

DANSEN  
MET  
**OLIFANTEN**

Dansen met olifanten. Een onderzoek naar de implementatie van het Opvoedingsprogramma in de zorg voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen.

H.P.R. Zijlstra, Groningen: Stichting Kinderstudies.

Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. - Met lit. opg. -

Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-5963-004-1

Trefw.: Meervoudig gehandicapt / opvoedingsprogramma / implementatie

Grafisch ontwerp/lay-out: Q! creates communication, Hoofddorp

© 2003 Stichting Kinderstudies, Postbus 102, 9700 AC Groningen



RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

# DANSEN MET OLIFANTEN

EEN ONDERZOEK NAAR DE IMPLEMENTATIE VAN HET  
OPVOEDINGSPROGRAMMA IN DE ZORG VOOR MENSEN  
MET ERNSTIGE MEERVOUDIGE BEPERKINGEN

## Proefschrift

ter verkrijging van het doctoraat in de  
Psychologische, Pedagogische en Sociologische Wetenschappen  
aan de Rijksuniversiteit Groningen  
op gezag van de  
Rector Magnificus, dr. F. Zwarts,  
in het openbaar te verdedigen op  
donderdag 03 april 2003  
om 14.15 uur

door:

Hendrika Peterdien Rita Zijlstra

Geboren op 24 maart 1971  
te Terneuzen

Promotores: Prof. dr. H. Nakken  
Prof. dr. C. Vlaskamp  
Prof. dr. T.A.B. Snijders

Boordelingscommissie: Prof. dr. A. van Gennep  
Prof. dr. H.G. Bijker  
Prof. dr. Tj. Zandberg



*HET GEBEURDE VAAK DAT DE OLIFANT, NA EEN BEZOEK aan de eekhoorn, van de top van de beuk naar beneden viel en enkele bulten en schrammen opliep.*

*Op een dag maakte de eekhoorn speciaal voor de olifant een bord met de woorden NIET VALLEN dat hij naast zijn voordeur hing.*

*Niet lang daarna was de olifant weer eens bij hem op bezoek. Grijs en gewichtig zat hij in de luie stoel voor het raam en vertelde hij aan de eekhoorn wat hij allemaal van plan was. Hij wilde een bezoek brengen aan de maan, hij wilde te voet de oceaan oversteken, hij wilde zich eens in nevelen hullen en hij stond op het punt om een reusachtige drijvende bloesemtaart te maken die van de bergen langs de rivier stroomafwaarts zou drijven en bij de waterval zou neerstorten en dan op iedereen die daaronder met zijn mond open omhoog stond te kijken terecht zou komen.*

*'Maar eerst', zei hij, 'ga ik nog iets bedenken wat ik nog nooit bedacht heb. Ik ben heel benieuwd wat dát zal zijn.'*

*De eekhoorn zei niets en zat tevreden in een hoek een kopje thee te drinken.*

*Aan het einde van de middag zei de olifant: 'Kom, ik ga weer eens naar huis.' Hij vouwde zijn oren langs zijn hoofd, gaf de eekhoorn een hand en stapte de deur uit.*

*'Eerst nog even dat bord lezen,' zei de eekhoorn.*

*De olifant draaide zich om, begon te lezen en viel toen met donderend lawaai naar beneden.*

*Toen hij zijn ogen opsloeg zag hij de eekhoorn hoog boven zich in de top van de beuk zitten.*

*'Heb je het niet gelezen?' riep de eekhoorn.*

*'Ik had het nog niet uit,' zei de olifant. 'Wat stond er na NIET?'*

*'VALLEN,' riep de eekhoorn.*

*'Vallen??' vroeg de olifant. 'Waar slaat dát op?'*

Toon Tellegen

(Uit: Misschien wisten zij alles  
Querido, Amsterdam, 2002)

# Voorwoord

De vakgroep Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen heeft zich de laatste jaren gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. Als onderdeel hiervan is het Opvoedingprogramma ontwikkeld. Met dit programma kon een toegenomen continuïteit in de zorg en een verbeterde pedagogische relatie tussen de persoon met ernstige meervoudige beperkingen en diens (professionele) zorgverleners worden bewerkstelligd. Het invoeren van dit programma in de praktijk bleek echter lastig te zijn. Dit onderzoeksproject 'Het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten in residentiële voorzieningen' richtte zich op het achterhalen van kritische factoren in de implementatie-omgeving die van invloed waren op het succesvol invoeren en bestendigen van dit programma. Hiertoe is, na elkaar, op drie residentiële voorzieningen (Sint Anna te Heel, Op de Bies te Landgraaf en Maasveld te Maastricht) van Stichting Sint Anna het Opvoedingsprogramma van 1996 tot en met 2000 ingevoerd.

Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO- programma Kwaliteit van Zorg). Het onderzoek werd uitgevoerd onder begeleiding van de promotoren prof. dr. H. Nakken, prof. dr. C. Vlaskamp en prof. dr. T.A.B. Snijders. Om de maatschappelijke en wetenschappelijke kwaliteit en relevantie van het onderzoek te waarborgen werd een wetenschappelijke begeleidingscommissie ingesteld. De commissie bestond uit mr. drs. G.C.J. van der Velde (voorzitter, Algemeen directeur Stichting Sint Anna), mr. H.J. van der Moer (Ziekenfondsraad), mw. Folkerts (Federatie voor Ouderverenigingen), mw. drs. A.C.B. Willems (Vereniging Gehandicaptenzorg), prof. dr. A. Th. G. van Gennep (hoogleraar Zorg voor verstandelijk gehandicapten, Universiteit Maastricht), drs. E. Th. Klapwijk (Geneeskundige Hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid) en mr. Drs. L.J.G. Ritzen (Stichting Pedagogisch Sociaal Werk, Midden Limburg). Mensen met ernstige meervoudige beperkingen zijn in hun dagelijkse bestaan afhankelijk van veel verschillende mensen. In die zorg werken begeleiders, therapeuten, pedagogen, managers, ouders en familieleden samen in een complex geheel. Een vernieuwing vindt nooit geïsoleerd plaats en heeft direct gevolgen voor het totale samenwerkingsverband. Daarmee kan het invoeren van een vernieuwing vergeleken worden met het dansen met olifanten. Het enorme geheugen van de olifant en de sterke wil om nieuwe, begrijpbare dingen te leren stimuleren maar kunnen echter ook belemmeren. Stappen dienen zorgvuldig (en veelvuldig) worden ingestudeerd waarbij aandacht moet bestaan voor het integreren van de eerder aangeleerde dansspasjes in een nieuwe dans. Veranderingen in de zorg komen nog te vaak overeen met het enkele keren op de grond stampen van een van de voorpoten. Personen met ernstige meervoudige beperkingen zijn echter niet geholpen met het vertonen van een kunstje. De zorg voor deze personen heeft meer baat bij het stap voor stap samen bewegen in de richting van een perspectief.

Rotterdam, februari 2003





# Inhoud

---

## 1 Introductie en plaatsbepaling

Inleiding	1
1.1 Knelpunten bij disseminatie en implementatie van kennis	3
1.2 Aandacht voor kwaliteit in de zorg	3
1.3 De emancipatie van personen met ernstige meervoudige beperkingen	5
1.3.1 Omschrijving van de doelgroep	5
1.3.2 Moeilijkheden met het implementeren van een werkwijze binnen de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen	7
1.4 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek	9
1.5 Opzet van dit proefschrift	11

## 2 Relaties als perspectief

Inleiding	13
2.1 Een relationeel opvoedingsperspectief	13
2.1.1 Tekorten in de huidige zorgopvattingen	13
2.1.2 Een ander accent: een relationeel perspectief	14
2.1.3 Het belang van opvoeden	15
2.2 Aandacht voor de opvoedingspraktijk: het procesmatig karakter van opvoeden	16
2.2.1 Structuren versus processen	16
2.3 Het Opvoedingsprogramma	17
2.4 De eisen die het Opvoedingsprogramma stelt aan de overige niveaus binnen een voorziening	18

## 3 Implementatiefactoren

Inleiding	21
3.1 Relaties als perspectief: een verbetering of vernieuwing?	22
3.2 Implementatiefactoren beschreven in de literatuur	23
3.3 Theoriegestuurde programma-implementatie	24
3.4 Een normatieve implementatie-omgeving van het Opvoedingsprogramma	25
3.4.1 Doelgroep	25
3.4.2 Zorgverleners	26
3.4.3 Presentatie van het programma	26
3.4.4 Organisatie	27
3.4.5 Microcontext	28
3.4.6 Relaties met andere organisaties	29
3.4.7 Macrocontext	29
3.4.8 Voorlopige indeling van omgevingsfactoren	29
3.5 Een aanvulling vanuit bestaande literatuur	30
3.5.1 Deskundig handelen door een zorgverlener	30
3.5.2 Motivatie van een zorgverlener	31
3.6 Definitieve indeling van omgevingsfactoren	32

## **4 Methode van onderzoek**

Inleiding	35
4.1 Theoriegestuurde programma-evaluatie	35
4.2 Implementatie impact-evaluatie	36
4.3 De onderzoekssituatie	38
4.3.1 De onderzoeksgroepen	38
4.3.2 Onderzoekdesign	40
4.3.3 Het beschrijven en meten van programma-effecten	42
4.3.4 Het meten van omgevingsfactoren	45
4.4 Toetsing binnen Implementatie impact-evaluatie door middel van statistische analyses	51
4.4.1 De ordening van de data	51
4.4.2 Multiniveau analyse	52
4.4.3 Meervoudige regressie-analyse	55

## **5 Beschrijving van het implementatieproces binnen voorziening A**

Inleiding	57
5.1 Beschrijving van het implementatieproces binnen voorziening A	58
5.2 Effect-evaluatie: adoptiefase	59
5.2.1 Adoptie van het Opvoedingsprogramma door belanghebbenden	60
5.2.2 Overeenstemming in gesignaleerde en ervaren problemen	61
5.3 Strategie-evaluatie	62
5.4 Effect-evaluatie: overige fasen	63
5.4.1 Resultaten werkdoelen	63
5.4.2 Resultaten Kennis en Vaardigheden	66
5.5 Context-evaluatie	68
5.5.1 Doelgroep	68
5.5.2 Zorgverleners	70
5.5.3 Perceptie van het programma door zorgverleners	73
5.5.4 Organisatiekenmerken	79
5.5.5 Microcontext	87
5.5.6 Relaties met andere organisaties	89
5.5.7 Macrocontext	89
5.6 Context-impact-evaluatie	89

## **6 Beschrijving van de implementatieprocessen binnen Voorziening B en Voorziening C**

Inleiding	93
6.1 Verloop en samenvatting van het proces binnen voorziening B	93
6.1.1 Beschrijving van het implementatieproces in voorziening B	93
6.1.2 Effect-evaluatie: adoptiefase	95
6.1.3 Strategie-evaluatie	98
6.1.4 Effect-evaluatie: overige fasen	100
6.1.5 Context-evaluatie	104
6.1.6 Context-impact-evaluatie	114

6.2	Verloop en samenvatting van het proces binnen voorziening C	116
6.2.1	Beschrijving van het implementatieproces in voorziening C	116
6.2.2	Effect-evaluatie: adoptiefase	117
6.2.3	Strategie-evaluatie	120
6.2.4	Effect-evaluatie: overige fasen	121
6.2.5	Context-evaluatie	121
6.2.6	Context-impact-evaluatie	126
6.3	Voorlopige conclusie ten aanzien van de relevantie van omgevingsfactoren in voorzieningen A, B en C	127
<b>7</b>	<b>Het implementatieproces opnieuw bekeken: statistische exploratie</b>	
	Inleiding	129
7.1	Predictoren voor de beoordeling van de implementatiestrategie	130
7.1.1	Predictoren voor de beoordeling van de cursus	131
7.1.2	Predictoren voor de beoordeling van de complexiteit van de werkwijze	132
7.2	Predictoren voor de effectmaten op het gebied van de werkdoelen	134
7.2.1	Predictoren voor het aantal opgestelde werkdoelen	134
7.2.2	Predictoren voor het aantal formeel correcte werkdoelen	137
7.2.3	Predictoren voor het aantal werkdoelen met een positieve score	140
7.3	Predictoren voor de effectmaten Kennis en Vaardigheden	144
7.3.1	Predictoren voor het behaalde kennisniveau	144
7.3.2	Predictoren voor het behaalde vaardigheidsniveau	146
<b>8</b>	<b>Conclusie en discussie</b>	
	Inleiding	149
8.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	149
8.1.1	Onderzoeksvraag 1	149
8.1.2	Onderzoeksvraag 2	151
8.2	Beschouwing van de onderzoeksresultaten	157
8.2.1	Opmerkingen bij de methode van onderzoek	158
8.2.2	De onderzoeksresultaten nader bekeken	160
8.3	Relevantie voor de praktijk	161
8.4	Aanbevelingen voor nader wetenschappelijk onderzoek	163
	<b>Referentielijst</b>	165
	<b>Bijlagen</b>	173
	<b>Samenvatting</b>	209
	<b>Summary</b>	213
	<b>Nawoord</b>	217
	<b>Curriculum Vitae</b>	221



# Hoofdstuk 1

## Introductie en plaatsbepaling

---

### Inleiding

Halverwege de jaren negentig kwam er steeds meer aandacht voor het invoeren van veranderingen in de professionele zorg voor personen met verstandelijke beperkingen. Deze veranderingen vloeiden voort uit ontwikkelingen die plaatsvonden zowel binnen (interne ontwikkelingen) als buiten de bestaande zorginstellingen (externe ontwikkelingen). De externe ontwikkelingen betroffen onder andere de toenemende vraag naar gezondheidszorg, de versterkte positie van de cliëntenbeweging en de veranderende normatieve opvattingen in de samenleving (Bijker, 1999; Van Gennep, 1997). De instellingen werden genoodzaakt deze ontwikkelingen te integreren in hun alledaagse zorgpraktijk door de uitvaardiging van de Kwaliteitswet Zorgvoorzieningen, 1996 (VWS, 1996). In deze wet stond een aantal beleidsdoelstellingen beschreven die betrekking hadden op de volgende aspecten:

- (a) het verbeteren van de kwaliteit van zorg;
- (b) het vergroten van het zorgaanbod;
- (c) het bevorderen van regionale samenwerking; en
- (d) meer zorg op maat (VWS, 1996).

Naast deze doelstellingen diende tevens een verschuiving plaats te vinden van overheidsregulering naar markt- en zelfregulering. De instellingen moesten veel meer zelf het initiatief nemen tot veranderings- en verbeteringsprocessen zonder dat dit door de overheid gestuurd en gecontroleerd moest worden. Het gevolg geven aan deze wet leidde ertoe dat er veel veranderingen in de zorgvoorzieningen totstandkwamen die zowel gelijktijdig als kort na elkaar plaatsvonden.

Ondanks alle nieuwe ideeën over de wijze waarop de kwaliteit van zorg verbeterd zou kunnen worden, blijkt dat dit alles echter weinig weerslag heeft op de dagelijkse zorgpraktijk op de lange termijn (Bijl, 1996; Meurs, Van Splunteren & Van der Werf, 1998). Vooral in de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen is dit het geval (Vlaskamp & Nakken, 1996). Zorgverleners vinden het moeilijk om de bestaande nieuwe ideeën te integreren in hun dagelijks handelen ondanks dat hier concrete aanwijzingen voor worden gegeven. Hiervoor kunnen twee redenen worden aangewezen. Ten eerste zijn de nieuwe ideeën en opvattingen, die dominant zijn in de zorg voor verstandelijk gehandicapten (Van Gennep & Steman, 1997; Schalock, 1996), niet zomaar toepasbaar in de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. De aandacht voor het nieuwe gedachtegoed lijkt dit probleem onzichtbaar te maken. Ten tweede blijkt dat zelfs indien specifieke kennis en vaardigheden voorhanden zijn om de zorg voor deze doelgroep te verbeteren, het implementeren van die kennis problemen geeft.

Het onderhavig onderzoek richt zich op het achterhalen van relevante omgevingsfactoren die de implementatie van een kwaliteitsverbeterend programma bevorderen en/of belemmeren.

Dit programma, hierna te noemen het Opvoedingsprogramma, is ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te verbeteren voor personen met ernstige meervoudige beperkingen, woonachtig in residentiële voorzieningen (Vlaskamp, 1993). Een uitgangspunt van het programma is dat de zorg voor deze mensen gezien wordt als een opvoedingssituatie waarin het opstellen en realiseren van een opvoedingsperspectief centraal dient te blijven staan. Het stellen van een perspectief maakt het mogelijk dat de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen toekomstgericht blijft. Opvoeden kiezen als richtinggevende handeling bij de invulling van dit perspectief maakt dat de opvoedingsrelatie centraal komt te staan. Deze opvoedingsrelatie is erop gericht de zelfstandigheid van deze mensen te optimaliseren.

Dit onderzoek kent zowel een maatschappelijk als wetenschappelijk belang. Het onderzoek heeft een maatschappelijke relevantie omdat het implementeren van programma's en de problematiek die hiermee samenhangt niet uniek is voor de residentiële voorzieningen die aan dit onderzoek deelnemen. In dit onderzoek staat het implementeren van een visie centraal waarin het opbouwen en bestendigen van een relatie van belang geacht wordt. Deze relatie dient in iedere situatie opgebouwd te worden, niet alleen binnen residentiële voorzieningen maar eveneens binnen dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen. Deze voorzieningen worden waarschijnlijk evenzeer geconfronteerd met vergelijkbare vragen en problemen tijdens implementatie van soortgelijke visies waarbij het opbouwen van deze relatie centraal staat. Kennis over implementatie kan daarom ook voor hen bruikbaar zijn.

Daarnaast wordt gezien dat door het deconcentratiebeleid dat halverwege de jaren negentig in Nederland is ingezet, een restpopulatie binnen de bestaande residentiële voorzieningen overblijft (van Gennep, 2002). Deze restpopulatie bestaat vooral uit mensen die in hoge mate afhankelijk zijn van hun zorgverleners en door hun complexe zorgvraag nauwelijks ergens anders opgevangen kunnen worden. Zij kunnen, ten eerste, nauwelijks profiteren van bestaande ontwikkelingen. Hierdoor wordt nog meer onderstreept dat het noodzakelijk is inzicht te verkrijgen in implementatieproblemen binnen deze residentiële voorzieningen. Ten tweede zouden zij daarbij ook nog benadeeld worden door een gebrek aan ontwikkeling van (wetenschappelijke) kennis. Dit vanwege het feit dat zij gebruikmaken van faciliteiten die gezien de recente politieke en maatschappelijke ontwikkelingen mogelijk niet de aandacht krijgen die nodig is.

De wetenschappelijke relevantie van het onderzoek hangt met het laatstgenoemde punt samen. Er is weinig informatie aanwezig over implementatieprocessen gericht op zorginhoudelijke aspecten binnen residentiële instellingen. Deze processen zijn nauwelijks onderwerp van wetenschappelijk onderzoek geweest. Meer kennis hierover kan leiden tot nieuwe wetenschappelijke inzichten die een bijdrage kunnen leveren aan het ontwikkelen van een theorie over implementatie van vernieuwingen in de zorgpraktijk. Met een dergelijke theorie kunnen verwachte effecten en neveneffecten expliciet worden gemaakt en worden geëvalueerd op wenselijkheid. Tevens kan hiermee inzicht worden verkregen in de processen die het implementeren van zorgvernieuwingen kenmerkt.

In dit eerste hoofdstuk worden de directe aanleidingen tot het onderzoek verder uitgediept. Ten eerste worden de knelpunten bij disseminatie en implementatie van wetenschappelijke kennis beschreven. Ten tweede wordt de aandacht voor de kwaliteit van zorg nader uitge-

werkt. Ten derde worden de moeilijkheden met betrekking tot de emancipatie van personen met ernstige meervoudige beperkingen beschreven. Als laatste wordt nader ingegaan op de doelstellingen van het onderzoek en de onderzoeksvragen.

