebrengt. Voor de dak- en thuislozeninstellingen is dit een belangrijke factor. Cliënten zien de (gezondheids-)voordelen niet altijd als prioriteit en het kost de medewerker veel energie om de cliënt te overtuigen. Een reden hiervoor is dat een groot gedeelte van de cliëntenpopulatie een psychiatrische achtergrond heeft.

Subjectieve norm en sociale invloed

Gedrag wordt ook beïnvloed door de sociale omgeving van de persoon. Met de subjectieve norm wordt de verwachting van belangrijke anderen (zoals collega's of leidinggevendenden) bedoeld. Bijvoorbeeld 'mijn collega's verwachten dat ik mijn handen was voordat ik begin met koken'.

Naast de verwachting die anderen hebben, bestaat er ook de invloed van de sociale omgeving. Te denken valt aan sociale steun (positief) of druk (negatief) en het voorbeeldgedrag van collega's. Dit laatste wordt ook wel modelling genoemd. Positief waargenomen voorbeeldgedrag werkt bevorderlijk omdat het motiverend is. Er kan daarnaast ook geleerd worden van het observeren van voorbeeldgedrag van anderen.

Het ervaren van steun voor het tonen van bepaald gedrag werkt ook bevorderlijk. Men krijgt het gevoel dat het goed is om ermee bezig te zijn. Weinig steun werkt daarentegen belemmerend. Als men het gevoel heeft dat je er alleen voor staat, werkt dat zeer demotiverend. Ook dit komen we regelmatig tegen in de praktijk.

Ervaren steun directe leidinggevende en hoger management.

Veel steun en een positieve houding ervaren voor een bepaald advies vanuit de leiding werkt bevorderlijk. Hij/zij is betrokken en zorgt voor een draagvlak. Hoe positief de medewerker ook is over een bepaald advies, zonder de steun vanuit de leiding is de kans groot dat het advies niet wordt overgenomen of gecontinueerd in het dagelijks werk. De leiding kan ondersteuning bieden in termen van tijd, financiën en middelen.

Regels en wetten

Wanneer een verandering past binnen de geldende regels en wetten is de kans groot dat er middelen vrijkomen om de vernieuwing te implementeren. Wanneer een verandering niet past binnen de regels en wetten werkt dat belemmerend omdat dit enerzijds mensen tegenhoudt om verder te gaan en anderzijds de kans vergroot dat er geen financiën vrijkomen om de vernieuwing te implementeren.

Factoren met betrekking tot de gebruiker

Implementatieactiviteiten worden vaak alleen toegespitst op de gebruiker voor wie de verandering is bedoeld. Dit is te verklaren door het feit dat er zeer veel factoren van invloed zijn die betrekking hebben op de gebruiker. In de loop der jaren zijn er veel gedragsverklarende theorieën ontwikkeld die in voorlichtingen ter sprake komen en die elk zo goed mogelijk weergeven hoe menselijk gedrag verklaard kan worden. De gebruiker staat hier centraal. Hieronder staan de factoren die betrekking hebben op de gebruiker.

Attitude

Attitude is de houding dan wel opvatting die de gebruiker heeft ten opzichte van het advies dat er is gegeven. Wordt het advies belangrijk gevonden? Waarom moeten de HACCP-regels nageleefd worden als bewoners van daklozencentra buiten uit de vuilnisbak eten? De houding is hier negatief en er bestaat dus veel weerstand tegen het advies. Welke voor- en nadelen heeft het advies in de ogen van de gebruiker? Het is belangrijk om rekening te houden met de lange- en kortetermijntuikkomsten van het advies waarbij de korte termijn vaak belangrijker wordt gevonden. Twijfels of een negatieve attitude kunnen ook ontstaan door een negatieve ervaring met eerdere vernieuwingen of adviezen. Ook al wordt het advies belangrijk gevonden, dan kan het nog zijn dat men een negatieve houding heeft omdat men negatieve ervaringen heeft met eerdere vernieuwingspogingen. Heeft de werknemer het idee dat het advies nu wel succesvol geïmplementeerd zal worden?

Vaardigheden gebruiker

Over voldoende vaardigheden beschikken, is essentieel voor het uitvoeren van het advies. Men moet met het advies uit de voeten kunnen. Hoe belangrijk men het ook vindt om te desinfecteren, heeft men ook de vaardigheden om dit op een juiste manier uit te voeren?