## 1.1 Knelpunten bij disseminatie en implementatie van kennis

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg vraagt een verbetering van de kennis over doelmatigheid en rationaliteit van handelen. Het ontwikkelen van wetenschappelijke kennis, zoals van richtlijnen en methodieken, draagt bij aan dit handelen. Het ontwikkelen van dergelijke kennis biedt echter geen garantie dat deze in de praktijk daadwerkelijk wordt toegepast. De verspreiding en toepassing van wetenschappelijke kennis in de praktijk wordt door velen als problematisch ervaren (Bijl, 1996; Grol, 1996; Emerson & Emerson, 1987; Grimshaw, Freemantle et al., 1995; Meurs, Van Splunteren & Van der Werf, 1999; Schein, 1985; Vlaskamp & Nakken, 1996). Uit een inventariserend onderzoek van Meurs, Van Splunteren & Van der Werf (1998) blijkt dit samen te hangen met twee punten. Ten eerste is er met betrekking tot ontwikkeling en verspreiding van kennis sprake van een onoverzichtelijk krachtenveld waar veel instituten, groepen en belanghebbenden actief zijn. Er is niet altijd voldoende afstemming en bovendien blijkt dat in de praktijk professionals gemakkelijker gebruikmaken van kennis die door en met de eigen beroepsgroep is ontwikkeld. Het gevolg is dat er wel ontwikkeling en implementatie van kennis plaatsvindt vanuit iedere discipline afzonderlijk maar dat nauwelijks kennis ontwikkeld en geïmplementeerd wordt die discipline-overstijgend is. Het tweede punt dat volgens Meurs, Van Splunteren & Van der Werf (1998) samenhangt met het moeizaam verspreiden en implementeren van kennis, is dat er weinig aandacht en financiële ruimte bestaat voor implementatieonderzoek. De verklaring hiervoor is dat enerzijds implementatieonderzoek zeer complex onderzoek is. Er dient rekening gehouden te worden met zowel kenmerken van de zorg/ondersteuningsrelatie als met de context waarbinnen die relatie vorm en inhoud krijgt zoals het type organisatie of de (snel veranderende) sociale, politieke en economische invloeden. Anderzijds heeft implementatieonderzoek in de wetenschappelijke wereld een relatief lage status omdat het vaak gaat om kwalitatief onderzoek waarvan de generaliseerbaarheid van resultaten beperkt lijkt te zijn.

Dit is een aanleiding voor het doen van onderzoek gericht op het vergroten van kennis op het gebied van implementatie. Er is inzicht nodig in de van belang zijnde omgevingsfactoren die de implementatie dan wel bevorderen en/of belemmeren. Volgens Grol (1996) is er op dit moment nog sprake van een 'black-box gebeuren' en hij acht het van belang dat dit proces ont-rafeld wordt.

## 1.2 Aandacht voor kwaliteit in de zorg

De aandacht vanuit de praktijk en overheid voor de kwaliteit van de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten heeft er de laatste decennia toe geleid dat er veel ten goede is gekeerd (Vlaskamp, 1993). De leefomgeving is aangepast, personen met ernstige meervoudige beperkingen worden niet meer als 'bedlegerig' gekwalificeerd en benaderd en er is aandacht voor

de noodzakelijke therapeutische voorzieningen en aanpassingen. Deze veranderingen hebben zich echter vooral gericht op het materiële vlak en (nog) onvoldoende op zorginhoudelijke vlak. Inzicht in de aspecten die noodzakelijk zijn om personen met ernstige meervoudige beperkingen een optimale bestaanskwaliteit te bieden, is nog onvoldoende aanwezig.

De eisen die van invloed zijn op het bepalen van een goede kwaliteit zijn het individuele karakter van zorg en de perceptie van deze zorg door de persoon zelf (Schalock, 1996, 1997). Dit betekent dat de zorg qua inhoud, frequentie, omvang en duur aangepast wordt aan de individuele zorgvraag en dat deze zorg ook positief moet worden gepercipieerd door de cliënt. Deze ontwikkeling staat in schril contrast met de huidige zorgpraktijk voor de ernstig meervoudig gehandicapten. Er worden nog veel groepsgerichte benaderingen gehanteerd omdat het voor zorgverleners in veel instellingen (nog) onduidelijk is hoe aan een individuele zorgvraag van een persoon met ernstige meervoudige beperkingen tegemoet kan worden gekomen. Daarnaast is het onduidelijk op welke wijze beschikbare middelen efficiënt ingezet kunnen worden met behoud, of zo mogelijk met verbetering van de kwaliteit van zorg. Indien individuele doelen en of resultaten van zorgverlening onduidelijk zijn, is het vervolgens niet mogelijk kennis te hebben omtrent het zo efficiënt mogelijk inzetten van aanwezige middelen. Deze veronderstelling werd bevestigd door een onderzoek van Vlaskamp en Nakken (1999) naar het doorgaan van geplande activiteiten in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten. Uit dit onderzoek werd duidelijk dat gemiddeld eenderde van alle geplande activiteiten (zoals therapieën en dagbestedingactiviteiten) geen doorgang vonden. Hiervoor werden twee mogelijke verklaringen gegeven. Ten eerste is het door de afwezigheid van eenduidige individuele doelen onduidelijk op welke wijze het type en de frequentie van de geplande activiteit bijdraagt aan een 'goede' kwaliteit van zorg. Ten tweede worden veel activiteiten niet uitgevoerd vanwege personele problemen zoals een hoog ziekteverzuim en vakanties. Gesteld wordt dat beide verklaringen elkaar mogelijk nog versterken: een hoog ziekteverzuim en/of het onwillekeurig opnemen van roostervrije dagen vanwege het ontbreken van zicht op effecten van handelen.

Volgens Vlaskamp (1993) is een goede relatie tussen de persoon en zijn begeleiders een noodzakelijke vereiste. Zij constateert echter dat de nieuwe ontwikkelingen in de zorg hier niet naadloos bij aansluiten en mogelijk zelfs het proces van relatievorming kunnen belemmeren (Vlaskamp & Verkerk, 2000). In de emancipatie van deze mensen lijkt het niet te gaan om dezelfde rechten en plichten te hebben als ieder ander maar om de ruimte te krijgen om een geheel eigen invulling te mogen en kunnen geven aan hun eigen bestaan. Volgens het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (1996) krijgt bij vernieuwingen de groep ernstig meervoudig gehandicapten onvoldoende aandacht. Volgens het meest recente rapport (IGZ, 2000) blijkt dat nieuwe ontwikkelingen in de zorg, geleid door het 'nieuwe' paradigma (McFadden & Burke, 1991) nog steeds zeer moeilijk te verwezenlijken zijn voor deze groep mensen. Het ontbreekt binnen voorzieningen enerzijds aan een specifieke visie ten aanzien van de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten en anderzijds ook aan een op die visie gebaseerd concreet beleid en werkplan. Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan de complexe zorgvragen van deze groep én er bestaat onvoldoende transparantie. De kwaliteit van zorg kan hierdoor niet gewaarborgd worden (IGZ, 2000).



### 1.3 De emancipatie van personen met ernstige meervoudige beperkingen

Personen of individuen met ernstige meervoudige beperkingen worden in de literatuur ook wel aangeduid als ernstig meervoudig gehandicapt, meervoudig complex gestoord en meervoudig complex gehandicapt (Nakken, 1993). Het gebruik van deze termen voor deze specifieke doelgroep is strikt genomen niet correct, aangezien de term 'ernstig meervoudig gehandicapt', ook voor personen met andere combinaties van functiestoornissen kan worden gebruikt, zoals doofblinden, verstandelijk visueel gehandicapten enzovoort. Daarnaast creëren de verschillende termen afzonderlijk veel verwarring en hebben zij tot hevige discussies geleid. Zo heeft de term *ernst* geen betrekking op de ernst van de stoornis maar op de ernstige problemen met de verstaanbaarheid van het gedrag door de aanwezigheid van de vele beperkingen (Van Gemert, 1997). De kritiek op de term *complex* is dat de gevolgen van iedere stoornis complex zijn. *Meervoudig* impliceert dat het zou gaan om afzonderlijke stoornissen naast elkaar terwijl juist de onderlinge beïnvloeding de zorg voor deze mensen kenmerkt. Ten slotte heeft de term *handicap* veel kritiek opgeroepen (Nakken, 1983; Reijnders, 1992) omdat deze term een waardeoordeel lijkt op te roepen. Desondanks wordt in het vervolg van dit proefschrift gesproken over personen met ernstige meervoudige beperkingen (emb) of ernstig meervoudig gehandicapten, niet vanwege de juistheid maar vanwege de naamsbekendheid en de leesbaarheid van dit proefschrift.

Personen met ernstige meervoudige beperkingen hebben, zoals ieder ander, behoefte aan het leiden van een eigen leven met dezelfde mogelijkheden en kansen, waarbij de ernstig meervoudig gehandicapte zelf de mogelijkheid krijgt om beslissingen te nemen omtrent het wel of niet benutten van de geboden kansen. Het uitgangspunt dat je vormgever bent van je eigen bestaan is, gezien de vele 'mission-statements' op zowel politiek en maatschappelijk niveau, niet uniek en wordt door velen onderschreven. Het probleem met het implementeren van deze visie ligt dan ook niet zozeer in het bereiken van (mondelijke of schriftelijke) consensus over dit adagium als wel in het handelen conform dit uitgangspunt in de zorgpraktijk van alledag. Het ontbreken van een visie die het dagelijkse handelen stuurt is juist voor ernstig meervoudig gehandicapten zorgwekkend vanwege hun hoge mate van afhankelijkheid. Er worden nogal wat moeilijkheden gezien in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten die eraan bijdragen dat het implementeren van een programma niet vanzelf gaat. In paragraaf 1.1 werden algemene problemen met betrekking tot implementeren beschreven. In paragraaf 1.2 werd beschreven dat door een niet aflatende aandacht voor kwaliteit van zorg, duidelijk is geworden dat nog veel problemen bestaan omtrent dit onderwerp als gekeken wordt naar de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten. Voordat in deze paragraaf de specifieke problemen beschreven worden die de emancipatie van deze doelgroep beïnvloeden, wordt eerst een omschrijving gegeven van de doelgroep en nadere uitleg omtrent gehanteerde terminologie binnen dit proefschrift.

#### 1.3.1 Omschrijving van de doelgroep

In Nederland leven naar schatting 8700 personen met ernstige meervoudige beperkingen (IGZ, 2000). Naast de zeer ernstige verstandelijke beperkingen (standaardtests voor het bepa-

len van de intelligentie zijn niet toepasbaar) hebben deze mensen ernstige motorische beperkingen (zoals quadri- of tetraplegie). Naar schatting heeft 80% van deze mensen ernstige, meestal cerebrale, visusstoornissen en heeft ongeveer 25% auditieve beperkingen (Evenhuis & Nagtzaam, 1999; Evenhuis, Theunissen, Denkers et al., 2001; Woodhouse, Griffiths & Gedling, 2000). Niet alleen visus en gehoor maar ook andere zintuigen zijn vaak beschadigd (Janicki & Dalton, 1998). Stoornissen in de reuk en smaak komen veelvuldig voor (Bromely, 2000), en ook wordt verondersteld dat de tastzin is aangedaan (Dunn, 1991). Vergroeiingen van het skelet komen veelvuldig voor en epilepsie (Arts, 1999) is een frequent voorkomende aandoening. De spraak- en taalontwikkeling is vaak niet of nauwelijks op gang gekomen waardoor de communicatieve vaardigheden gering zijn. Naast eerdergenoemde stoornissen, zijn er nog vele andere lichamelijke problemen (luchtweginfecties, chronische obstipatie) waar deze mensen met ernstige meervoudige beperkingen dagelijks mee geconfronteerd worden (Schrojenstein Lantman-de Valk, Akker, Maaskant et al., 1997). Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer 70% van de mensen met ernstige meervoudige beperkingen lijdt aan een gastro-oesofageale reflux (Böhmer, Niezen-de Boer, Klinkenberg-Knol et al., 1999). Slikken en kauwen verlopen vaak problematisch, ook wanneer er geen sprake is van gastro-oesofageale reflux. Ongeveer 16% van alle personen met ernstige meervoudige beperkingen wordt gevoed met een sonde (IGZ, 2000). De omgang met deze mensen is niet vanzelfsprekend (Vlaskamp, 1993; 2000). Door de motorische beperkingen kunnen zij vaak niet of nauwelijks spreken, niet of beperkt grijpen en wijzen. De cerebrale visusstoornissen leiden onder andere tot verlaagde visus, gezichtsveldbeperkingen, slechte fixatie en problemen met de verwerking van visuele informatie. De gastro-oesofageale reflux leidt tot het optreden van slokdarmklachten (braken, bloedarmoede, voedsel opgeven, ernstige cariës) ademhalingsklachten (herhaaldelijk optreden van longontsteking, herhaaldelijke hoestbuien of hikken en moeilijke ademhaling), slaapproblemen (Didden & Curfs, 2002; Wiggs & Stores, 1996) en gedragsstoornissen (voedselweigering, onrust, agressie, gilbuien).

Hoewel het in sommige situaties nuttig is om onderscheid te maken tussen de motorische, cognitieve en zintuiglijke beperkingen, gaat het er in de omgang met deze mensen vooral om dat deze elkaar onderling beïnvloeden. Een beperking op het ene gebied kan verstrekkende gevolgen hebben voor de mogelijkheden op een ander gebied van functioneren. De beperkingen van deze mensen maken dat zij (vrijwel) volledig afhankelijk zijn van de zorg van begeleiders (ouders, familie en professionele begeleiders). Zij hebben ondersteuning nodig niet alleen bij (vrijwel alle) activiteiten van het dagelijkse leven maar ook bij het duidelijk en herkenbaar maken van hun behoeften, vragen, wensen en keuzen. De kwaliteit van bestaan van deze mensen wordt voor een groot deel bepaald door de kwaliteit van denken en handelen van hun begeleiders. Deze heeft een directe invloed op de kwaliteit van de opvoedingsrelatie tussen een persoon met ernstige meervoudige beperkingen en een betreffende begeleider. Het opbouwen en bestendigen van deze relatie is van belang omdat dit een belangrijk instrument is waarmee de ernstig meervoudig gehandicapte zich laat kennen en waarmee een adequate zorgverlening kan worden geboden.

Er worden nogal wat moeilijkheden gezien bij het opbouwen van een relatie.

Deze moeilijkheden zijn gerelateerd aan zowel het individu als aan de zorgverlening. Hierbij wordt bij de zorgverlening onderscheid gemaakt naar enerzijds de relatie tussen zorgverleners en de ernstig meervoudig gehandicapte en anderzijds de organisatorische context waarbinnen

deze relatie totstandkomt. De zorgverlener is de functionaris die direct de ernstig meervoudig gehandicapte begeleidt zoals de groepsbegeleiders, therapeuten en activiteitenbegeleidsters.

### **1.3.2 Moeilijkheden met het implementeren van een werkwijze binnen de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen**

Het implementeren van een werkwijze die als richtinggevend gezien wordt voor het handelen van zorgverleners, is niet eenvoudig. Dit is zeker het geval binnen de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten. Niet alleen dient een andere werkwijze gehanteerd te worden bij deze groep personen maar meestal dient eveneens vanuit een andere visie gewerkt te worden. Hierdoor wordt het implementeren extra moeilijk. De problemen lijken samen te hangen met drie aspecten:

- (a) het individu (de ernstig meervoudig gehandicapte zelf);
- (b) de relatie met diens zorgverlener; en
- (c) de context waarbinnen deze relatie tot stand moet komen.

#### **Aan het individu gerelateerde problematiek**

Door de vele beperkingen zijn de communicatieve vaardigheden van mensen met ernstige meervoudige beperkingen zeer gering. De middelen die zij tot hun beschikking hebben om een boodschap over te brengen zijn klein. Ze communiceren niet met gesproken taal maar met een grimas, een blik, een geluid of een beweging, en diezelfde grimas, blik, geluid en beweging kan in verschillende situaties een andere betekenis hebben (Vlaskamp, 1999). Daarnaast hebben zij een bescheiden vermogen om de omgeving te manipuleren en te hanteren, zodat zij weinig kans hebben om een ervaringskader op te bouwen waarover zij kunnen 'praten'. Hun leefwereld is zeer beperkt waardoor er weinig onderwerpen zijn waarover zij 'in gesprek' kunnen komen met hun omgeving. Als laatste ervaren zij, net als ieder ander, behoeften en emoties, maar de persoonlijke beleving van deze ervaringen is afhankelijk van de respons die men krijgt vanuit de omgeving. De wijze waarop deze ervaringen worden uitgedrukt en de mate van intentionaliteit zijn afhankelijk van de reacties uit de omgeving. Een persoon met ernstige meervoudige beperkingen die, door stil te liggen en niet te bewegen, laat merken dat hij weet dat er iemand bij hem staat zal niet snel bevestigd worden in dit gedrag, omdat mensen in zijn omgeving dit gedrag veelal niet herkennen als een alerte houding. Het gevolg is dat dit gedrag afzwakt en een ervaring vormt waarover niet intentioneel wordt gecommuniceerd. De ernstig meervoudig gehandicapte ervaart dat hem alles overkomt en dat ongeacht de reacties die hij geeft, het niet mogelijk is invloed uit te oefenen op de situatie waarin hij zich bevindt. Apathie is het gevolg. De afwezigheid van reactie door de ernstig meervoudig gehandicapte op het handelen van zorgverleners, maakt het moeilijk inzicht te krijgen in de adequaatheid van handelen. Dit kan een reden zijn waarom zorgverleners na verloop van tijd vraagtekens bij een gezamenlijk gedragen visie zetten.

#### **Aan de relatie gerelateerde problematiek**

Professionele zorgverleners hebben over het algemeen te weinig kennis en vaardigheden om een betekenisvolle relatie tot stand te brengen. Het ontbreekt veelal aan geschikt diagnostisch materiaal en reeds ontwikkelde trainingsprocedures en -strategieën zijn veelal ongeschikt

(Nakken, 1993). Hiervoor kunnen een aantal verklaringen worden gegeven (Reid, Phillips & Green, 1991). Begeleiders hebben nogal eens moeite met het vinden van een consistente (motorische, cognitieve) respons op hetgeen ze aanbieden. Door de wisselende reacties (of afwezigheid van reacties) kan geen duidelijk effectcriterium worden opgesteld. Ook is het moeilijk om prikkels te vinden die voldoende aantrekkelijk zijn om leerreacties uit te lokken en/of te stimuleren. Vervolgens wordt het gebruik van bestaande procedures nogal eens belemmerd door de wisselende aandachtspanne. Het gebruik van de vele medicijnen, de aanwezigheid van epileptische aanvallen en de onwillekeurige bewegingen door spasmen bemoeilijken dit proces. Daarnaast rijzen er verschillende vragen over gedragingen die wel met de procedures kunnen worden aangeleerd. Zo staat de sociale validiteit van geleerde gedragingen nogal eens ter discussie. Er worden vraagtekens geplaatst bij de waarde van een nieuwe vaardigheid voor de persoon in kwestie, indien deze vaardigheid niet functioneel gebruikt kan worden (bijvoorbeeld het vasthouden van een voorwerp). Ten slotte bestaan er verschillende problemen met het generaliseren van vaardigheden over personen, situaties en tijd zodra deze niet in de dagelijkse situaties worden aangeleerd.

Zorgverleners kennen veelal zelf een betekenis aan het gedrag toe. Het toekennen van betekenis aan gedrag vanuit de eigen normen, waarden en voorstellingsvermogen van de begeleider (bijvoorbeeld omdat het lijkt op het eigen gedrag) kan volstrekt ontoereikend zijn (Froese, Richardson, Romer & Swank, 1999). Hier zijn talrijke voorbeelden van: zoals het hoofd wegdraaien interpreteren als desinteresse, terwijl het juist een signaal kan zijn van alertheid; lachen interpreteren als vrolijk zijn terwijl dit het gevolg is van een temporale epilepsie; stil zijn interpreteren als tevredenheid of behoefte aan rust terwijl hiermee concentratie en aandacht wordt uitgedrukt. Op deze manier vindt er geen afstemming plaats tussen beiden en de interactiepatronen stikken zowel vanuit de persoon als vanuit diens begeleider. Er ontstaat een negatieve spiraal van contactname en het gevolg kan een situatie zijn waarin verzorging alleen voldoende wordt geacht.

### **Aan de context gerelateerde problematiek**

De complexe zorgvraag van ernstig meervoudig gehandicapten en het gebrek aan adequaat handelen door zorgverleners zijn niet de enige belemmeringen die worden tegengekomen in het proces van relatievorming. Ook de context waarbinnen deze relatie gevormd moet worden speelt een belangrijke rol. Zorgverleners werken immers binnen een organisatie die uit veel aspecten bestaat zoals de woongroep, activiteitengroep, clusters van groepen en de voorziening. Volgens Clark, Ichinose en Maiman (1990 in: Seys & Dumont, 1996) zijn er op zijn minst twee verschillende maar onderling afhankelijke omgevingsvariabelen aan te wijzen die een remmende of juist stimulerende invloed laten zien. Dit zijn de actieomgeving en de fysiek-materiële omgeving. De eerstgenoemde verwijst onder andere naar de interactie met de cliënten. Indien we kritisch kijken naar de actieomgeving van ernstig meervoudig gehandicapten dan kunnen we stellen dat zorgverleners in het algemeen in een veel te hoog tempo bewegen, handelen en spreken. Personen met ernstige meervoudige beperkingen kunnen niet snel hun hoofd bewegen om ons te kunnen volgen als wij heen en weer lopen. Ook hebben zij tijd nodig om tot zich door te laten dringen wie binnenkomt, wie voor hen staat en wie hen aanspreekt. Veel ernstig meervoudig gehandicapten liggen gedurende een deel van de dag in

een bedbox, op een aangepaste matras of in een ligorthese. In die houding is het nog moeilijker om de ander te volgen en te herkennen. Door het hoge tempo krijgen ze niet de gelegenheid om op zorgverleners te reageren. Zorgverleners zien de initiatieven vaak niet, omdat ze allang weer met iets anders bezig zijn.

De fysiek-materiële omgeving betreft alle fysieke en materiële kenmerken van die omgeving. Een aspect die hierop betrekking heeft is bijvoorbeeld de fysieke aanwezigheid van zorgverleners. Het leren kennen van ernstig meervoudig gehandicapten kost veel tijd en vereist dan ook een frequent en regelmatig terugkerende interactie (Buntinx, 1994; Granlund & Olsson, 1997; Van der Maat, 1992; Velthausz, 1987; Willems, 1996). Ziekteverzuim, personeelswisselingen, parttime contracten en wisselende diensten binnen woonvoorzieningen werken hierop niet bevorderend. In de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten spelen vooral het hoge verloop van medewerkers en het ziekteverzuim een grote rol. Uit onderzoek blijkt dat dit verloop op het niveau van de residentiële voorziening hoog is (Bradley, Taylor, Mulken & Leff, 1997; Buntinx, 1994; Felce, Lowe & Beswick, 1993; Munro, Duncan & Seymour, 1983; NZI, 1998; Zaharia & Baumeister, 1978). Het verloop op woongroepniveau en dus binnen een voorziening is mogelijk nog hoger, zeker indien gekeken wordt naar de woongroepen waarop ernstig meervoudig gehandicapten verblijven (Buntinx & Hoogeveen, 1997; Braddock & Mitchell, 1992). In de literatuur worden hiervoor uiteenlopende redenen gegeven (Meininger & Reinders, 1997; Nakken, 1997). Uit een onderzoek van Zijlstra, Vlaskamp en Buntinx (2000) kwam naar voren dat het hoge verloop op deze groepen vooral veroorzaakt wordt door de vele wisselingen in medewerkers die niet tot de vaste kern van een woongroep team behoren. Het hoge ziekteverzuim dat vaak gezien wordt in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten wordt veelal gerelateerd aan het ontbreken van effect van handelen, het fysiek zware werk en de lage waardering voor het werken met deze mensen. Vlaskamp en Verkerk (2000) stellen, in navolging van Tronto (1993), dat het van belang is dat een management van een voorziening zorgdraagt voor haar medewerkers. Belangrijke aspecten hierbij zijn de voorbereiding op en ondersteuning van zorgverleners in hun werk; het hebben van voldoende zeggenschap over wat goede zorg is; en het stimuleren van een goede samenwerking tussen de zorgverleners onderling.

## 1.4 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

De laatste jaren is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van individuele behandel- en begeleidingsplannen voor personen woonachtig in de residentiële zorg. Er bestaat echter weinig kennis over het effectief invoeren van deze plannen. Hierdoor bestaat nauwelijks zicht op de redenen waarom tijdens onderzoek de aangetoonde effecten van deze plannen in de dagelijkse zorgverlening niet geëvenaard worden (Stancliffe, Hayden & Lakin, 1999). Ditzelfde geldt voor het programma dat binnen dit project wordt geïmplementeerd. Dit programma is ontwikkeld en effectief bevonden om de kwaliteit van zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen te verbeteren. Zodra het programma echter regulier in de praktijk wordt gebruikt, worden niet dezelfde resultaten behaald als eerder onderzoek aantoonde (Vlaskamp & Nakken, 1996). De algemene problemen die beschreven worden in de paragrafen 1.2 en 1.3 worden ook hier gezien en lijken zelfs verzaamd te worden door de specifieke problemen die

in paragraaf 1.4 worden besproken. Het blijft echter onduidelijk welke specifieke beïnvloedende relaties bestaan tussen omgevingsfactoren en programma-effecten. Maar ook is de vraag naar relaties tussen omgevingsfactoren onderling relevant en de beïnvloeding hiervan op programma-effecten.

Het onderhavig onderzoek richt zich op het achterhalen van de oorzaken van de discrepantie tussen de verwachte en behaalde resultaten.

Het doel van het onderzoek is als volgt te omschrijven:

***Het achterhalen van relevante omgevingsfactoren bij de implementatie van het Opvoedingsprogramma en deze, indien mogelijk, positief te beïnvloeden.***

Om dit doel te realiseren, dienen de volgende onderzoeksvragen te worden beantwoord:

### **Onderzoeksvraag 1**

Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aantoonbaar binnen de context waarin het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd?

### **Onderzoeksvraag 2**

Welke bevorderende en belemmerende relaties zijn aantoonbaar tussen de effecten van het Opvoedingsprogramma en de implementatiecontext?

### **Onderzoeksvraag 3**

In hoeverre en op welke wijze zijn deze factoren te beïnvloeden ten voordele van een effectieve implementatie?

De eerste twee onderzoeksvragen worden binnen dit onderzoek beantwoord op basis van wetenschappelijke literatuur en empirisch onderzoek. Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag houdt in dat eerst duidelijk dient te worden welke factoren op grond van wetenschappelijke literatuur relevant worden geacht voor een implementatieproces. Vervolgens dient te worden gekeken of deze factoren eveneens aanwezig zijn in de onderzoeksomgeving. Voor het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag dient het Opvoedingsprogramma te worden geïmplementeerd om gegevens te kunnen verzamelen omtrent de effecten. Pas hierna kunnen de effecten van het Opvoedingsprogramma in relatie gebracht worden met de aanwezige omgevingsfactoren. Het achterhalen van de relatie tussen omgevingsfactoren en effecten van het Opvoedingsprogramma vereist wel een gelijkblijvende implementatiestrategie binnen verschillende onderzoekssituaties. Dit om een vergelijking tussen de situaties mogelijk te maken. Ten aanzien van de derde onderzoeksvraag wordt opgemerkt dat de opzet van het onderzoek geen gerichte beïnvloeding toestaat. Wel zal op basis van de gegevens die worden verzameld ten behoeve van de beantwoording van de eerste twee onderzoeksvragen en de observaties tijdens het proces, worden bekeken in hoeverre deze onderzoeksvraag beantwoord kan worden. Dit zal verder in de discussie behandeld worden.

De eerste twee onderzoeksvragen kunnen, op grond van voorafgaande, uitgewerkt worden in de volgende subvragen:

### Onderzoeksvraag 1

Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aantoonbaar binnen de context waarin het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd?

**Subvraag 1.1** Welke factoren worden in de literatuur aangeduid als mogelijk bevorderend en/of belemmerend tijdens een implementatieproces?

**Subvraag 1.2** Welke factoren manifesteren zich tijdens het implementeren en bestendigen van het Opvoedingsprogramma?

### Onderzoeksvraag 2

Welke bevorderende en belemmerende relaties zijn aantoonbaar tussen de effecten van het Opvoedingsprogramma en de implementatiecontext?

**Subvraag 2.1** Voldoet de gehanteerde implementatiestrategie aan de formele en inhoudelijke eisen?

**Subvraag 2.2** Wat zijn de gewenste en de behaalde resultaten per fase?

**Subvraag 2.3** Welke factoren uit de implementatie-omgeving hangen samen met (de discrepantie tussen gewenste en) behaalde resultaten?

**Subvraag 2.4** Op welke wijze hangen deze factoren onderling samen?

## 1.5 Opzet van dit proefschrift

In dit proefschrift wordt verslag gedaan van het onderzoek naar bevorderende en/of belemmerende relaties tussen programmaresultaten en lokale omgevingskenmerken. Eerst wordt een omschrijving gegeven van het onderwerp waarop het programma zich richt: de pedagogische relatie tussen cliënten en zorgverlener. Hierna wordt een beschrijving gegeven van de gewenste omgevings situatie waarin deze relatie inhoud en vorm kan krijgen volgens het programma. Daarbij wordt aandacht besteed aan zorginhoudelijke processen zoals de aard en mate van doelgericht werken en de wijze waarop hieraan vorm wordt gegeven (hoofdstuk twee). Met hoofdstuk drie wordt inzicht gegeven in de wijze waarop binnen dit onderzoek factoren vanuit de literatuur zijn geselecteerd. Tijdens de selectie van deze factoren wordt er rekening mee gehouden dat enerzijds de specifieke relatie tussen de ernstig meervoudig gehandicapte en diens zorgverleners weergegeven dient te worden en anderzijds de specifieke context. In hoofdstuk vier wordt een verantwoording gegeven van de gebruikte onderzoeksmethoden zodat antwoord kan worden gegeven op de in de vorige paragraaf genoemde onderzoeksvragen. In dit hoofdstuk wordt beschreven dat binnen dit quasi-experimenteel onderzoek gebruik is gemaakt van zowel beschrijvende als toetsende onderzoeksmethoden. Vervolgens wordt in hoofdstuk vijf aan de hand van een kwalitatieve analyse een beschrijving gegeven van het implementatieproces binnen voorziening A. In dit hoofdstuk wordt beschreven of het model dat vanuit de theorie is opgezet, volledig is en gebruikt kan worden om inzicht te verkrijgen in het implementatieproces. In hoofdstuk zes worden beschrijvingen gegeven van de implementatieprocessen in voorziening B en C. In dit hoofdstuk wordt voornamelijk gekeken in hoeverre de processen binnen voorzieningen B en C overeenkomen met voorziening A. In hoofdstuk zeven worden de hypothesen die voortvloeien uit het theoretisch model getoetst met behulp van verschillende regressie-analysen, te weten multiniveau analyse

en meervoudige regressie-analysen. Met behulp van multiniveau analyse wordt tegemoetgekomen aan de (complexe) samenhang in de onderzoekssituatie. Ten slotte wordt in het laatste hoofdstuk antwoord gegeven op de onderzoeksvragen en worden de bevindingen in een maatschappelijk kader geplaatst. Aanbevelingen worden gedaan voor zowel (het implementeren van vernieuwingen in) de zorgverlening voor personen met verstandelijke beperkingen als voor vervolgonderzoek.



## Hoofdstuk 2

# Relaties als perspectief

### Inleiding

Er wordt vanuit de overheid alsook vanuit de praktijk steeds meer aandacht besteed aan het verbeteren van de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. Het besef is ontstaan dat ook deze mensen baat hebben bij de veranderingen die gericht zijn op het beter laten aansluiten van de geboden zorg op hun vragen. Helaas is nog onduidelijk hoe aan deze veranderingen inhoud en vorm gegeven kan worden.

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de zorg voor deze mensen kenmerkt. Vervolgens wordt beargumenteerd dat door het hanteren van een relationeel perspectief de gewenste veranderingen in gang gezet kunnen worden. Dit perspectief legt de nadruk op het samenleven van mensen waarin het ontwikkelen van individuele mogelijkheden een belangrijke rol speelt. Het realiseren van zo'n perspectief is niet makkelijk en vraagt niet alleen een bijzondere manier van kijken naar (de zorg voor) deze mensen maar ook een bijzondere vorm van handelen. In dit hoofdstuk wordt beschreven dat gewenste resultaten alleen zichtbaar worden als niet alleen het waarom en waartoe van handelen duidelijk zijn maar ook de wijze waarop veranderingen in handelen totstandkomen. Hierbij wordt aandacht gevraagd voor het procesmatige karakter van opvoeden.

### 2.1 Een relationeel opvoedingsperspectief

#### 2.1.1 Tekorten in de huidige zorgopvattingen

In navolging van de ons omringende landen (zoals Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden) wordt in ons land de nadruk gelegd op het samenleven met personen met verstandelijke beperkingen vanuit het burgerschapparadigma (AAMR, 1992; Van Gennep & Steman, 1997; Schalock, 1996; McFadden & Burke, 1991). Personen met een verstandelijke beperking worden daarbij gezien als gewone burgers, die zelf mogen en kunnen kiezen bij het inrichten van het eigen bestaan en die ondersteuning nodig hebben om dit burgerschap volwaardig te kunnen uitoefenen. De huidige ontwikkelingen die gestuurd worden door deze opvatting zijn bedoeld als bijdrage aan de emancipatie van mensen met verstandelijke beperkingen. Emancipatie is een middel om te komen tot maatschappelijke participatie, waarbij de overheid intervenueert door het geven van rechten. Rechten maken het mogelijk dat mensen als autonome en zelfbeschikkende wezens worden behandeld (Reinders, 1999; Vlaskamp & Verkerk, 2000). Met het benadrukken van het recht op zorg wordt voorkomen dat de zorgvrager in een afhankelijke positie zou geraken, waarin dankbaarheid moet worden getoond voor de bewezen diensten van liefdadigheid en barmhartigheid van zijn 'gezonde' medemens (Vlaskamp & Verkerk, 2000). Het toepassen van rechten is niet zonder tekortkomingen. Ten eerste kan het zonder meer toepassen van het principe 'gelijke rechten, gelijke behandeling' leiden tot onrecht. Indien gehandicapten met niet-gehandi-

capten worden vergeleken kan een gelijke behandeling leiden tot het benadelen van personen met verstandelijke beperkingen. Gehandicapten moeten zich dan alsnog voegen naar de normen en waarden van niet-gehandicapten. Daarnaast impliceert gelijke rechten het hebben van gelijke plichten en de vraag is, in hoeverre personen met beperkingen in staat zijn hieraan te kunnen voldoen. Daarnaast zijn ernstig verstandelijk gehandicapten veelal niet in staat voor hun eigen rechten op te komen. Zij hebben anderen nodig die verantwoordelijk voor hen willen zijn en voor hun rechten willen opkomen. Deze vorm van afhankelijkheid staat lijnrecht tegenover huidige sociaal politieke ideeën die terug te vinden zijn in maatschappelijke ontwikkelingen als de economisering en de juridisering van de zorgverlening. De mogelijkheid om afhankelijk van anderen te kunnen én mogen zijn wordt door deze ontwikkelingen zelfs bedreigd. Ten slotte wordt in alle nieuwe ontwikkelingen weinig aandacht gegeven aan het relationele aspect van zorg. Het accent binnen de huidige visie op zorg ligt op het ontwikkelen van protocollen en regelgeving ten aanzien van wonen, dagbesteding en vrije tijd, niet op het gebied van het bevorderen van de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties. Het gevaar van de huidige opvatting over zorg is dat het deze tekortkoming maskeert en het bestaan van een ernstig meervoudig gehandicapte ingevuld wordt als afgeleide van een zo normaal mogelijk bestaan zonder aandacht te hebben voor de meest wezenlijke component: de relationele context.

### 2.1.2 Een ander accent: een relationeel perspectief

Personen met ernstige meervoudige beperkingen zijn in belangrijke mate afhankelijk van anderen. Het erkennen en accepteren van deze afhankelijkheid is een voorwaarde om mensen met meervoudige beperkingen in contact te laten treden met hun omgeving (andere mensen, voorwerpen, situaties). Het niet erkennen van deze afhankelijkheid als iets van de ernstig meervoudig gehandicapte zelf heeft als consequentie dat de gelijkwaardigheid van deze mensen ter discussie komt te staan of dat deze kunstmatig wordt ingevuld en niet afgestemd is op hun behoeften.

De afhankelijkheid dient niet te worden gezien als een negatief geladen begrip (dat tot een minimum gereduceerd dient te worden) maar als een middel waarmee vormgegeven kan worden aan het bestaan. Het positief waarderen van afhankelijkheid vergt echter een behoorlijke omslag in het denken op dit moment. Het wijkt af van het algemeen geaccepteerd perspectief op zorg. Volgens Reinders (1993) bestaat het verschil hierin dat een persoon niet bepaalde verlangens en wensen met betrekking tot zijn eigen bestaan heeft maar dat dat bestaan is ingebed in relaties met anderen die betekenis geven aan zijn bestaan. Dit betekent dat niet individuele vermogens centraal staan maar interpersoonlijke relaties. Individualiteit hangt dan niet af van onafhankelijkheid of van zelfbepaling maar van de relaties die een persoon heeft met de belangrijke mensen in zijn omgeving. Het is van belang te discussiëren over hoe deze mensen het beste in contact kunnen komen met de voor hen belangrijke anderen en via deze relaties een eigen identiteit (te midden van anderen) kunnen ontwikkelen. Afhankelijkheid wordt dan niet gezien als een belemmering voor het mogelijk maken van een optimale zorg maar wordt ingezet als middel waarmee een beroep gedaan wordt op de opvoedingsverantwoordelijkheid van de maatschappij. Met de maatschappij wordt niet alleen het informele sociale netwerk (zoals ouders, familieleden, vrijwilligers) bedoeld maar tevens het professionele netwerk. Het opvoeden van mensen met ernstige meervoudige beperkingen is dermate complex dat een hoge graad van professionalisering van belang blijft.

### 2.1.3 Het belang van opvoeden

Aan de problemen in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten wordt tegemoetgekomen, indien deze binnen het kader van opvoeden worden geplaatst. Volgens Nakken (1997) is opvoeden een activiteit van opvoeders die handelen om een kind in de toekomst iets te laten bereiken. Dat 'iets' wordt gekleurd door het perspectief dat opvoeders voor ogen hebben. Een perspectief geeft onder meer de verwachtingen weer die men van de persoon heeft, in samenhang met de feitelijke kennis die men van zijn beperkingen heeft en de mogelijkheden die men ziet om in de toekomst goede zorg te verlenen. Opvoeden is volgens deze omschrijving dan ook niet iets dat alleen maar betrekking heeft op kinderen. Er kan ook gesproken worden over opvoeden bij meerderjarigen die afhankelijk zijn en blijven van hun (professionele) begeleiders, wiens handelen gericht is op iets in de toekomst. Opvoeden is gericht op het realiseren van een gewenste situatie. Het afspreken van een te realiseren opvoedingsperspectief doorbreekt de handelingsimpasse die veelal in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten wordt gezien, waardoor de zorg voor deze mensen weer een toekomstgericht karakter krijgt.

De keuze voor de richting van een opvoedingsperspectief wordt bepaald door de visie op opvoeding van betrokkenen. Deze visie wordt veelal beïnvloed door een op een bepaald moment heersende opvatting of norm. Hetgeen op dit moment geschreven is over visies op opvoeding aan personen met een stagnerende ontwikkeling (De Ruyter, 1993) is weinig toepasbaar of niet makkelijk vertaalbaar naar personen met ernstige meervoudige beperkingen. Ouders en zorgverleners weten vaak niet hoe zij moeten omgaan met een persoon die zich anders dan anderen ontwikkelt en die zich in veel opzichten anders gedraagt en anders reageert. Daarnaast stellen ze mogelijk hele andere vragen die wij door ons 'anders zijn van hen' niet herkennen en/of erkennen. De vraag is hoe deze impasse zo goed mogelijk te doorbreken is. Vormgeven aan opvoeden waarbij het zo zelfstandig mogelijk functioneren in de maatschappij centraal staat, lijkt nauwelijks van toepassing. Van belang is dat voor mensen die zo afhankelijk zijn, het aangaan en onderhouden van relaties het kader biedt waarbinnen een perspectief in de opvoeding gerealiseerd dient te worden. Een persoon met ernstig meervoudige beperkingen is, net als ieder ander, in staat tot het aangaan en onderhouden van gehechtheidrelaties. Deze relaties dienen als middel om tegemoet te komen aan belangrijke normen in de opvoeding: de ontwikkeling van veiligheid, individualiteit en vaardigheid. De wijze waarop deze relaties totstandkomen worden verklaard uit de competentie-theorieën (Klaassen, Leeftang, Leeftang et al., 2000; Van Rossum, Musch & Vermeer, 1999). Het individu neemt initiatief naar zijn omgeving (exploreert) en uit die omgeving komt in materiële of sociale zin een reactie. De persoon bemerkt de relatie tussen zijn eigen gedrag en de reactie uit de omgeving en ontwikkelt daardoor een gevoel van controle op zijn materiële en sociale omgeving. Dit gevoel van competentie zorgt ervoor dat hij actief, sturend en zoekend in de wereld staat. Volgens Nakken en Vlaskamp (2001) kunnen personen met ernstig meervoudige beperkingen als competent worden omschreven wanneer zij duidelijk aan kunnen geven wat zij wel en niet willen, wat zij wel of niet prettig vinden - én wanneer daar door anderen adequaat op gereageerd wordt. De capaciteit van een ernstig meervoudig gehandicapte om effectief met zijn omgeving in interactie te zijn wordt in grote mate bepaald door de kwaliteit van de interpersoonlijke opvoedingsrelaties.