Kennis gebruiker

Vaak staat kennisoverdracht centraal in de gezondheidsvoorlichting. Informatie over gezondheid en ziekte en vooral de risico's is nodig om gedragsverandering teweeg te brengen en is hierbij dus een zeer belangrijke factor. Het idee dat mensen zich automatisch gezonder gaan gedragen als ze over de juiste kennis beschikken inzake gezond gedrag en gezondheidsrisico's, is echter niet juist. Een bekend voorbeeld is dat een groot gedeelte van de bevolking beschikt over de kennis dat roken meerdere gezondheidsrisico's met zich meebrengt; toch roken zeer veel Nederlanders gewoon door. In verschillende gedragsverklarende theorieën die veelvuldig worden gebruikt in de gezondheidsvoorlichting wordt kennis als onderdeel van de attitude gezien. Het gaat dan vooral om kennis die gekoppeld is aan de uitkomstverwachting (risico's). Kennis die te maken heeft met capaciteiten en vaardigheden om het gewenste gedrag uit te voeren, kan ook relevant zijn voor de eigen-effectiviteitsverwachting.

Bewustzijn

Bewustzijn betekent voldoende kennis en vooral inzicht hebben in eigen onhygiënisch gedrag. Niet iedereen is zich ervan bewust dat hij/zij 'risicovol' gedrag vertoont. Zich bewust zijn van de hygiënische knelpunten wordt gezien als een essentiële stap in het gedragsveranderingsproces, maar is op zich zelden voldoende voor een gedragsverandering of verbetering van het knelpunt. In de praktijk komt het regelmatig voor dat de medewerkers niet op de hoogte worden gesteld van de geconstateerde hygiëneknelpunten en zich dus niet bewust zijn van het eigen risicovolle gedrag.

Eigen-effectiviteitsverwachting

Eigen-effectiviteitsverwachting is een factor die staat voor de verwachting die mensen hebben van hun eigen vermogen om bepaald gedrag te vertonen. Eigen-effectiviteitsverwachting is onder te verdelen in de inschatting hoe moeilijk iemand bepaalde vaardigheden vindt die nodig zijn om het gedrag te vertonen (magnitude) en de mate waarin men het vertrouwen heeft het gedrag zelf te kunnen uitvoeren. Volgens de 'theory of planned behavior' (Ajzan, 2005), een veel toegepast gedragsmodel binnen de gezondheidsbevordering, wordt de eigen-effectiviteitsverwachting samen met attitude en sociale invloeden een van de belangrijkste factoren geacht om gedrag bij gebruikers te verklaren.

Betrokkenheid bij ontwikkeling

Wanneer medewerkers betrokken worden bij het proces hoe aan de verandering wordt vormgegeven in de praktijk, dan werkt dat bevorderlijk. Medewerkers zijn dan gemotiveerder en er is meer draagvlak. Door deze betrokkenheid wordt er meer rekening gehouden met de praktische aspecten op de werkvloer. Door de gebruikers meer bij de verandering te betrekken, kunnen de nieuwe werkwijzen beter aangepast worden op hun eigen situatie, waarbij de werknemers het gevoel krijgen meer 'baas te zijn over eigen werk'. Het vergroot de kans dat de verandering op zijn plek valt in de bestaande werkwijze.

Aansluiting bij taakopvatting

Het werkt bevorderlijk om de verandering zodanig te communiceren dat deze aansluit bij de taakopvatting van de werknemers op wie het advies slaat. De verandering past dan binnen het beeld dat werknemers van hun werk hebben. Het kan zijn dat de vorm of intensiviteit van de bewonersbegeleiding in sociale pensions, veranderd moet worden om uiteindelijk het schoonmaakproces te verbeteren.

Verwachte medewerking en tevredenheid bewoner/cliënt

De verwachting dat de cliënt of bewoner meewerkt aan de uitvoering van het advies, werkt bevorderlijk. Het werkt daarentegen belemmerend wanneer een medewerker van een cliënt of bewoner bij voorbaat verwacht dat deze niet zal meewerken. Het vergt dan extra inspanning om de bewoner of cliënt te overtuigen. Wanneer de verwachting zeer laag is, zal de houding (zie attitude) al bij voorbaat negatief zijn en de kans op slagen verminderen. Dit geldt natuurlijk ook voor de verwachting dat de cliënt of bewoner niet tevreden zal zijn over het advies. De verwachte uitkomst van het advies zal dus negatief zijn.