Indien uitgegaan wordt van opvoeding waarin zowel het opvoedingsdoel als het opvoedingsmiddel een goede relatie is, kunnen drie kwaliteitseisen worden geformuleerd aan de zorg

voor personen met ernstig meervoudig beperkingen. Ten eerste moet de opvoeding gericht zijn op de mens in relatie tot anderen en niet alleen op zijn onmogelijkheden. Dit betekent bijvoorbeeld dat het trainen van vaardigheden van de ernstig meervoudig gehandicapte niet voldoende is maar dat deze vaardigheden functioneel ingezet moeten kunnen worden binnen de relatie met anderen. Ten tweede dient er uitgegaan te worden van een tweerichtingsverkeer in communicatie tijdens het opbouwen en bestendigen van een relatie. De beïnvloeding vindt niet alleen plaats van de ouder of zorgverlener naar de persoon met ernstige meervoudige beperkingen maar ook omgekeerd (Granlund, 1993). Ten derde kan goede zorgverlening bepaald worden aan de hand van de kwaliteit van de (pedagogische) relatie (Borthwick-Duffy, 1990; Goode & Hogg, 1994). De centrale vraag hierbij is of de opvoeder de persoon respecteert en bijdraagt aan de uitbreiding of verbreding van zijn vermogens tot communicatie en beleving van de eigen individualiteit door middel van ervarings-, ontspannings- of ontwikkelingsgerichte activiteiten.

## **2.2 Aandacht voor de opvoedingspraktijk: het procesmatig karakter van opvoeden**

Het opvoeden van personen met ernstige meervoudige beperkingen is moeilijk en vergt een hoge mate van professionaliteit. Dit is de reden waarom veel van deze mensen gebruikmaken van professionele voorzieningen zoals kinderdagcentra, dagverblijf voor ouderen en (indien ze niet thuis wonen) residentiële voorzieningen. Hoe kan nu het handelen gericht op het realiseren van het relationeel perspectief doelmatig en efficiënt geregeld worden binnen deze professionele voorzieningen?

### **2.2.1 Structuren versus processen**

Het organiseren van opvoeden is een moeilijke taak omdat dit het opbouwen van een persoonlijke relatie veronderstelt terwijl een organisatie daarentegen noodzakelijkerwijs uitgaat van het niet-persoonlijke. Er lijkt een tegenstelling te bestaan tussen de (relationele) eisen die de opvoeding stelt, en de voorwaarden waaraan organisaties moeten voldoen willen zij effectief de gestelde maatschappelijke, organisatorische, financiële en zorginhoudelijke doelen bereiken.

Ondanks alle beperkingen die voortvloeien uit het organiseren, blijft het nodig het handelen te beïnvloeden zodat een gewenst perspectief kan worden gerealiseerd. Naar aanleiding van de tekortkomingen van de huidige professionele, vaak sterk hiërarchisch geordende, organisaties, neemt Van den Dungen (1992) het standpunt in dat niet de nadruk moet liggen op organisatiestructuren maar op processen. Een organisatiestructuur kan te benauwend zijn door de reeks voorschriften met relatief lange looptijd die de verdeling van de werkzaamheden en de gezagsverhouding regelen. Problemen ontstaan als deze structuren niet langer voorwaarden-scheppend zijn maar voorschrijvend werken. Dit zal juist belemmerend werken om het gewenste opvoedingsperspectief te realiseren. Het vormgeven aan het relationele perspectief komt in deze structuren niet tot zijn recht door de beperking van de bewegingsvrijheid van de opvoeders. De opvoeder moet juist een hoge mate van bewegingsvrijheid hebben zodat hij al improviserend zijn handelen kan afstemmen op de gebeurtenissen en ideeën die de opvoedingssituatie vormgeven.

Veel belangrijker dan een structuur is het proces dat wordt doorlopen om van een huidige situatie naar een gewenste situatie (het gehanteerde perspectief) te gaan. Hierbij zijn elementen als formuleren van pedagogische doelstellingen en deze te evalueren op zowel effect alsook op wenselijkheid, van belang. Deze wenselijkheid wordt bepaald op basis van zowel persoonsgegevens alsook culturele, maatschappelijke, politieke en economische invloeden. Hiermee komt de nadruk te liggen op het orthopedagogisch beleid en de evaluatie hiervan. Uitvoering en de structuren zijn dan van minder belang. Deze dienen echter wel te worden geëvalueerd op basis van doelmatigheid, effectiviteit en efficiëntie. Dit alles heeft tot gevolg dat niet steeds de effectiviteit van structuren moeten worden nagegaan maar de effectiviteit van de (pedagogische) beslissingen die worden genomen.

### 2.3 Het Opvoedingsprogramma

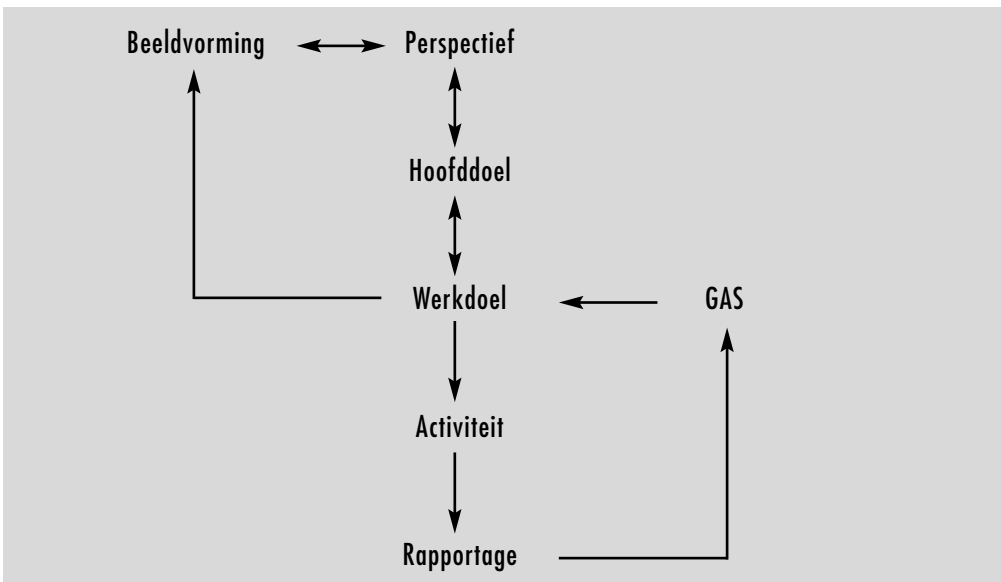
Wil men de zorgverlening aan personen met ernstige meervoudige beperkingen verbeteren dan is het van belang het relationele perspectief te realiseren. Dit kan worden bereikt door eerst de huidige zorgverleningpraktijk te bekijken en dan door middel van het doorlopen van evaluatieprocessen die huidige praktijk langzaam maar zeker te veranderen in de richting van de gewenste praktijk. Dit is een vorm van praktijkevaluatie waarin het cyclisch proces van oriëntatie en analyse, programmering, uitvoering en terugkoppeling centraal staat (Beenackers, 1986; Beenackers, 1992; van Gemert & Vlaskamp, 1997). Het Opvoedingsprogramma is een manier van werken die beide elementen (de normatieve sturing en het cyclische aspect) in zich heeft. Het Opvoedingsprogramma is speciaal ontwikkeld voor personen met ernstige meervoudige beperkingen woonachtig in residentiële voorzieningen. Dit programma omvat een theoretisch/normatief kader en een daarbij passende systematische en doelgerichte werkwijze gericht op het realiseren van een individueel opvoedingsperspectief. Het normatieve kader heeft als uitgangspunt dat personen met ernstige meervoudige beperkingen recht hebben op een opvoedingssituatie waarbinnen zij in de relaties met anderen een actieve en sturende rol kunnen spelen. Deze mensen worden niet gezien als passieve objecten maar als sturende subjecten die zelf kunnen en willen bepalen wat er met hen gebeurt en hoe dit gebeurt. Voor iedere persoon met ernstige meervoudige beperkingen wordt een eigen opvoedingsprogramma ontworpen. Dit individuele programma wordt gestuurd door het persoonsbeeld waarin rekening gehouden wordt met hetgeen ouders en beroepsmatig betrokkenen belangrijk vinden in de opvoeding van een persoon. In het Opvoedingsprogramma wordt onderscheid gemaakt tussen doelen op lange en doelen op korte termijn. De relatie tussen het uitgangspunt en de korte- en langetermijndoelen wordt weergegeven in het werkmodel (figuur 2.1).

De kenmerken van de doelen op de lange termijn zijn (Vlaskamp, 1999):

- de doelen op lange termijn komen tot stand door informatie van en in overleg met alle betrokkenen;
- over de inhoud bestaat consensus; iedereen is bereid en in staat om in samenwerking met anderen aan deze doelen te werken;
- er zijn meerdere langetermijndoelen nodig om het perspectief te bereiken;
- er is altijd een (nieuw) perspectief.

Doelen op korte termijn (werkdoelen) hebben de volgende kenmerken (ibid):

- ze worden in principe opgesteld binnen de eigen discipline;
- ze worden voorzien van goed omschreven activiteiten, duidelijke uitvoeringscondities, heldere rapportagepunten en een doelbereiksschaal ('goal attainment scale', resp. GAS) op grond waarvan het doel kan worden geëvalueerd;
- er zijn meerdere werkdoelen nodig om een hoofddoel te bereiken;
- alle betrokkenen zijn op de hoogte van de inhoud en het resultaat van de gestelde doelen op korte termijn.



Figuur 2.1 Werkmodel (Vlaskamp, 1999 p. 43)

Het werken volgens het Opvoedingsprogramma is dan ook een manier van zorgplanning, waarbij de vorm vastligt en de inhoud wordt bepaald door het individuele opvoedingsperspectief. Hierbij staat niet 'het zo goed mogelijk plannen van de zorg' centraal, maar door middel van procesmatig werken 'het zo goed mogelijk ontwikkelen en bestendigen van een pedagogische relatie'.

## 2.4 De eisen die het Opvoedingsprogramma stelt aan de overige niveaus binnen een voorziening

Het Opvoedingsprogramma is ontwikkeld om de gewenste veranderingen te bewerkstelligen in de zorg voor individuen met ernstige meervoudige beperkingen woonachtig binnen residentiële voorzieningen. Een voorziening is er echter niet voor één persoon. Een voorziening is veelal georganiseerd rondom meerdere (groepen van) personen zoals bijvoorbeeld

woon- of dagbestedingsgroepen, clusters, units en/of afdelingen. Het werken met het Opvoedingsprogramma heeft doorgaans direct gevolgen voor alle niveaus binnen zo'n voorziening. Het streven naar individuele opvoedingsperspectieven vraagt immers om een continue bijstelling van de huidige praktijksituatie, net zolang totdat een gewenste praktijksituatie is ontstaan. Dit stelt nogal wat eisen aan de openheid en flexibiliteit van een voorziening. Een voorziening moet kunnen omgaan met dit dynamische aspect van opvoeden niet alleen op niveau van een individu maar eveneens op het niveau van groepen en/of afdelingen en zelfs op instellingsniveau. Indien immers blijkt dat individuele opvoedingsperspectieven niet gerealiseerd kunnen worden omdat deze niet passen binnen de instellingsvisie of omdat het personeelsbeleid belemmerend werkt, dient de instelling deze (op korte termijn) bij te kunnen stellen. Wat en hoe bijgesteld moet worden, wordt alleen duidelijk indien de verschillende niveaus binnen een voorziening zowel inhoudelijk (normatief) alsook methodisch op elkaar afgestemd zijn. Dit betekent dat de normatieve en cyclische manier van werken op het individuele niveau eveneens gehanteerd moet worden op de andere niveaus. Op instellingsniveau betekent dit dat een voorziening een beleidsplan dient te hebben opgesteld waarin een zorgvisie staat beschreven en (hiervan afgeleid) beleidsdoelstellingen staan geformuleerd. Vervolgens dient in de fase van de programmering een prioriteit in de beleidsdoelen te zijn aanbracht. De samenhang tussen deze beleidsdoelen dient duidelijk te zijn en er dient beschreven te staan op welke wijze deze doelstellingen worden gerealiseerd en geëvalueerd. Ten slotte dient in de fase van uitvoering en evaluatie datgene wat is afgesproken, te worden uitgevoerd. Er dient data te worden verzameld die informatie geeft over het proces en product van uitvoering en er dient bijsturing plaats te vinden. Deze cyclus van oriëntatie en analyse, programmering en uitvoering en evaluatie dient eveneens te zijn uitgewerkt op groepsniveau. Op het individuele niveau komt deze terug in een individueel Opvoedingsprogramma dat voor iedere persoon met ernstige meervoudige beperkingen wordt opgezet. Oriëntatie en analyse komt overeen met het opstellen van het persoonsbeeld en het kiezen van een perspectief en hoofdoelen. Programmering komt overeen met het kiezen van werkdoelen, opstellen van activiteiten, omschrijven van rapportagepunten en evaluatiecriteria in de vorm van de doelbereiksschaal. Uitvoering en evaluatie vinden ten slotte plaats door het uitvoeren en evalueren van de werkdoelen in relatie tot het gestelde hoofdoel, perspectief en persoonsbeeld. Op alle niveaus dient hetzelfde normatieve kader richtinggevend te zijn voor de inhoud van de verschillende stappen binnen het cyclische proces.

Het Opvoedingsprogramma stelt een proces centraal dat zich kenmerkt door de aandacht voor en vooral de ontwikkeling in relaties. Dit betreft niet alleen persoonlijke relaties maar ook de relaties tussen de verschillende onderdelen binnen een voorziening. Dit vereist continue inhoudelijke en methodische afstemming tussen de verschillende onderdelen van een voorziening. Het lijkt niet zinvol zorgplanning zoals het Opvoedingsprogramma in te voeren op individueel niveau zonder gedurende de invoering aanpassingen te willen verrichten aan processen en structuren op andere niveaus.





## Hoofdstuk 3

---

# Implementatiefactoren

### Inleiding

Het implementeren van een nieuw programma is een ingewikkelde opgave. Allerlei meer en minder beïnvloedbare gebeurtenissen en omstandigheden spelen hierin een rol. In Nederland is tot op heden hierover veel geschreven maar er is nauwelijks goed onderbouwd wetenschappelijk onderzoek verricht naar de implementatie van zorgvernieuwingsprojecten en de factoren die daarbij een rol spelen. Het onderzoek houdt meestal op nadat een programma is geïmplementeerd waardoor het nog steeds onduidelijk is hoe het met deze projecten op de langere termijn vergaat. Het ontbreekt deze projecten aan systematische evaluaties op de lange termijn terwijl dit voor het inzicht krijgen in de borging van een programma essentieel is (Roelofs, 2001). Voor het ontbreken van dit type onderzoek zijn verschillende redenen aan te wijzen, zoals technische, politieke en culturele obstakels (Vossen & Kluytmans, 1994). Technische obstakels situeren zich op methodologisch niveau: hoe kan de verandering op een valide en betrouwbare wijze worden gemeten. Dit is een vraag naar zowel de interne als de externe validiteit van een veranderingsproject. De validiteit kan beïnvloed worden door verschillende aspecten. In veel veranderingsprocessen worden verschillende interventiemethoden gelijktijdig gehanteerd waardoor het koppelen van interventies aan effecten wordt bemoeilijkt. Ook treden vertragingen op waardoor de werkelijke effecten van veranderingen veelal niet direct na invoering te constateren zijn. Politieke factoren leveren ook een bijdrage aan het ontbreken van systematisch onderzoek naar effecten. De pro-innovation bias van Rogers (1983) speelt hierbij een rol: de verandering wordt als dé oplossing van alle problemen gezien waardoor niet kritisch naar de werkelijke effecten wordt gekeken. Ten slotte hangen culturele obstakels nauw samen met een geringe openheid ten aanzien van het vermelden van negatieve ervaringen en mislukkingen. Negatieve leermomenten worden vaak al snel opzij geschoven en wordt gezocht naar andere manieren voor het boeken van succes. Hierdoor is het leervermogen gering en wordt de kans groot dat bij een volgende verandering dezelfde problemen aan de orde komen. Door het ontbreken van systematisch onderzoek lijkt de vermeende effectiviteit van veranderingsprojecten veel meer gestoeld op 'wishful thinking' dan op empirische data (Vossen & Kluytmans, 1994). Eveneens is een inventarisatie van bevorderende en/of belemmerende factoren voornamelijk gebaseerd op ervaringsleren en niet op systematisch onderzoek.

Dit hoofdstuk start met algemene informatie over veranderingen. Er wordt beschreven of het implementeren van relaties als richtinggevend perspectief als vernieuwing of als verbetering moet worden gezien. Het onderscheid is relevant voor een goed inzicht in de problemen die zich tijdens implementatie kunnen voordoen. Hiertoe worden in paragraaf 3.1 de dimensies van verandering besproken en wordt aangegeven wat binnen dit onderzoek wordt verstaan onder gerichte planmatige veranderingen binnen een instelling. Vervolgens is getracht op basis van

een literatuurstudie relevante omgevingsfactoren bij implementatie van een programma te identificeren (paragraaf 3.2). Geconcludeerd wordt echter dat een selectiekader nodig is waarmee kritische succesfactoren kunnen worden geïdentificeerd. Aanknopingspunten voor de inhoud van dit selectiekader wordt gevonden in theoriegestuurde programma-evaluatie (Chen, 1990) (paragraaf 3.3) en in het theoretisch kader van het Opvoedingsprogramma (paragraaf 3.4). Vervolgens wordt opnieuw naar de literatuur gekeken en worden potentiële relevante omgevingsfactoren geïdentificeerd op basis van dit selectiekader (paragraaf 3.5).

### **3.1 Relaties als perspectief: een verbetering of vernieuwing?**

In de literatuur over verandering wordt een veelheid aan termen gehanteerd die door elkaar gebruikt worden. Het niet consequent hanteren van terminologie maakt het moeilijk inzicht te krijgen in het toch al complexe proces van veranderen. Deze paragraaf wordt dan ook begonnen met een definiëring van de termen die binnen dit onderzoek worden gehanteerd.

Met innovatie (of vernieuwing) wordt bedoeld: "Een op elkaar afgestemd geheel van doelstellingen, middelen en materialen, met een onderliggende theorie en ideologische rechtvaardiging, dat bedoeld is om aspecten van zorg te veranderen, en dat door het uitvoerend niveau binnen de zorg als nieuw wordt ervaren" (Barnhoorn & Walda, 1992).

Verbeteren is een vorm van veranderen waarbij het op elkaar afgestemd geheel van doelstellingen niet als nieuw ervaren wordt maar wel de middelen en de materialen anders worden ingezet zodat een continue bijstelling plaatsvindt om een gewenste eindsituatie te bereiken. Indien een instelling het besluit neemt om te veranderen is het afhankelijk van de perceptie van de doelstellingen of het gaat om een zorgvernieuwing of zorgverbetering. Innovaties en verbeteringen worden veelal door middel van projecten uitgevoerd voordat ze regulier worden geïmplementeerd. Een project is "Een geheel van activiteiten gericht op realisatie van een tevoren vastgesteld doel met behulp van bepaalde middelen binnen een bepaald tijdsbestek" (de Veer, Bakker & Peters, 1992).

Implementeren is het in- of doorvoeren van een verbetering of vernieuwing zodat deze gaat behoren tot het dagelijks handelen van hulpverleners of organisaties en niet meer als nieuw wordt ervaren (Barnhoorn & Walda, 1992). Implementeren kan dan ook projectmatig plaatsvinden mits het kortdurend karakter van een project niet belemmerend werkt in het tot stand brengen van de structurele verandering.

Met het invoeren van het Opvoedingsprogramma wordt een verandering in het handelen van zorgverleners beoogd. Deze verandering heeft tot doel een meer verantwoorde zorg te bieden aan mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Onder verantwoorde zorg wordt ondersteuning van een goed niveau verstaan, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de ernstig meervoudig gehandicapte (ZonMw, 2001). De doelstellingen van het Opvoedingsprogramma zijn primair gericht op het tot stand brengen van een relationele context waarbinnen een verantwoorde zorg kan worden geleverd. Dit vereist een anders kijken naar de zorg voor deze mensen dan tot nu toe heeft plaatsgevonden (Vlaskamp, 1993). Daarmee wordt het implementeren van het Opvoedingsprogramma binnen dit onderzoek beschouwd als innovatie. Het implementeren van een vernieuwing doorloopt in het algemeen drie fasen (Grol & Wensing,

2001). Opeenvolgend zijn dit: de adoptiefase, de implementatiefase en de bestendigungsfasen (Schermer, 1991). In de adoptiefase wordt de zorgvernieuwing geaccepteerd door de zorgverleners die er in de praktijk mee te maken krijgen. Daarna wordt de zorgvernieuwing daadwerkelijk ingevoerd en in praktijk gebracht: de implementatiefase. In deze fase worden gerichte activiteiten ondernomen om de zorgvernieuwingen in te voeren. In de laatste fase wordt de zorgvernieuwing opgenomen in de reguliere werkzaamheden; het is dan eigenlijk geen vernieuwing meer. Deze fase wordt bestendiging of ook wel borging genoemd.

De verschillende fasen van een vernieuwingsproces beïnvloeden elkaar en vele factoren beïnvloeden dit proces. In de volgende paragraaf wordt beschreven welke relevante factoren op basis van (wetenschappelijke) literatuur kunnen worden geïdentificeerd die het slagen of falen van een programma beïnvloeden.

### 3.2 Implementatiefactoren beschreven in de literatuur

Er is veel geschreven over het implementeren van zorgvernieuwingen en de bevorderende en belemmerende factoren hierbij (Grol & Wensing, 2001). De literatuur op dit terrein geeft veel factoren weer die de gang van zaken met betrekking tot implementatie beïnvloeden (Fullan, 1982; Emerson & Emerson, 1987; Hastings & Remington, 1993; Sluijs, de Bakker & Donker, 1994; Grol, Everdingen & Casparie, 1994; Klazinga, 1994; Grimshaw, Freemantle, Wallace et al., 1995; Maussart, 1995; Vlaskamp & Nakken, 1996; Bijl, 1996; Boonstra, Steensma & Demenint, 1998; Kayzel, 1998; Splunteren, Bosselaar, Koster et al., 1998; Wiefferink & Dukkers van Emden, 1998). Zo hebben Wiefferink en Dukkers van Emden (1998) een systematische literatuurstudie uitgevoerd aan de hand van de gegevens die door het NIVEL beschikbaar waren gesteld. Uit deze studie bleek dat een geringe bestendiging van implementatie-effecten het gevolg is van een implementatie die nooit goed is gelukt. Andere belemmerende factoren waren het wegvallen van geld of ondersteuning en de concurrentie van andere vernieuwingen. Bevorderende factoren lijken vooral te liggen op het terrein van de motivatie en de aanwezigheid van een coördinatiepunt. Deze gegevens zijn echter voornamelijk (70%) afkomstig van zorgvernieuwingen waarbij het gaat om een verschuiving van de ziekenhuiszorg naar thuiszorg. Andere onderzoeken betreffen met name onderzoek in de medische praktijk (Grol, Everdingen & Casparie, 1994; Grimshaw, Freemantle, Wallace et al., 1995), jeugdhulpverlening (Bijl, 1996) of ouderenzorg (Splunteren, Bosselaar, Koster et al., 1998). Er zijn maar een beperkt aantal onderzoeken die betrekking hebben op het implementeren van zorgvernieuwingen binnen residentiële voorzieningen. Zo hebben Emerson en Emerson in 1987 onderzoek gedaan naar het identificeren van belemmerende factoren bij gedragstherapeutische programma's binnen residentiële voorzieningen voor personen met verstandelijke of psychiatrische beperkingen. Belemmerende factoren hadden onder andere betrekking op de zorgverlener (onderbezetting en het gebrek aan adequate kennis), omgevingsfactoren (te veel cliënten op een woongroep) en het gebrek aan adequate professionele ondersteuning. Pool en Hesselink (1998) hebben onderzoek gedaan binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg in Nederland en een aantal beïnvloedende factoren geïdentificeerd. Echter ook hier geldt dat zij zich niet gericht hebben op zorginhoudelijke aspecten. Zij hebben zich voornamelijk gericht op zorgorganisatorische aspecten (Pool & Hesselink, 1998).

In alle bovenstaande onderzoeken worden factoren beschreven die van invloed zijn op het implementeren van een programma. De beschrijving is echter algemeen en geeft onvoldoende inzicht in de relatie tussen deze factoren en programma-effecten. Veel vragen blijven onbeantwoord. Eveneens geeft bestaande literatuur geen antwoord op vragen betreffende de samenhang tussen omgevingsfactoren en de invloed hiervan op behaalde resultaten. Zo zou de aanwezigheid van een bepaalde combinatie van bevorderende factoren de belemmerende werking van andere factoren kunnen minimaliseren of zelfs opheffen. Daarbij laat de bestudeerde literatuur zien dat programma-effecten wisselend zijn en worden beïnvloed door verschillen tussen implementatie-omgevingen (bijvoorbeeld de jeugdhulpverlening versus de gehandicaptenzorg) maar ook binnen dezelfde implementatie-omgevingen. Daarmee kan niet het belang van een bepaalde factor (of groepen van factoren) ten opzichte van een andere op dit moment worden beschreven. Om te komen tot een verantwoorde keuze in de selectie van factoren dient rekening gehouden te worden met de unieke relatie tussen omgeving en programma. Daartoe dient voor dit onderzoek een kader te worden beschreven dat hiermee rekening houdt. Aansluiting is gezocht bij theoriegestuurde programma-evaluatie (Chen, 1990) en het theoretisch kader van het Opvoedingsprogramma. Theoriegestuurde programma-evaluatie biedt een model (implementatie impact-evaluatie) waarmee de interactie tussen programma, omgeving en uitkomsten kan worden beschreven. Het Opvoedingsprogramma geldt als enige wetenschappelijke onderbouwde programma voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Met behulp van beide invalshoeken wordt het kader beschreven waarmee voor dit onderzoek relevante factoren worden geselecteerd.

### 3.3 Theoriegestuurde programma-implementatie

Met behulp van theoriegestuurde programma-evaluatie kunnen de oorzaken achterhaald worden waarom een programma niet de gewenste resultaten laat zien binnen een locale implementatie-omgeving. Daarbij wordt een normatieve sturing gegeven aan de selectie van factoren die van belang geacht worden voor evaluatie van de implementatie van een programma. Binnen de methode van theoriegestuurde programma-evaluatie wordt ervan uitgegaan dat voordat een evaluatie mogelijk is, eerst een (normatieve) beschrijving moet komen van drie componenten:

- de nagestreefde doelen in relatie tot de (al dan niet bedoelde) effecten (doelstellingsdomein);
- structuur en componenten van het programma (ontwerpdomein); en
- de omgeving of context waarin het programma geïmplementeerd moet worden (implementatie-omgeving).

Om te komen tot een selectie van factoren uit de literatuur is op dit moment vooral de derde component, de implementatie-omgeving, interessant. Allerlei dimensies van de implementatie-omgeving kunnen de voorgenomen activiteiten in de weg staan of zelfs geheel verhinderen. De gevolgen daarvan kunnen zijn dat effecten uitblijven, of zich niet naar verwachting manifesteren of ongewenste neveneffecten naar voren komen. In theoriegestuurde programma-evaluatie wordt een conceptueel kader gegeven, bestaande uit zeven dimensies, waarmee een relevante implementatie-omgeving gespecificeerd kan worden: doelgroep, zorgverleners,

microcontext, organisatiestructuur, interorganisatiele samenwerking en de macrocontext. Deze omgevingsdimensies zijn niet hiërarchisch opgebouwd, opeenvolgend of uitsluitend. De dimensies zoals Chen (1990) ze beschrijft dienen enkel en alleen als kader waarmee een implementatie-omgeving kan worden beschreven.

Tabel 3.1 De zeven dimensies van een normatieve implementatie-omgeving (Chen, 1990)

- **Doelgroep.** Dit is de specifieke doelgroep waar het programma zich op richt.
- **Zorgverleners.** Dit zijn de uitvoerders van het programma.
- **Presentatie van zorgverlening.** Dit is de manier waarop het programma wordt uitgevoerd, rekening houdend met zowel organisatorische als inhoudelijke aspecten.
- **Organisatie.** Hoe het programma wordt uitgevoerd (presentatie) hangt af van de organisatiestructuur en cultuur.
- **Microcontext.** Dit is de directe omgeving van de doelgroep waarbinnen de zorg wordt verleend.
- **Relaties met andere organisaties.** Dit zijn de formele en informele relaties die de organisatie heeft met andere organisaties.
- **Macrocontext.** Dit is het meest algemene niveau van sociale, politieke, economische en culturele structuren waarbinnen een programma wordt uitgevoerd.

Invulling van dit kader houdt in dat bekeken moet worden welke factoren binnen iedere dimensie van belang zijn, gegeven een bepaald programma in een bepaalde context. In de volgende paragraaf wordt een normatieve implementatie-omgeving beschreven van het Opvoedingsprogramma binnen residentiële voorzieningen in de gehandicaptenzorg.

### 3.4 Een normatieve implementatie-omgeving van het Opvoedingsprogramma

Een normatieve implementatie-omgeving is volgens theoriegestuurde programma-evaluatie opgebouwd uit zeven dimensies. De factoren die binnen ieder van deze dimensies van belang zijn, worden bepaald door het specifieke programma (dit is het Opvoedingsprogramma) en de context waarbinnen het programma wordt geïmplementeerd (binnen residentiële voorzieningen in de verstandelijke gehandicaptenzorg).

#### 3.4.1 Doelgroep

Bij ieder programma wordt verondersteld dat de activiteiten van de zorgverleners geschikt zijn voor de doelgroep waarop het programma zich richt of waarvoor het programma is ontwikkeld. Het succes van het programma is sterk afhankelijk van de relaties tussen het programma en de kenmerken van de deelnemers. Er moet gekeken worden of de kenmerken van de doelgroep waar het Opvoedingsprogramma zich op richt overeenkomen met de kenmerken van de deelnemers binnen een specifieke implementatiecontext. Het Opvoedingsprogramma is ontwikkeld voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen (Vlaskamp, 1993). Hiermee worden twee relevante factoren gegeven: leeftijd en het repertoire aan mogelijkheden en beperkingen van iedere deelnemer. Uit eerder onderzoek (Van Wijck, Vlaskamp,

Nakken & Smrkovsky, 1991, 1993; Vlaskamp, Uunk & Nakken, 1995) en in de praktijk blijkt dat het Opvoedingsprogramma niet alleen bij kinderen wordt toegepast maar eveneens bij volwassenen. Er werd in paragraaf 2.1.3 beargumenteerd dat het programma ook voor volwassenen gebruikt zou kunnen worden. Tot nu toe is echter onduidelijk of de factor 'Leeftijd' invloed heeft op het bereiken van gewenste programma-effecten en/of belangrijke neveneffecten. Dit geldt eveneens voor de factor 'Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen' van iedere cliënt. In hoofdstuk 2 is beargumenteerd dat de kenmerken van de doelgroep wat betreft het scala aan mogelijkheden en beperkingen zeer divers is. De vraag is zelfs geopperd of, gegeven deze diversiteit, wel van een doelgroep gesproken kan worden. Onduidelijk is óf en in welke mate de factor 'Repertoire van mogelijkheden en beperkingen' bijdraagt aan het succes van het Opvoedingsprogramma. De centrale vraag binnen deze dimensie is dan ook of de factoren 'Leeftijd' en het 'Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen' van een deelnemer van invloed is op gewenste programmaresultaten.

### 3.4.2 Zorgverleners

Het programma moet uitgevoerd worden door daartoe gekwalificeerde krachten. Het maakt voor het verloop van het werken met het Opvoedingsprogramma en voor de effecten een groot verschil op welke wijze zorgverleners hun werk verrichten. Het Opvoedingsprogramma vereist gemotiveerd en enthousiast personeel dat de vereiste deskundigheid (kennis en vaardigheden) bezit om het programma te kunnen uitvoeren. In welke mate de factoren 'Motivatie' en 'Deskundigheid' bijdragen aan programmaresultaten is echter nog onduidelijk. Met behulp van het Opvoedingsprogramma kunnen alleen ideeën omtrent deskundigheid in de zin van het hanteren van een specifieke visie worden geformuleerd. Het Opvoedingsprogramma gaat uit van een heldere en eenduidige visie op zorgverlening aan ernstig meervoudig gehandicapten. Zorgverleners hebben zo hun eigen ideeën over hoe het beste zorg verleend kan worden. Interessant is dan ook binnen deze dimensie dat de visie van zorgverleners als factor meegenomen wordt zodat onderzocht kan worden in hoeverre overeenstemming in visie van invloed is op het behalen van gewenste resultaten. Voor verdere uitwerking van de concepten motivatie en deskundigheid dient aanvullende literatuur te worden bestudeerd (paragraaf 3.5.3).

### 3.4.3 Presentatie van het programma

Presentatie van het programma heeft betrekking op de manier waarop het programma wordt uitgevoerd, rekening houdend met zowel organisatorische als inhoudelijke aspecten. Het Opvoedingsprogramma geeft, naast het richting geven aan de inhoud van doelen, ook weer welke handelingen/procedures moeten worden verricht om die doelen te bereiken (werken volgens cyclisch werkmodel, wijze van rapporteren en evalueren en de wijze van samenwerken). De presentatie van het Opvoedingsprogramma ligt dan ook al min of meer vast. Binnen deze dimensie gaat het om de aansluiting van de wijze van werken binnen het Opvoedingsprogramma met de al bestaande manier van zorgverlening van een organisatie. Het gaat bij het implementeren van het Opvoedingsprogramma meer om de vraag in welke mate een organisatie qua structurele kenmerken aansluit bij de structurele kenmerken van het Opvoedingsprogramma dan om de wijze waarop het programma uitgevoerd dient te worden.

Dit ligt bij voorbaat al vast. Om deze reden worden in dit onderzoek op deze dimensie geen factoren geselecteerd. Natuurlijk moet in het onderzoek wel meegenomen worden of het programma inderdaad uitgevoerd wordt zoals is gepland.

### 3.4.4 Organisatie

Verwacht wordt dat het invoeren van een programma de grootste kans van slagen heeft indien zij ondersteund wordt door een passende organisatiestructuur. Hoe minder de structuur aansluit op kenmerken van het programma des te moeilijker zal het zijn om de beoogde resultaten te bereiken. Welke factoren binnen deze dimensie relevant zijn, wordt bepaald door de wijze van werken binnen het Opvoedingsprogramma. Bij het Opvoedingsprogramma staat het samenwerken van de verschillende betrokken disciplines vanuit eenzelfde opvoedingsperspectief centraal. Als gevolg hiervan is de wijze waarop programmatisch wordt gewerkt binnen en tussen de niveaus van een voorziening van belang. Eveneens als de wijze waarop de samenwerking is georganiseerd en de taak- en verantwoordelijkheidstoedeling.

#### Programmatisch handelen binnen een organisatie

Het werken met het Opvoedingsprogramma betekent dat zowel directe als indirecte zorgverleners binnen een organisatie overeenstemming moeten bereiken over hetgeen waaraan en hoe in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten moet worden gewerkt. In paragraaf 2.4 is beschreven dat het centraal stellen van relaties niet alleen op het niveau van het contact tussen zorgverlener en deelnemer moet plaatsvinden maar eveneens op de andere niveaus binnen een organisatie. Het centraal stellen van relaties betekent het centraal stellen van het proces van relatievorming. Inhoudelijke en methodische doelstellingen gericht op dit proces dienen op de verschillende niveaus te zijn gespecificeerd en moeten logisch en consistent van elkaar zijn afgeleid. Consensus over inhoud en prioriteit over deze doelstellingen is belangrijk om ervoor te zorgen dat alle betrokkenen vanuit eenzelfde perspectief hun bijdrage leveren aan het realiseren van gewenste programma-effecten. Het bereiken van consensus is echter niet altijd eenvoudig: de verschillende partijen (groepsbegeleiders, activiteitenbegeleiders, therapeuten, orthopedagogen, managers) hebben veelal ieder een eigen opvatting over de gewenste zorg voor een cliënt.

Naast inhoudelijke afstemming dient eveneens methodische afstemming te bestaan. In paragraaf 2.4 staat beschreven dat de cyclische manier van werken niet alleen op het niveau van de deelnemer moet plaats vinden maar binnen ieder niveau van de organisatie. Dit programmatisch werken dient zowel op deelnemersniveau, woongroepniveau alsook organisatieniveau te worden uitgevoerd (Beenackers, 1986, 1992). Beleidsplannen, groepsplannen en individuele zorgplannen dienen op elkaar te zijn afgestemd. Dit betekent dat er zowel een inhoudelijke alsook methodische afstemming binnen ieder organisatieniveau als ook tussen de organisatieniveaus dient te bestaan. Hiervoor kunnen een aantal criteria worden gegeven (Steeneken, 1998) die in bijlage I-5 zijn vermeld. Gegeven dit onderzoek is het interessant te onderzoeken in welke mate de bestaande wijze van programmatisch handelen binnen een organisatie waar het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd van invloed is op het behalen van gewenste programma-effecten. Dit wordt meegenomen als de factor 'Programmatisch handelen'.

## Samenwerking

Het werken volgens het Opvoedingsprogramma vereist zowel een goede intra- als ook interdisciplinaire manier van samenwerken. Voor het behalen van programma-effecten is het immers van belang dat een goede samenwerking bestaat tussen zowel groepsleiding onderling als groepsleiding en overige disciplines (therapeuten, activiteitendienst en management). Zij moeten immers elkaar aanvullende informatie verschaffen en daar waar nodig kennis en vaardigheden overnemen, overdragen of uitvoeren. Deze vorm van samenwerking kan door middel van formele overlegstructuren totstandkomen mits aan een aantal organisatorische en inhoudelijke randvoorwaarden wordt voldaan. Zo is de aanwezigheid van alle disciplines tijdens deze overlevormen van belang voor het afstemmen van elkaars werkzaamheden evenals de wijze waarop besluiten worden genomen (bijvoorbeeld in samenspraak of opgelegd). Tevens is de wijze waarop wordt gerapporteerd (formeel/informeel, mondeling en/of schriftelijk) van belang. In dit onderzoek worden drie aspecten van de samenwerking meegenomen: samenwerking met collega's (intradisciplinaire samenwerking), samenwerking met andere (in) directe zorgverleners (interdisciplinaire samenwerking) en samenwerking met management.

## Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling

Het Opvoedingsprogramma specificeert duidelijke afspraken over een bepaalde taak en verantwoordelijkheidsverdeling. Zo dient de zorg rondom bewoners inhoudelijk gecoördineerd te worden door verantwoordelijken voor de inhoud, de organisatie en directe uitvoering van zorg. Er wordt een duidelijke beschrijving gegeven omtrent rol, taak en functie van alle betrokkenen (Vlaskamp, 1999) en er wordt uitgegaan van een zekere beslissingsbevoegdheid zodat veranderingen die 'van onder af' tot stand komen ook direct kunnen worden ingevoerd. Daarnaast dient de taakinhoud van de verschillende functionarissen binnen een instelling overeen te komen met die van het programma. In dit onderzoek wordt de factor 'Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling' meegenomen.