Overbelasting gebruiker

Afhankelijk van de bezettingsgraad in een organisatie leert de ervaring dat overbelasting van de medewerker(s) belemmerend werkt. Er zal geen ruimte zijn voor vernieuwingen en de gebruiker zal zich defensief opstellen ten opzichte van het advies. Het zal echter positief uitpakken wanneer het advies ertoe bijdraagt dat de belasting of werkdruk die ervaren wordt, vermindert, wat een voordeel oplevert voor de gebruiker.

Overeenkomst in doelen

Wat is het doel van je advies en met welk doel wordt er door de werknemers gewerkt? Wanneer er geen of slechts kleine verschillen zijn in doelen, werkt dat positief omdat men dan redelijk op één lijn zit, wat weer helpt bij een positieve ontvangst van het advies. Wanneer het duidelijk is dat er een groter verschil bestaat tussen de doelen, kan dat misverstanden geven. Het is van belang om dit goed voor ogen te houden.

Ethische problemen bij de gebruiker

Ethische problemen bij de gebruiker ten aanzien van de vernieuwing werken uiteraard belemmerend. Als er geen sprake is van ethische problemen bij de gebruiker ten aanzien van de zorgvernieuwing, dan is dat niet of nauwelijks van invloed.

Leeftijd en/of ervaring.

Leeftijd en/of ervaring kan van invloed zijn op een eventuele gedragsverandering. Wanneer men 'vastgeroest' zit in de routine van het dagelijks werk, zal men waarschijnlijk meer moeite hebben om een verandering aan te gaan in vergelijking met een werknemer die in mindere mate 'vastgeroest' zit. Ervaring kan daarentegen wel weer bevorderlijk werken wanneer een advies een complexe verandering inhoudt.

Factoren met betrekking tot de vernieuwing

In hoeverre de implementatie succesvol verloopt, kan ook afhangen van het advies zelf. Hoe wordt het advies gegeven of hoe ziet het advies eruit? Uit de observaties kwam bijvoorbeeld naar voren dat na het geven van het advies het niet duidelijk was hoe het advies uiteindelijk uitgevoerd moest worden. Een ander voorbeeld was dat het advies vanuit een overheidsinstantie gegeven werd, wat in de ogen van deze medewerkers als minder geloofwaardig werd ervaren. Er zijn dus ook een aantal factoren die betrekking hebben op het advies zelf, die hieronder besproken worden.

Helderheid richtlijnen/ helder advies

Hoe is het advies beschreven? Wanneer het duidelijk is wat het advies inhoudt en men weet wat er moet gebeuren, werkt dat bevorderlijk. In dat geval is het helder wat er van wie verwacht wordt en zal het advies door iedereen op dezelfde manier geïnterpreteerd worden. Dit geldt voor zowel het advies als de richtlijnen op grond waarvan het advies gegeven wordt.

Congruentie bestaande werkwijze/routines

Het advies zal zo vormgegeven moeten worden dat het binnen het bestaande beleid past en vooral binnen de bestaande werkwijze. Wanneer het meer aansluiting heeft met een andere, al bestaande werkwijze, zal het eerder geaccepteerd worden en past het beter binnen de dagelijkse routine van alle andere taken.

Levert het voordeel op?

Er zal nagedacht moeten worden of en hoe het advies voordeel oplevert in de praktijk. Levert het geld, tijdwinst, een betere reputatie of gemak op, dan werkt dat bevorderlijk ten opzichte van de implementatie van het advies. Het werkt daarentegen belemmerend wanneer het advies enig nadeel oplevert (investeren zonder dat de gebruiker er iets voor terug krijgt, in welke vorm dan ook, werkt niet). Daarnaast werkt het bevorderlijk en motiverend wanneer de positieve uitkomsten zichtbaar zijn en meteen duidelijk wordt wat de invloed van het advies is. Het advies zal dus zo gegeven moeten worden dat de uitkomsten snel zichtbaar zijn voor leiding, werknemer en/of bewoner.