### 3.4.5 Microcontext

Deze dimensie betreft de directe leefomgeving van de doelgroep van het programma. In de residentiële voorziening kan daarbij onderscheid gemaakt worden tussen de woongroep en de omgeving waar zij het merendeel van de dag doorbrengen, zoals dagactiviteitscentrum en/of therapieruimten. Het Opvoedingsprogramma specificeert duidelijke ideeën omtrent continuïteit binnen deze microcontext wat betreft de inhoud alsook personeel. Inhoudelijke continuïteit wordt binnen dit onderzoek niet meegenomen als omgevingsfactor omdat het Opvoedingsprogramma scherpe richtlijnen geeft omtrent het werken aan inhoudelijke (pedagogische) doelstellingen en de wijze waarop deze dienen te worden gerealiseerd.

Het Opvoedingsprogramma geeft eveneens ideeën over de personele continuïteit. Adequate hulpverlening aan ernstig meervoudig gehandicapten is alleen mogelijk indien een pedagogische relatie is aangegaan. Deze relatie bestaat bij de gratie van frequent en regelmatig terugkerende interacties. Personeelwisselingen lijken dit proces dan ook negatief te beïnvloeden en hiermee gewenste programma-effecten. In dit onderzoek wordt de factor personeelwisselingen meegenomen.



### 3.4.6 Relaties met andere organisaties

Zorgverleningorganisaties functioneren doorgaans in een netwerk met andere organisaties. Door deze netwerkrelaties kan de organisatie zich onder andere legitimeren en steun verwerven. De aard van deze relaties kan de zorguitvoering beïnvloeden en de effectiviteit van de organisatie treffen. Het Opvoedingsprogramma geeft geen aanwijzingen over de invloed van relaties met andere organisaties op programma-effecten. Verwacht wordt echter wel dat de steun die een organisatie vanuit zijn netwerk ontvangt van invloed is op het succesvol invoeren van een programma. Een vorm van steun kan bijvoorbeeld zijn het zich laten informeren over ervaringen van andere voorzieningen met het Opvoedingsprogramma. Het zich laten informeren vindt vaak plaats voorafgaand aan een implementatie of tijdens implementatie zodra een voorziening geconfronteerd wordt met knelpunten. In dit onderzoek wordt de factor 'Informatie-uitwisseling met andere organisaties' meegenomen.

### 3.4.7 Macrocontext

Deze dimensie betreft het geheel van maatschappelijke, sociaal-economische en politieke structuren waar de organisatie deel van uitmaakt. Het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd binnen residentiële voorzieningen binnen de gehandicaptenzorg. Het Opvoedingsprogramma geeft geen normatieve uitspraken over de macrocontext. In hoofdstuk twee (paragraaf 2.3 en 2.4) is betoogd dat het invoeren van het Opvoedingsprogramma een vernieuwing is waarbij een instelling een continu proces van bijstellen doorloopt. Het projectmatig invoeren van het Opvoedingsprogramma is dan ook onvoldoende omdat ook na het einde van zo'n project aandacht moet blijven bestaan voor een goede bestendinging. In de gehandicaptenzorg zijn op dit moment op grond van politieke, wetenschappelijke of maatschappelijke motieven veel vernieuwingen gaande (hoofdstuk 1) die door middel van lokale projecten worden ingevoerd. Hierdoor kan concurrentie optreden tussen projecten die gelijktijdig of kort na elkaar binnen een instelling worden opgezet. In dit onderzoek wordt de factor 'Concurrerende vernieuwingen' meegenomen.

### 3.4.8 Voorlopige indeling van omgevingsfactoren

Op grond van de zeven omgevingsdimensies die in theoriegestuurde programma-evaluatie staan beschreven, kan een selectie worden gemaakt in factoren binnen de implementatie-omgeving die van invloed lijken op het bereiken van gewenste resultaten van het Opvoedingsprogramma.

Deze selectie wordt in tabel 3.2 weergegeven

Tabel 3.2 Overzicht van potentiële factoren bij implementatie van het Opvoedingsprogramma

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd</li> <li>• Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen van cliënten</li> </ul>
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visie</li> <li>• Deskundigheid</li> <li>• Motivatie</li> </ul>
Presentatie	Geen factoren geselecteerd
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planmatig werken</li> <li>• Samenwerking</li> <li>• Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling</li> </ul>
Microcontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personele continuïteit</li> </ul>
Relaties met andere organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie-uitwisseling</li> </ul>
Macrocontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrerende zorgvernieuwingen</li> </ul>

Het merendeel van deze factoren is in eerder onderzoek geoperationaliseerd om binnen dit onderzoek mee te nemen. Een uitzondering hierop vormen de factoren binnen de dimensie zorgverleners. De factoren deskundigheid en motivatie zijn nog onvoldoende gespecificeerd. Hiervoor moet opnieuw naar de literatuur worden gekeken (paragraaf 3.5).

### 3.5 Aanvulling vanuit bestaande literatuur

Zowel vanuit het model van Chen (1990) alsook vanuit het theoretisch kader van het Opvoedingsprogramma konden onvoldoende aanknopingspunten gevonden worden om de factoren deskundigheid en motivatie van zorgverleners te specificeren.

Wat betreft de deskundigheid worden in de literatuur aanwijzingen gevonden dat deskundigheid nader gespecificeerd kan worden in opleidingsniveau, de tijd dat iemand binnen een organisatie werkzaam is en de leeftijd van een zorgverlener. De motivatie van een werknemer kan op grond van literatuur nader gespecificeerd worden in de perceptie van de vernieuwing en de beoordeling van de werksituatie.

#### 3.5.1 Deskundig handelen door een zorgverlener

##### Opleidingsniveau

Vanuit literatuur wordt opleidingsniveau vaak weergegeven als een kenmerk van de zorgverlener, die de resultaten van het programma kan beïnvloeden. Om zowel de inhoudelijke (de visie op zorg en op de doelgroep) als de procedurele (het methodisch handelen) aspecten van het programma te kunnen begrijpen en deze te integreren in het dagelijks handelen, is een bepaald opleidingsniveau van belang om tot de verwachte resultaten van het programma te komen.

### **Tijd werkzaam binnen de organisatie**

In de literatuur komt naar voren dat deskundigheid eveneens te maken kan hebben met de tijd die zorgverleners binnen een organisatie werkzaam zijn. Dit heeft te maken met de vaardigheden die zij tijdens het werken met deelnemers hebben ontwikkeld en anderzijds eerdere ervaringen die zij met vernieuwingen binnen de organisatie hebben opgedaan (Kayzel, 1998).

### **Leeftijd van de zorgverlener**

Gegevens in de literatuur suggereren dat jongere hulpverleners eerder veranderingen in hun werkwijze aanbrengen dan hun oudere, meer ervaren collegae (Grol, Everdingen & Casparie, 1994). Daarnaast geven Van der Ploeg en Scholte (1997) aan dat leeftijd eveneens samenhangt met de ervaren tevredenheid van het werk. Jongeren (20-30 jaar) en ouderen (vanaf 40 jaar) neigen tot duidelijk meer tevredenheid en zijn minder geneigd te vertrekken.

### **3.5.2 Motivatie van een zorgverlener**

Indien in de literatuur gekeken wordt om motivatie nader te omschrijven, worden regelmatig de factoren arbeidssatisfactie en perceptie van de vernieuwing beschreven.

#### **Arbeidssatisfactie**

In de organisatieliteratuur over veranderingen (Boonstra, Steensma & Demenint, 1998; Kayzel, 1998; Wirtz & van Doorne-Huiskes, 1999; Van der Ploeg & Scholte, 1998) wordt beschreven dat de mate waarin zorgverleners tevreden zijn over hun werksituatie van invloed is op de werkmotivatie. Interesse en betrokkenheid van werknemers kunnen worden vergroot indien zij een bepaalde mate van autonomie en verantwoordelijkheid binnen hun werk ervaren. Eveneens speelt hierbij de ondersteuning van zowel collega's als van hun leidinggevende een belangrijke rol. Wirtz en van Doorne-Huiskes (1999) geven aan dat mensen binnen een organisatie de neiging hebben veranderingen tegen te gaan wanneer zij ervaren te weinig macht te hebben binnen hun werksituatie. Macht ontstaat volgens hen indien informatie beschikbaar is en steun van collega's (zowel boven- onder- als gelijkgeschikten) aanwezig is. Dit inzicht is ook van belang bij het implementeren van het Opvoedingsprogramma. Zorgverleners committeren zich aan het Opvoedingsprogramma zodra zij het idee hebben dat zij meer kansen en meer verantwoordelijkheden geboden krijgen om zelf een bijdrage te leveren aan een goede ondersteuning voor deze mensen. De beoordeling van kenmerken van die werksituatie door zorgverleners en hiermee samenhangend hun tevredenheid over hun werk, lijkt dan van invloed te zijn op de wijze waarop zij tegenover een vernieuwing zoals het Opvoedingsprogramma staan. In het onderzoek wordt deze factor als 'Arbeidssatisfactie' binnen de dimensie zorgverleners meegenomen.

#### **Perceptie van de vernieuwing door de zorgverlener**

De motivatie van een zorgverlener om zich in te zetten voor een nieuw programma hangt samen met de wijze waarop het nieuwe programma ervaren wordt door zorgverleners (Kayzel, 1998). Er dient gekeken te worden naar de complexiteit van de vernieuwing en de zichtbaarheid van de resultaten. Volgens Sluijs, De Bakker en Dronkers (1994) dient ook gekeken te worden naar de mate waarin het programma zijn inhoud expliciteert. Bijl (1996)

geeft een overzicht van programmafactoren en spreekt van intrinsieke en extrinsieke kenmerken. Onder intrinsieke kenmerken van een programma worden de aspecten en eigenschappen van een programma verstaan die relatief onafhankelijk van tijd, plaats en gebruiker betekenis hebben. De extrinsieke kenmerken hebben betrekking op de reactie van de zorgverleners op deze intrinsieke programmakenmerken. Afhankelijk van de perceptie van de gebruiker krijgen de kenmerken een positieve of een negatieve lading, hetgeen een bevorderende dan wel belemmerende invloed heeft op het behalen van programmaresultaten. De extrinsieke factoren zijn volgens Bijl (1996) 'relatief voordeel', 'compatibiliteit', 'complexiteit', 'deelbaarheid' en 'zichtbaarheid'. De waarneming en de waardering van deze extrinsieke kenmerken variëren per implementatie-omgeving en mogelijks zelfs binnen dezelfde implementatie-omgeving. Bijl (1996) zegt dat de implementatie van een programma gunstiger zal verlopen wanneer het programma in de ogen van de (aspirant)gebruiker:

- (a) evidente voordelen biedt ten opzicht van de uitgangssituatie;
- (b) verenigbaar is met bestaande praktijken, normen, waarden en dergelijke;
- (c) relatief eenvoudig is te begrijpen en te gebruiken;
- (d) mogelijkheden biedt om het op beperkte schaal uit te proberen; en
- (e) een zichtbare, communiceerbare inhoud heeft.

Voor deze studie is het van belang gegevens over de waarneming en waardering van programmakenmerken mee te nemen zodat inzicht wordt verkregen op welke wijze deze perceptie de resultaten van het Opvoedingsprogramma beïnvloedt. De perceptie kan worden opgedeeld in vijf factoren: relatief voordeel, de compatibiliteit, complexiteit, deelbaarheid en zichtbaarheid. Gegeven deze omvang in factoren, wordt de dimensie 'Perceptie van de vernieuwing' door zorgverleners als een aparte dimensie toegevoegd aan het model zoals dat door Chen (1990) wordt voorgesteld. De factoren 'Relatief voordeel', 'Compatibiliteit', 'Complexiteit', 'Deelbaarheid' en 'Zichtbaarheid' worden in dit onderzoek binnen deze dimensie meegenomen.

### **3.6 Definitieve indeling van omgevingsfactoren**

In paragraaf 3.5 is het model met omgevingsfactoren (tabel 3.2), aangevuld met gegevens uit de literatuur. In tabel 3.3 wordt het definitieve model gegeven. Het ontwikkelen van dit model is een eerste stap om de factoren uit de implementatie-omgeving te toetsen op relevantie in het kader van het succesvol implementeren van het Opvoedingsprogramma. Binnen dit model is alleen nog gekeken naar de factoren afzonderlijk. Met behulp van het model is het (nog) niet mogelijk om het effect van een bepaalde combinatie van factoren op programma-effecten te beschrijven. In hoofdstuk vier wordt de methode van onderzoek besproken waarin wordt aangegeven op welke wijze dit model binnen dit onderzoek wordt ingezet om tot beantwoording van de onderzoeksvragen te komen

Tabel 3.3 Overzicht van de te onderzoeken factoren bij implementatie van het Opvoedingsprogramma

Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd</li> <li>• Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen</li> </ul>
Zorgverlener	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visie</li> <li>• Opleidingsniveau</li> <li>• Tijd werkzaam binnen een organisatie</li> </ul>
Perceptie van het programma door zorgverleners	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leeftijd</li> <li>• Beoordeling van de werksituatie</li> <li>• Relatief voordeel</li> <li>• Compatibiliteit</li> <li>• Complexiteit</li> <li>• Deelbaarheid</li> <li>• Zichtbaarheid</li> </ul>
Organisatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planmatig werken</li> <li>• Samenwerking</li> <li>• Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling</li> </ul>
Microcontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personele continuïteit</li> </ul>
Relaties met andere organisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatie-uitwisseling</li> </ul>
Macrocontext	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrentie overige zorgvernieuwingen</li> </ul>



## Hoofdstuk 4

# Methode van onderzoek

---

### Inleiding

Dit onderzoek heeft tot doel het identificeren van omgevingsfactoren binnen residentiële voorzieningen die de (verwachte) resultaten van het opvoedingsprogramma bevorderen en/of belemmeren. De onderzoeksmethoden die tot nu in de literatuur worden gebruikt voor het inzichtelijk maken van implementatieprocessen, zijn veelal beschrijvend van aard. Ondanks de voordelen van dit type onderzoek is de generaliserende waarde van dergelijke onderzoeksresultaten gering. Er bestaat behoefte aan een andere manier van onderzoek die meer inzicht geeft in implementatieprocessen dan tot nu toe het geval is. Theoriegestuurde programma-evaluatie komt aan deze behoefte tegemoet. In paragraaf 4.1 wordt beschreven wat theoriegestuurde programma-evaluatie betekent. In paragraaf 4.2 wordt uitgelegd op welke wijze deze evaluatiedomeinen binnen dit onderzoek worden ingezet. In paragraaf 4.3 wordt een beschrijving gegeven van de onderzoekssituatie waarna in paragraaf 4.4 wordt beschreven op welke wijze de relaties tussen omgevingsfactoren en programma-effecten worden beschreven en getoetst.

### 4.1 Theoriegestuurde programma-evaluatie

Het invoeren van een nieuw programma gebeurt veelal binnen een bestaande context die onderhevig is aan allerlei wisselende invloeden (politiek, maatschappelijk en sociaal) en die vooraf nauwelijks te definiëren valt. De vele en verschillende oorzaken van programma-effecten en de brede range van bedoelde en onbedoelde effecten blijven bedekt indien gebruik wordt gemaakt van 'klassieke' onderzoeksmethoden. Theoriegestuurde programma-evaluatie is een reactie op de beperkingen van de methodegestuurde evaluaties (zoals de experimentele of naturalistische methoden), die onvoldoende geschikt worden geacht om een programma binnen een bepaalde context te evalueren. Theoriegestuurde programma-evaluatie biedt een methodologisch kader waarmee een theorie kan worden opgebouwd en kan worden geëvalueerd in de praktijk. Met behulp van deze manier van onderzoek doen, kunnen de verschillende oorzaken achterhaald worden die het uitblijven van de gewenste programma-effecten veroorzaken. Zoals beschreven in paragraaf 3.3, bestaat theoriegestuurde programma-evaluatie globaal uit twee stappen: (a) het opstellen van een programmatheorie en (b) het evalueren van deze theorie in de praktijk. Een programmatheorie bestaat uit zes verschillende domeinen (Chen, 1990, 1995). Drie beschrijvende (normatief) en drie voorschrijvende (causatieve) domeinen. Binnen dit onderzoek zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag de drie normatieve domeinen van belang en één causatief domein.

Volgens Chen (1990) moet een normatieve programmatheorie informatie geven over:

- de nagestreefde doelen in relatie tot de (al dan niet bedoelde) effecten (doelstellingsdomein);
- structuur en componenten van het programma (ontwerpdomein);
- en de omgeving of context waarin het programma geïmplementeerd moet worden (implementatie-omgeving).

Evaluaties op deze drie domeinen maken het mogelijk inzicht te verkrijgen in:

- de discrepantie tussen de verkregen effecten en de verwachte effecten (effect-evaluatie);
- de discrepantie tussen de geplande en daadwerkelijk uitgevoerde implementatie (implementatie-evaluatie);
- de discrepantie tussen de gewenste en de daadwerkelijke implementatie-omgeving (context-evaluatie).

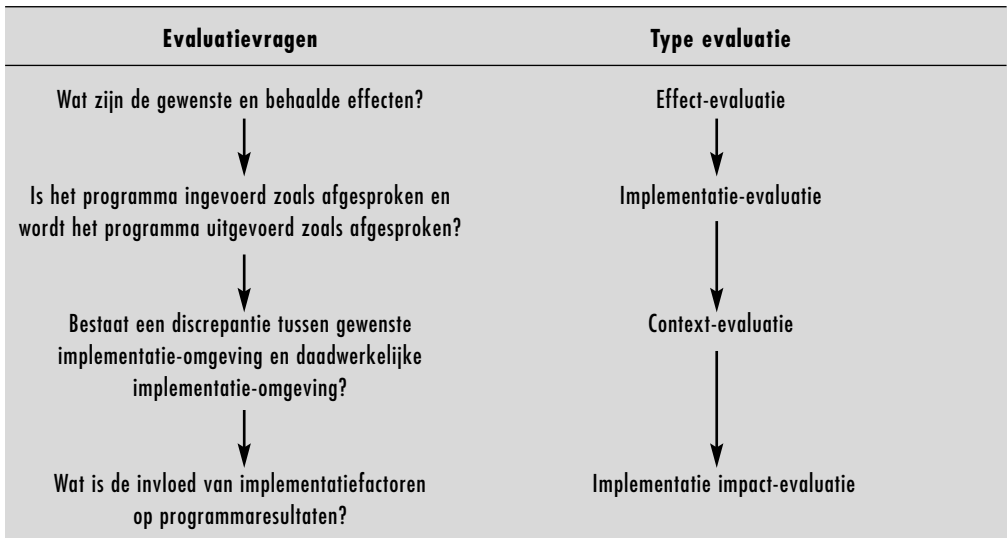
Het causatieve domein dat binnen dit onderzoek van belang is, is de implementatie impact-domein. Dit domein dient een beschrijving te geven van de werking van onderliggende interveniërende processen tussen probleem, programma en effecten. Evaluatie van dit domein maakt het mogelijk de onderliggende processen tussen doelgroep, programma en uitkomsten te evalueren (implementatie impact-evaluatie).

## **4.2 Implementatie impact-evaluatie**

Binnen dit onderzoek worden het programma en de implementatiestrategie als vaststaand verondersteld, alleen de implementatie-omgeving is verschillend. Voor het identificeren van relevante relaties tussen omgevingsfactoren en programma-effecten dienen evaluaties op de drie normatieve domeinen worden uitgevoerd, voordat een causatieve evaluatie op het implementatiedomein kan worden uitgevoerd. In figuur 4.1 wordt weergegeven op welke vragen antwoord gegeven kan worden met behulp van de verschillende evaluaties.