Geloofwaardigheid van het advies

Van wie komen de adviezen? Veelal worden veranderingen uit de eigen 'club' eerder geaccepteerd dan wanneer deze van buiten komen. Het kan voorkomen dat men een negatief beeld heeft van de overheid. Daar staat echter tegenover dat overheidsinstellingen in het algemeen vaak als professioneel en betrouwbaar gezien.

Mogelijkheid om op kleine schaal uit te proberen

Is het mogelijk om het advies eerst op kleine schaal uit te proberen? Het werkt bevorderlijk wanneer het advies eerst in de vorm van bijvoorbeeld een pilot worden beproefd. Er kan dan geoefend worden en men komt erachter welke knelpunten nog overwonnen moeten worden om het advies later op grotere schaal door te voeren.

Haalbaarheid

In hoeverre is het haalbaar om het advies toe te passen in de bestaande praktijk? Is het advies complex en moeten er eerst andere factoren beïnvloed worden? Het is belangrijk om van tevoren na te gaan of het advies wel haalbaar is: het werkt immers zeer demotiverend wanneer de uitvoering van een advies

regelmatig faalt; hierdoor kan de geloofwaardigheid van het advies in het geding komen.

Herhaling

Is het advies een vernieuwing met betrekking tot een veel voorkomende handeling? Dan zal het bevorderlijk werken wanneer het advies op regelmatige basis uitgevoerd moet worden; het wordt dan uiteindelijk routine en zal eerder verankerd raken in de dagelijkse routine. Wanneer het advies in de dagelijkse praktijk minder vaak voorkomt, is het goed om een manier te bedenken om het advies toch regelmatig aan bod te laten komen. Tijdens werkoverleg of overdracht, bijvoorbeeld. Op dit soort tijdstippen of bijeenkomsten kan men dan teruggrijpen op het advies en kijken waar het teruggevonden kan worden in de werkprocedures.

Randvoorwaarden

Hoeveelheid geld

Veel of genoeg geld is natuurlijk een zeer belangrijke factor, omdat verandering meestal een investering vraagt in tijd, scholing en materialen.

Tijd

Naast geld is tijd een zeer belangrijke randvoorwaarde die te allen tijde beschikbaar moet zijn. Implementeren vraagt in bijna alle gevallen een investering in tijd.

Samenvatting

De bovenstaande factoren laten een goed beeld zien van de factoren die van invloed kunnen zijn op de advisering van de hygiëneadviseur. Deze factoren kunnen op uiteenlopende manieren optreden en zijn afhankelijk van het advies dat gegeven wordt (bijvoorbeeld het op de juiste wijze en momenten wassen van de handen of het controleren van de temperatuur van de koelkast) en de context waarin het advies geïmplementeerd dient te worden. De hygiëneadviseur zal dus rekening moeten houden met deze factoren in zijn implementatieproces (zie §4.7) .

2 Tabel: Samengestelde beïnvloedbare factoren vanuit praktijk en literatuur.

<p>Factoren met betrekking tot de organisatie</p> <p>Plaats besluitvorming Besluitvormingsstructuur Het aantal mensen dat met vernieuwing moet werken Samenwerking tussen afdelingen Capaciteit / bezettingsgraad Personeelsverloop Expertise op afdelings-/organisatieniveau (aandachtsvelder) Samenwerking collega's</p>
<p>Factoren met betrekking tot de omgeving</p> <p>Bereidheid van cliënt om mee te werken Subjectieve norm en sociale invloed Ervaren steun directe leidinggevende en hoger management Regels en wetten</p>
<p>Factoren met betrekking tot de gebruiker</p> <p>Attitude Vaardigheden gebruiker Kennis gebruiker Bewustzijn Eigen-effectiviteitsverwachting Betrokkenheid bij ontwikkeling Aansluiting bij taakopvatting Verwachte medewerking en tevredenheid bewoner/cliënt Overbelasting gebruiker Overeenkomst in doelen Ethische problemen bij gebruiker Leeftijd/ ervaring.</p>
<p>Factoren met betrekking tot de vernieuwing</p> <p>Helderheid richtlijnen/ helder advies Congruentie bestaande werkwijze/routines Levert het voordeel op? Geloofwaardigheid van het advies Mogelijkheid om het op kleine schaal uit te proberen Haalbaarheid Herhaling</p>
<p>Factoren met betrekking tot de randvoorwaarden</p> <p>Hoeveelheid geld Tijd</p>