Ten eerste moet worden bekeken welke effecten zijn behaald en hoe deze effecten zich verhouden met de door de onderzoekers gewenste effecten (effect-evaluatie). Vervolgens wordt bekeken waarmee een eventuele discrepantie samenhangt. Dit kan samenhangen met een verschil tussen de wijze waarop de onderzoekers het programma wilden implementeren en de wijze waarop het daadwerkelijk is ingevoerd (implementatie-evaluatie). Daarnaast kan de discrepantie in effecten eveneens samenhangen met een niet optimale implementatie-omgeving (context-evaluatie). Vervolgens kan beschreven en getoetst worden wat de invloed is van implementatiefactoren op programmaresultaten





Figuur 4.1 De volgorde van uit te voeren domeinevaluaties

Binnen dit onderzoek dienen twee nuanceringen te worden gegeven ten aanzien van de effect- en de context-evaluatie. Het uitvoeren van een effect-evaluatie is niet zo eenvoudig als in eerste instantie lijkt. De gewenste effecten zijn immers afhankelijk van de fase waarbinnen het implementatietraject zich bevindt. Vanuit de literatuur (Rogers, 1983; Bijl, 1996) worden minstens drie fasen beschreven. In eerste instantie wordt een probleem gesignaleerd. Dit stimuleert het zoeken naar mogelijke oplossingen van het probleem. Zodra een programma wordt gevonden waarmee men het probleem denkt op te lossen dient eerst een besluit te worden genomen over het wel of niet adopteren van dit programma (fase één). Wanneer wordt gekozen om het programma in te voeren, volgt de implementatiefase, hierin wordt het programma daadwerkelijk ingevoerd (fase twee). Na deze fase volgt veelal de bestendigingsfase waarin wordt nagegaan welke acties ondernomen moeten worden om het programma zoveel mogelijk te laten beklijven (fase drie). De aanwezigheid van verschillende fasen binnen een implementatietraject heeft voor dit onderzoek tot gevolg dat effecten per fase beschreven dienen te worden. Op deze manier kan ook per fase bekeken worden welke omgevingsfactoren van invloed zijn op de discrepantie tussen gewenste en behaalde effecten.

Ten aanzien van de context-evaluatie dient het volgende nog te worden opgemerkt. De factoren die binnen de context-evaluatie worden meegenomen, worden bepaald door het type programma dat wordt geïmplementeerd. In hoofdstuk drie is aangegeven welke factoren in de implementatie-omgeving van het Opvoedingsprogramma van belang lijken voor het behalen van de gewenste resultaten. Dit waren cliëntkenmerken, zorgverlenerkenmerken, perceptie van de vernieuwing, voorzieningskenmerken, kenmerken van de relaties met andere voorzieningen en kenmerken van de microcontext. De context-evaluatie vindt dan ook plaats aan de hand van deze factoren. Naast het beschrijven van deze factoren wordt eveneens een beschrijving gegeven van een mogelijke invloed van de effecten op deze factoren. Logischerwijze

volgt hieruit dat een beschrijving van factoren eveneens per fase dient plaats te vinden. De invloed van factoren kan variëren per fase van het implementatietraject. Per fase wordt aldus bekeken welke factoren van invloed zijn op de effecten van het programma.

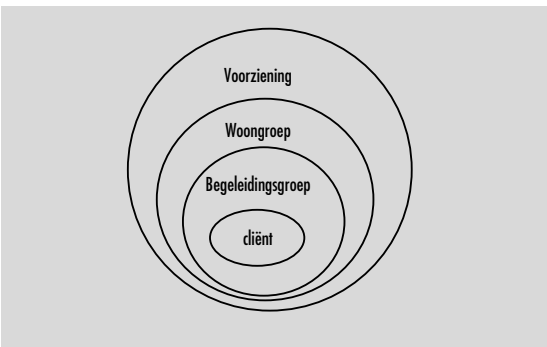
## 4.3 De onderzoekssituatie

### 4.3.1 De onderzoeksgroepen

Aan het onderzoek wordt meegedaan door drie voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten met in totaal vijftien woongroepen voor ernstig meervoudig gehandicapten, hun zorgverleners en het daartoe behorende zorgmanagement. Van de voorzieningen A, B en C participeren bij aanvang van het onderzoek respectievelijk zes, zes en drie woongroepen. Tijdens de uitvoering van het onderzoek heeft voorziening B besloten het aantal woongroepen van zes naar twee te reduceren. De motieven worden in het hoofdstuk van procesbeschrijving (hoofdstuk vijf) weergegeven.

Op de participerende woongroepen wonen personen die door de voorziening beschreven worden als personen met ernstige meervoudige beperkingen. Deze personen komen niet in alle gevallen overeen met de beschrijving van personen met ernstige meervoudige beperkingen zoals beschreven in hoofdstuk één (paragraaf 1.2.1). Hierover wordt in hoofdstuk vijf en zes uitgebreid gerapporteerd. In tabel I-1 van bijlage I wordt een overzicht gegeven van het aantal cliënten per woongroep, hun leeftijd en geslacht. De kenmerken van de zorgverleners worden weergegeven in bijlage I-2 in tabel I-2.1 tot en met tabel I-2.3. De zorgverleners zijn voornamelijk vrouwen onder de leeftijd van 40 jaar waarvan het merendeel parttime werkt. Overige relevante kenmerken worden beschreven in hoofdstuk vijf en zes.

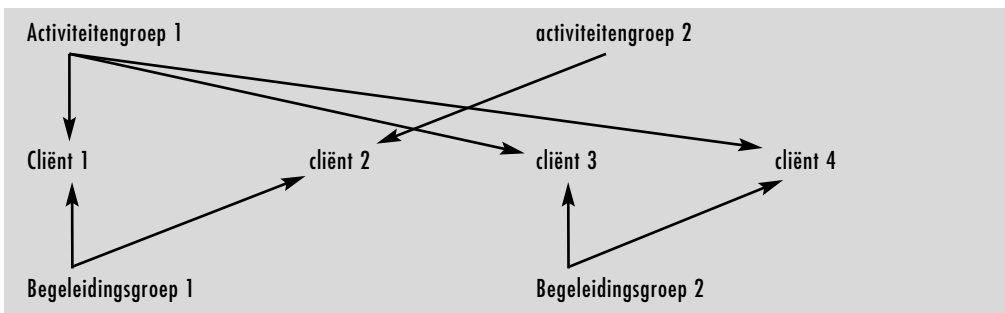
Op de drie voorzieningen binnen de woongroepen wordt gewerkt met begeleidingsgroepen. Er zijn gemiddeld twee tot drie begeleidingsgroepen per woongroep. Deze begeleidingsgroepen bestaan uit 2 tot 3 woongroepmedewerkers die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van twee tot drie cliënten (bijvoorbeeld voor het opstellen en uitvoeren van zorgplannen en contacten met familie).



Figuur 4.2 De opbouw van cliëntbegeleiding binnen voorzieningen

Naast woongroepbegeleiders zijn eveneens de therapeuten en activiteitenbegeleiders betrokken bij de begeleiding van een persoon met ernstige meervoudige beperkingen. Een therapeut is op zijn vakgebied vaak alleen verantwoordelijk voor de zorg maar activiteitenbegeleiders daarentegen delen met twee tot drie medewerkers de zorg voor een cliënt. Een cliënt heeft dus met verschillende clusters medewerkers te maken (begeleidingsgroep, activiteitengroep en therapeuten) en de clusters van medewerkers hebben met verschillende cliënten te maken (een activiteitengroep kan verantwoordelijk zijn voor dertig cliënten).

Schematisch ziet dit er als volgt uit:



Figuur 4.3 Voorbeeld van een opbouw van interdisciplinaire cliëntbegeleiding

Bovenstaand figuur laat zien dat cliënt 1 en 2 begeleiding krijgen van begeleidingsgroep 1. Cliënt 1 krijgt dagbesteding op activiteitengroep 1 terwijl cliënt 2 dagbesteding krijgt van activiteitengroep 2. Activiteitengroep 1 is verantwoordelijk voor de dagbesteding van cliënt 1, cliënt 3 en cliënt 4.

### Residentiële voorzieningen

Aan dit onderzoek nemen drie residentiële voorzieningen voor mensen met verstandelijke beperkingen deel, te weten Sint Anna te Heel (binnen dit onderzoek aangeduid als voorziening A) Op de Bies te Landgraaf (voorziening B) en Maasveld te Maastricht (voorziening C). Alle drie de voorzieningen zijn onderdeel van Stichting Sint Anna gelegen in Limburg. Een organogram wordt in bijlage I-8 gegeven. De stichting is opgericht in 1879 en biedt zowel intra- semi-, als ook extramuraal ondersteuning. De residentiële voorzieningen zijn gericht op de opvang en begeleiding van personen met verstandelijke beperkingen. Inspelend op de huidige ontwikkelingen heeft de stichting tot doel de grote wooncentra te vervangen door huizen in gewone woonwijken in steden en dorpen. De huidige voorzieningen blijven echter bestaan en specialiseren zich in tijdelijke of blijvende intensieve zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld aan mensen die meervoudig ernstig gehandicapt zijn, of behoefte hebben aan behandeling, of vanwege hun leeftijd aangewezen zijn op een meer beschermende omgeving.

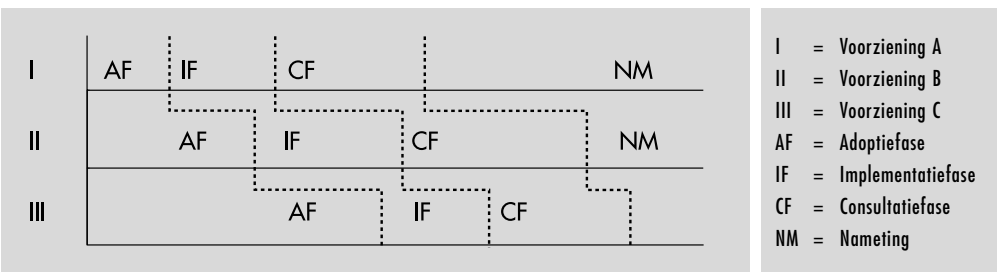
De stichting heeft vanaf begin 1996 opnieuw haar missie en strategie geformuleerd. Zij wil zorg en dienstverlening bieden die persoonsgericht is, perspectief biedt en professioneel is. Persoonsgericht houdt in dat de zorg en ondersteuning individueel bepaald en op maat wor-

den geboden. Volgens de stichting kan er geen standaardzorg bestaan, maar moet het aanbod met de cliënt meegroeien. Verder moet de zorg die deze mensen krijgen, perspectieven openen. Ten eerste moet de zorg gericht zijn op ontwikkeling, zodat cliënten hun eigen mogelijkheden optimaal leren gebruiken ('ontwikkelingsperspectief'). Ten tweede dient het leven van mensen met verstandelijke beperkingen zich zoveel mogelijk in de samenleving af te spelen (maatschappelijk perspectief). Professioneel houdt tenslotte in dat de zorg dienend, methodisch en door middel van samenwerking tot stand moet komen. Dienend betekent rekening houdend met de wensen, waarden, keuzen etc. van de cliënt en diens omgeving. Methodisch heeft betrekking op het verantwoord en toetsbaar ontwerpen en uitvoeren van zorg.

In de beleidsnota van 1996 – 1999 'De toekomst vormgeven', die van toepassing is op alle voorzieningen die onder de stichting vallen, wordt het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen als actiepunt genoemd. Door middel van het invoeren van het Opvoedingsprogramma willen zij de zorg voor deze mensen persoonlijker en professioneler maken. Het verkrijgen van zorgvragen en hier adequaat op inspelen staat voorop, evenals de kwaliteitsbewaking.

### 4.3.2 Onderzoeksdesign

Het onderzoek kan worden opgevat als drie achtereenvolgende quasi-experimenten in drie voorzieningen (figuur 4.4) (Cook & Campbell, 1979). Ieder experiment wordt onderverdeeld in vier fasen. Te beginnen met de adoptiefase, vervolgens de interventiefase en eindigend met de twee fasen waarin metingen plaatsvinden. Alle fasen bestrijken een periode van een halfjaar. Het totale implementatietraject per voorziening duurt twee jaar. In dit onderzoeksproject wordt onderscheid gemaakt tussen het praktijktraject, het invoeren van het Opvoedingsprogramma, en het onderzoekstraject, het onderzoek naar dit praktijktraject. Het praktijktraject bestaat uit drie fasen: de adoptiefase, de implementatiefase en de consultatiefase. Deze drie fasen komen overeen met de eerste drie fasen in het onderzoekstraject wat betreft de tijdsplanning. In het praktijktraject staan echter de praktische werkzaamheden ten behoeve van het invoeren van het opvoedingsprogramma centraal en in het onderzoekstraject staan de verschillende metingen in iedere fase centraal. De twee trajecten hangen echter nauw met elkaar samen en kunnen nauwelijks los van elkaar worden gezien.



Figuur 4.4 Traject van invoering van Opvoedingsprogramma binnen voorziening A, B en C.

## De inhoud van vier onderzoeksfasen

### De adoptiefase

Deze fase begint met voorlichtingsbijeenkomsten met verschillende direct en indirect belanghebbenden over opzet en inhoud van het onderzoek. In bijlage I-9 staan de communicatiestructuren beschreven zoals ze binnen dit onderzoek zijn ingezet. In de adoptiefase staat het inventariseren en specificeren van de verschillende opvattingen over wat naar de mening van zowel ouders, familie en de direct belanghebbenden in de zorg als vanuit de beschikbare sociaal wetenschappelijke theorieën, van belang is. De 'cultuur' van de voorziening kan worden geanalyseerd door het in kaart brengen van communicatiestructuren, de onderlinge samenwerking, bestaande regels en protocollen. Hiervoor zijn verschillende gestandaardiseerde instrumenten beschikbaar: het Gedrags Taxatie Instrument (een bewerking van de Behaviour Assessment Battery (Kiernan & Jones, 1982)); Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg (Vlaskamp & Van Wijck, 1994); Probleem Inventarisatie (een bewerking van de Target Complaints (Sloane, 1975)); en de Beoordeling Werksituatie (gebaseerd op het contingentie-model van Hackman en Oldham, 1974) (Beumer, 2000). Video-opnamen worden gemaakt om de groepscultuur vast te leggen.

### De implementatiefase

In deze fase worden kennis en vaardigheden met betrekking tot het Opvoedingsprogramma overgedragen (nascholing en deskundigheidsbevordering). Gewerkt wordt volgens een bij eerdere onderzoeken beproefde systematiek: het verstrekken van informatie gedurende studiedagen, het geven van training, het bieden van ondersteuning en het ter beschikking stellen van (schriftelijke) aanwijzingen. Vorm en inhoud van de cursus worden medebepaald door gegevens uit de adoptiefase en op grond van de resultaten van de andere afdeling(en). De gebruikte instrumenten tijdens deze fase zijn Beoordeling Kennis en Vaardigheden en Formele Beoordeling Werkdoelen. In dit laatste instrument wordt tevens gebruikgemaakt van Goal Attainment Scale, waarmee bij evaluatie kan worden aangegeven in hoeverre het gestelde doel is bereikt (Melief, Hoekstra, Langerak, et al., 1979; Nakken, 1993; Vlaskamp, 1993). Tevens worden gegevens omtrent omgevingsfactoren verzameld met behulp van verschillende vragenlijsten zoals de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze (Vlaskamp, 1993), Probleem Inventarisatie en Beoordeling Werksituatie. Ook tijdens deze fase zullen video-opnames gemaakt worden. Zoals gedurende het hele onderzoek zullen ook in deze fase door middel van scannen en monitoren bepaalde kenmerken van programma, organisatie en implementatiestrategie worden bijgehouden.

### De consultatiefase

In deze fase wordt de werkwijze door de medewerkers zelfstandig in praktijk gebracht. Problemen die daarbij mogelijk ontstaan worden door de adviezen, ondersteuning en/of bemiddeling van de onderzoekers zo snel mogelijk ondervangen. Het intern projectmanagement (het ZorgEvaluatie Team (ZET-team)) neemt taken en verantwoordelijkheden van de onderzoekers met betrekking tot de uitvoering van het opvoedingsprogramma over. In deze fase wordt inzicht verkregen in aspecten van de omgeving die van invloed kunnen zijn op de effecten van het programma, met name gericht op het consolideren van de effecten. Gedurende

deze fase zullen de instrumenten die continu toetsen of de zorgverleners over voldoende kennis en vaardigheden beschikken betreffende opstellen, uitvoeren en evalueren van opvoedingsprogramma's (Kennis en Vaardigheden en Beoordeling Werkdoelen) en de effectiviteit van deze programma's, steeds worden bijgehouden (Probleem Inventarisatie).

### Nameting

De onderzoekers verrichten zes maanden na beëindiging van de consultatiefase opnieuw een aantal metingen. Hiervoor zijn de Probleem Inventarisatie, Beoordeling Werksituatie en Vragenlijst Evaluatie Werkwijze, afgenomen. Deze instrumenten toetsen of en op welke wijze de opvoedingsprogramma's worden opgesteld en uitgevoerd. Eveneens wordt hiermee de effectiviteit van de programma's getoetst. Daarnaast worden interne evaluatiegegevens (bijvoorbeeld notulen van de ZET-bijeenkomsten) meegenomen in de rapportage.

### 4.3.3 Het beschrijven en meten van programma-effecten

De gewenste resultaten zijn in eerder onderzoek weergegeven (Vlaskamp, 1993). In bijlage I-3 worden de gewenste programma-effecten per fase weergegeven. Gegevens betreffende de programma-effecten worden met behulp van verschillende onderzoeksinstrumenten verzameld: Probleeminventarisatie, Formulier Formele Beoordeling Werkdoelen en Vragenlijst Kennis en Vaardigheden. Tabel 4.1 toont op welk moment binnen het implementatietraject deze instrumenten worden afgenomen. Deze programma-effecten worden in het onderzoek meegenomen als afhankelijke variabelen.

Tabel 4.1 Overzicht van afname van gebruikt instrumentarium voor het in kaart brengen van programma-effecten

Fasen:	Adoptie	Implementatie	Consultatie	Nameting
Vragenlijsten:				
Probleeminventarisatie	x		x	
Formulier Formele Beoordeling Werkdoelen		x	x	x
Vragenlijst Kennis & Vaardigheden		x	x	x

### Probleeminventarisatie (PI)

In de zorg voor meervoudig gehandicapten zijn er vrijwel altijd inhoudelijke en/of organisatorische vragen, problemen of situaties waarmee groepsleiders, leerkrachten, therapeuten en/of management niet uit de voeten kunnen. Er zijn twee redenen om naar ervaren problemen te vragen. In de eerste plaats is het van belang om gedurende het onderzoek aan te sluiten bij de ervaren problemen in de praktijk. Ten tweede is het van belang of en in hoeverre de inhoud van de ervaren problemen na afloop van de consultatiefase anders worden weergegeven.

Voor het in kaart brengen van de ervaren problemen door medewerkers wordt de vragenlijst 'Probleeminventarisatie' (Vlaskamp, 1993) gebruikt. De werkwijze die wordt gehanteerd bij de afname gaat als volgt: (in)directe zorgverleners wordt gevraagd drie problemen te noemen die zij in hun werk met meervoudig gehandicapten ondervinden. Tevens wordt hen gevraagd

naar de mate van last die zij van deze problemen ondervinden en wordt ze gevraagd in de genoemde problemen een rangorde aan te brengen. De Probleeminventarisatie is afgenomen in de adoptiefase en in de consultatiefase. Op deze manier worden veranderingen en/of verschuivingen in de aard van het probleem en in de mate van ervaren last zichtbaar. De resultaten van de afnamen van de PI in de adoptiefase en de consultatiefase leveren gegevens op over aspecten van de implementatie-omgeving.

Het instrument wordt afgenomen door onderzoeksmedewerkers waarbij zorgverleners de vragenlijst zelfstandig invullen en onderzoeksmedewerkers, indien nodig, individueel begeleiding geven en toelichting vragen. De indeling in categorieën (bijlage II-11) werd door onderzoeksmedewerkers gedaan waarbij de betrouwbaarheid gewaarborgd wordt door bij minimaal 33% procent van het totale aantal afnamen betrouwbaarheidsmetingen te verrichten. Dit betekent dat twee onderzoeksmedewerkers (in totaal hebben acht medewerkers betrouwbaarheidsmetingen verricht) de antwoorden op een vragenlijst scoorden en vervolgens de mate van overeenstemming bekeken. Een overeenstemming werd gedefinieerd als het categoriseren van een probleem in dezelfde categorie door twee verschillende medewerkers. De regel was dat indien minder dan 68% procent overeenstemming zou bestaan (over minder dan twee van de drie problemen overeenstemming), een bijeenkomst georganiseerd zou worden waarin de onderzoeksmedewerkers opnieuw met de categorieën leerden omgaan. Dit is echter niet voorgekomen. Problemen waarover geen overeenstemming bestond, werden teruggebracht naar de zorgverleners om zo de aard van het probleem boven tafel te krijgen.

### **Formulier Formele Beoordeling Werkdoelen (FBW)**

Dit formulier is in eerder onderzoek (Vlaskamp, 1993) ontwikkeld en stelt onderzoekers en leden van het zorgevaluatieteam (ZET-team) in staat opgestelde werkdoelen formeel te beoordelen. De formele eisen die aan een werkdoel worden gesteld, vloeien voort uit de noodzaak van een consistente afleiding van hoofddoel naar werkdoel. De bij het werkdoel beschreven uitvoering moet ook daadwerkelijk gericht zijn op het werkdoel, wat noodzakelijk is om later een uitspraak te kunnen doen over het bereiken van het hoofddoel. Voor elk werkdoel wordt een schaal geconstrueerd, een zogenaamde Goal Attainment Scale, waarmee bij evaluatie kan worden aangegeven in hoeverre het gestelde doel is bereikt (Melief, Hoekstra, Langerak et al., 1979). Het formulier bestaat uit een gedeelte (deel A) met vragen die na het opstellen van een werkdoel beantwoord moeten worden en een gedeelte (deel B) met vragen die bij evaluatie van een werkdoel beantwoord moeten worden. Het formulier moet ingevuld worden door degene die de directe zorgverlener ondersteunt in het werken met het Opvoedingsprogramma. Dit vindt plaats tijdens de zogenaamde werkdoelgesprekken. De eisen die aan een werkdoel, worden gesteld, zijn (deel A):

1. het werkdoel moet aansluiten bij het hoofddoel;
2. de gekozen activiteit moet aansluiten bij het werkdoel;
3. de opgestelde Goal Attainment Scale moet het werkdoel meten.

Daarnaast bevat deel A van het formulier vragen met betrekking tot de formulering van doel, activiteit en Goal Attainment Scale.

Deel B bevat een aantal controlepunten betreffende de uitvoering van de activiteit bij het werkdoel en de rapportage. Tevens kan hier de behaalde score op de Goal Attainment Scale worden vastgelegd. De afnameduur is ongeveer twee minuten.

De ingevulde formulieren leveren gegevens op over het doelendomein, het aanboddomein en over aspecten van de implementatie-omgeving. Het instrument wordt vanaf de implementatiefase ingezet en tijdens het gehele onderzoek gebruikt. Op basis van het instrument kunnen uitspraken gedaan worden over veranderingen in de hoeveelheid werkdoelen die in de loop van de tijd aan de formele eisen voldoen en over de effecten van de geboden zorg op de cliënten. Voor het berekenen van de betrouwbaarheid van het instrument werd dezelfde procedure gevolgd als bij het formulier Kennis en Vaardigheden: in minimaal 33% procent van het aantal afnamen werden betrouwbaarheidsmetingen verricht. Tijdens deze metingen werd gekeken in welke mate twee beoordelaars overeenkwamen in hun beoordeling op het wel of niet voldoen aan de formele eisen die aan een werkdoel worden gesteld.

De ZET-leden vulden het formulier tijdens werkdoelgesprekken met directe zorgverleners in. In de praktijk bleek echter dat ZET-leden het formulier, vooral tijdens de implementatiefase, nauwelijks invulden. ZET-leden gebruikten het formulier wel als richtlijn voor de aspecten die tijdens de werkdoelgesprekken aan bod moesten komen maar zij vulden dit niet standaard in. De argumenten die zij hiervoor gaven waren enerzijds dat zij niet wisten dat de informatie die met deze formulieren wordt verzameld relevant was voor het evalueren van een hoofddoel en het onderzoek. Anderzijds wilden zij door het niet invullen van de lijsten tijd besparen. Daar waar de ingevulde formulieren ontbraken (voornamelijk bij een aantal woongroepen en therapeuten tijdens implementatiefase) hebben onderzoekers deze achteraf ingevuld. Voor de betrouwbaarheidsmetingen dienden de onderzoekers als betrouwbaarheidsobservatoren indien de formulieren door een ZET-lid waren ingevuld. De onderzoeksstagiaires Orthopedagogiek van het project dienden als betrouwbaarheidsobservatoren zodra onderzoekers de formulieren hadden ingevuld. In totaal zijn tijdens de implementatiefase 446 werkdoelen opgesteld. Bij 273 werkdoelen zijn, tijdens de cursus, betrouwbaarheidsmetingen verricht. Dit is 61% van het totale aantal werkdoelen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bevond zich steeds boven de 82%. Tijdens de consultatiefase zijn 721 werkdoelen opgesteld en bij 28% zijn betrouwbaarheidsmetingen verricht. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was minimaal 73%. Tijdens de nameting zijn 617 werkdoelen opgesteld waarbij 39% betrouwbaarheidsmetingen zijn verricht. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was minimaal 77%.

### **Formulier Kennis en Vaardigheden (K&V)**

Om vast te kunnen stellen of de kennis en vaardigheden van de zorgverleners met betrekking tot het werken met het Opvoedingsprogramma gedurende de implementatiefase toenemen, werd in eerder onderzoek (Vlaskamp, 1993) het formulier Kennis en Vaardigheden ontwikkeld. Het formulier kan worden beschouwd als een evaluatie-instrument. Met het formulier kan zowel het begin- en eindniveau als het proces van verwerving van kennis en vaardigheden worden beoordeeld. De lijst bestaat uit een aantal controlepunten die kunnen worden gescoord op een vijfpuntsschaal die wordt ingevuld tijdens ieder gesprek met een zorgverlener waarin werkdoelen worden opgesteld en geëvalueerd. De afnameduur is twee minuten. Het instrument wordt vanaf de implementatiefase ingezet (tabel 4.1). Het instrument wordt in totaal vijfmaal ingevuld: tijdens de implementatiefase driemaal (vanaf de vierde cursuscyclus); eenmaal aan het eind van de consultatiefase en eenmaal in de nameting. Deze wijze van afname maakt het mogelijk informatie te verzamelen over effecten van de cursus in de implementatiefase en het bekijken van deze effecten in de consultatiefase en nameting. Het



formulier geeft op deze wijze informatie over aspecten in de implementatie-omgeving (kennis en vaardigheden van (in) directe zorgverleners).

De vragen van versie 1 richten zich op kennis (4 items) en vaardigheid (6 items) van zorgverleners met betrekking tot het opstellen, uitvoeren en evalueren van het Opvoedingsprogramma. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument was in eerder onderzoek zeer hoog (Cohen's kappa van 0.92) (Vlaskamp, 1993). Om de betrouwbaarheid van de afname opnieuw te onderzoeken, is gekozen om in minimaal 33% procent van alle afnamen (evenredig verdeeld over alle zorgverleners) betrouwbaarheidsmetingen te verrichten. Dit betekent voor afname dat bij minstens 33% van de werkdoelgesprekken twee beoordelaars aanwezig waren om deze te kunnen berekenen. Vooraf was bekend wie de betrouwbaarheids-observator was. Van de 226 afnamen voor directe zorgverleners zijn bij 87 (dit is 38% van de totale afname) betrouwbaarheidsmetingen verricht. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was bij de afname van directe zorgverleners minimaal 70% (range 70% - 90%).

#### 4.3.4 Het meten van omgevingsfactoren

Binnen dit onderzoek worden met behulp van drie verschillende methoden gegevens verzameld omtrent de relevant geachte omgevingsfactoren (de onafhankelijke variabelen binnen het onderzoek, weergegeven in paragraaf 3.5). Ten eerste wordt gebruik gemaakt van het analyseren van aanwezige documentatie. Dit kunnen notulen van vergaderingen zijn, dossiers, verslagen, nieuwsbrieven en infobulletins. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van observatie. Dit kan gebeuren door directe observatie (een observator is in levende lijve aanwezig) of door indirecte observatie (video-opname). Ten slotte wordt gebruikgemaakt van onderzoeksinstrumenten (vragenlijsten of interviews) die reeds ontwikkeld zijn of binnen dit onderzoek zijn ontwikkeld. De voorkeur gaat uit naar deze vorm van dataverzameling. Op deze manier kunnen omgevingsfactoren zoveel mogelijk worden geoperationaliseerd in kwantificeerbare eenheden zodat relaties gelegd kunnen worden met de behaalde effecten (de afhankelijke variabelen). In bijlage I-4 wordt beschreven op welke wijze de omgevingsfactoren geoperationaliseerd worden. De onderzoeksinstrumenten die ten behoeve van de operationalisatie worden ingezet worden in het hiernavolgende beschreven. In tabel 4.2 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte instrumenten en het tijdstip waarop ze worden ingezet. Sommige instrumenten zijn meerdere keren ingezet en dienen als evaluatiemiddel. Het inzetten van instrumenten op deze wijze bevordert het verkrijgen van inzicht in het verloop van het implementatieproces.

Hieronder worden de gebruikte instrumenten beschreven. Dit zijn de vragenlijsten: Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg, GedragsTaxatieInstrument, Beoordeling Werksituatie, de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze en Indices voor Personeelwisselingen. Bij het bespreken van de verschillende lijsten wordt steeds dezelfde procedure gehanteerd. Eerst wordt de lijst/formulier kort omschreven (doelen, afname, scoring etc.) waarna vervolgens daar waar mogelijk de validiteit en/of betrouwbaarheid wordt beschreven.

Tabel 4.2 Overzicht van afdruk van gebruikt instrumentarium ten behoeve van het meten van omgevingsfactoren

Fasen:	Adoptie	Implementatie	Consultatie	Nameting
Vragenlijsten:				
Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg	x			
GedragsTaxatie Instrument	x			
Beoordeling Werksituatie	x		x	x
Vragenlijst Evaluatie Werkwijze		x		x
Indices voor personeelwisselingen		x	x	x

### Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg (IPZ)

De IPZ is een vragenlijst, waarmee inzicht verkregen kan worden in de formele en inhoudelijke aspecten van de zorg aan meervoudig gehandicapten (Vlaskamp & van Wijck, 1994). Deze aspecten betreffen feitelijke informatie met betrekking tot het levensverhaal, personeelssamenstelling en groepsopzet, de wijze waarop de zorg wordt geboden en een waardeoordeel daarover. De in de IPZ bijeengebrachte informatie dient als basis voor het gemeenschappelijk te vormen beeld van een persoon met ernstige meervoudige beperkingen en het gemeenschappelijk bepalen van een perspectief, de richting waarin men met de persoon wil gaan werken. Na de evaluatie van het perspectief (in globale zin na 1,5 tot 2 jaar) worden de antwoorden op de vragen opnieuw geactualiseerd en wordt opnieuw een perspectief vastgesteld. Het instrument is daarmee te karakteriseren als een evaluatie-instrument: nagegaan kan worden op welke wijze de professionele begeleiding van een persoon met ernstige meervoudige beperkingen zich heeft gewijzigd. Hierdoor wordt het mogelijk een waardeoordeel uit te spreken over de begeleiding. De IPZ wordt tijdens de adoptiefase afgenomen. Zoals gezegd is de IPZ een vragenlijst, waarmee inzicht verkregen kan worden in de formele en inhoudelijke aspecten van de zorg. Als zodanig levert de IPZ informatie over doelen, aanbod én implementatie-omgeving op. Wanneer de IPZ voor alle bij het onderzoek betrokken personen is ingevuld, kan inzicht verkregen worden in:

- Gestelde doelen in de zorg op de voorziening in het algemeen.
- Gestelde doelen voor de groep waarop de persoon met ernstige meervoudige beperkingen verblijft.
- De doelen voor de persoon met ernstige meervoudige beperkingen zelf die door de verschillende betrokken zorgverleners zijn opgesteld.
- Het aanbod, dat wil zeggen de activiteiten en middelen die aangewend worden om de gestelde doelen te bereiken (zoals dagprogramma, aantal en type zorgverleners).
- De aspecten van de omgeving waarin men de gestelde doelen wil bereiken (zoals groepsopzet).

Het instrument bevat vragen, die als relevant kunnen worden beschouwd voor het opstellen van een perspectief. De relevantie is ontleend aan de theoretische onderbouwing ervan en de ervaring die ermee is opgedaan in de praktijk (Vlaskamp, 1993).

### Gedragstaxatie-instrument (GTI)

Het Gedragstaxatie-instrument (Vlaskamp, Van der Meulen & Smrkovsky, 1999) is ontwikkeld voor het in kaart brengen van de mogelijkheden van personen met ernstige meervoudige beperkingen. Inzicht in deze mogelijkheden biedt aanknopingspunten voor het vormgeven aan de begeleiding, waarin rekening gehouden wordt met zowel de mogelijkheden als de beperkingen van de persoon.

Het GTI bestaat uit vijf subschalen waarvan de items dichotoom gescoord worden. De vijf subschalen zijn: emotionele communicatie, receptief taalgedrag, algemeen communicatief gedrag, visueel gedrag en exploratief gedrag. Het GTI is niet gebonden aan leeftijdsgrenzen. Het instrument beslaat een breed gebied, maakt gebruik van kleine stapjes en kent grote vrijheden bij de afname. De beantwoording van items binnen de subschalen vindt plaats op vier verschillende manieren:

- (a) bevragen van personen die goed bekend zijn met de ernstig meervoudig gehandicapte;
- (b) observeren van gedrag in een vrije situatie;
- (c) uitlokken van criteriumgedrag middels het creëren van een experimentele situatie; en
- (d) beschrijven van aanvullende informatie.

Door de verschillende manieren van informatie verzamelen kan het instrument gezien worden als combinatie van een schaal en een test.

Met de gegevens van zesennegentig proefpersonen is een principale componentenanalyse uitgevoerd, gevolgd door een varimax rotatie. De items in de geroteerde componentenmatrix hebben alle redelijke ( $> 0.50$ ) tot hoge ( $> 0.70$ ) factorladingen. De interne consistenties van de vijf subschalen is geschat met behulp van coëfficiënt alpha. Deze waarden zijn zeer hoog (tabel 4.3). Tevens is onderzoek gedaan naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het instrument (Vlaskamp, Van der Meulen & Zijlstra, 2002). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de ruwe scores van alle subschalen (met uitzondering van de subschaal Emotioneel communicatief gedrag) is goed te noemen ( $> .93$ ).

Tabel 4.3 Cronbach's alpha van de subschalen van het GTI

Subschalen	alpha	Aantal items	Aantal proefpers.
Emotioneel communicatief gedrag	.96	3	96
Receptief gedrag	.96	9	96
Algemeen communicatief gedrag	.96	15	96
Visueel gedrag	.98	36	96
Exploratief gedrag	.98	37	96

### De Beoordeling Werksituatie (BWS)

De Beoordeling Werksituatie heeft tot doel een evaluatieve beoordeling te geven van de mate van tevredenheid met de werksituatie en een nauwkeurige analyse van de werksituatie te geven voor zowel directe zorgverleners (groepsleiding, therapeuten en activiteitenbegeleiders) als indirecte zorgverleners (bijvoorbeeld psycholoog en afdelingshoofd).

Arbeidssatisfactie wordt gedefinieerd als een positief of negatief gevoel, dat afgeleid wordt uit de evaluatieve beoordeling van de werksituatie, op basis van cognities. De vragenlijst is in eerder onderzoek ontwikkeld (Van Wijck & Vlaskamp, 1991; Van Wijck & Vlaskamp, 1994) om na te gaan of een samenhang bestaat tussen vier categorieën: bepaalde pedagogische kenmerken van de werksituatie, de specifieke arbeidssatisfactie, de globale arbeidssatisfactie en de neiging om een andere baan te zoeken (Verloopgeneigdheid). De Arbeidssatisfactie wordt, in vergelijking met de overige drie categorieën, meer gedetailleerd, per aspect, bekeken zoals in tabel 4.4 wordt beschreven. In bijlage I-6 wordt het aantal vragenlijsten van de Beoordeling van de Werksituatie die zijn ingevuld weergegeven.

Tabel 4.4 Cronbach's alpha van de subschalen van de Beoordeling Werksituatie voor én na verwijdering items

Categorieën	Aantal Items		Cronbach's Alpha		Aantal cases	
	voor verwijdering	na verwijdering	voor verwijdering	na verwijdering	voor verwijdering	na verwijdering
Kenmerken van de werksituatie	17	13	.49	.71	125	132
Doelgerichtheid	6	5	.54	.61	133	137
Arbeidssatisfactie	44	36	.79	.83	101	103
Werken met cliënten	6	4	.25	.51	126	128
Het werk zelf	8	6	.63	.69	138	139
Werklast	4	4	.32	.32	141	141
Samenwerking met collega's	7	6	.82	.83	134	135
Leiding	7	5	.43	.67	131	133
Samenwerking met deskundigen	7	7	.66	.66	112	112
Beleid en salaris	5	4	.31	.38	133	135
Globale arbeidssatisfactie	5	5	.76	.76	139	139
Verloopgeneigdheid	4	4	.72	.72	130	130

Aangezien de persoonlijke beoordeling bij dit instrument centraal staat, heeft het instrument de naam "Beoordeling Werksituatie" gekregen. De vragenlijst bestaat uit vier delen en ieder deel bevat vragen over één of meer van de vier categorieën. De antwoorden worden gescoord op een vijfpuntsschaal. De BWS wordt driemaal afgenomen: tijdens de adoptiefase, consultatiefase en nameting (tabel 4.2). Op deze manier worden gegevens verzameld over (veranderingen in) aspecten van de implementatie-omgeving.

Op grond van de gegeven die zijn verzameld in de adoptiefase binnen de drie voorzieningen (N =141) kon een inhouds- en betrouwbaarheidsanalyse worden uitgevoerd. In tabel 4.4 staan het aantal items per (sub)categorie en de interne consistentie (middels Cronbach's  $\alpha$ ) per (sub)categorie weergegeven. In deze tabel staat tevens vermeld op basis van hoeveel personen deze gegevens zijn berekend. Dit verschilt namelijk per cluster omdat een aantal items door verschillende zorgverleners niet is ingevuld. Deze zorgverleners zijn vervolgens als missing case beschouwd. Zoals tabel 4.4 eveneens laat zien konden de interne consistenties van een

aantal (sub)categorieën worden verhoogd door een aantal items weg te halen (deze subcategorieën worden binnen het onderzoek ingezet). De verwijderde items konden echter inhoudelijk niet in andere subcategorieën worden ingepast.

Een Cronbach's alpha van .7 of hoger wordt over het algemeen geaccepteerd als een acceptabele interne consistentie (Hammond, 1995). De interne consistentie van de hele lijst, na verwijdering van items, is goed (0.89). Tabel 4.4 toont dat na verwijdering van de items het aantal cases is toegenomen. Dit komt doordat bij de items die verwijderd zijn, relatief veel missing cases waren die na verwijdering wegvallen.

### **Vragenlijst Evaluatie Werkwijze (VEW)**

Het aanleren van een nieuwe werkwijze binnen een beperkte periode vergt veel van betrokken zorgverleners. Zij moeten tijd investeren en de motivatie en bereidheid hebben de bestaande werkwijze ter discussie te stellen. Het zijn echter de zorgverleners, die de nieuwe werkwijze in praktische zin moeten continueren. Van groot belang is hun oordeel over: (a) de werkwijze; (b) de effecten ervan op de cliënten en op hen eigen handelen; (c) over de implementatiestrategie en de voorwaarden voor continuering van de werkwijze. Daarom is in eerder onderzoek een vragenlijst ontwikkeld, waarin gevraagd wordt naar een oordeel over deze aspecten: de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze (Van Wijck & Vlaskamp, 1993). De vragenlijst bestaat uit gesloten vragen met voorgestructureerde antwoordmogelijkheden gecombineerd met open vragen. De open vragen dienen om de voorgestructureerde antwoordmogelijkheden te ondersteunen.

Het instrument wordt aan het einde van de implementatiefase en tijdens de nameting ingezet en is afgenomen bij directe zorgverleners. De strategie voor de inhouds- en betrouwbaarheidsanalyse is dezelfde als die, die werd gebruikt voor de vragenlijst Beoordeling Werksituatie. Het toepassen van deze strategie vereiste wel een hercodering van antwoordmogelijkheden. Binnen verschillende categorieën werd namelijk gebruikgemaakt van verschillende scoringsschalen (tweepunts-, driepunts- en vierpuntschalen). De antwoordmogelijkheden binnen een categorie werden teruggebracht naar dezelfde antwoordschaal. Bij de verwerking van de resultaten wordt uitgegaan van scores oplopend van 0 tot de maximale score die afhankelijk is van het aantal items binnen de betreffende schaal. Hoe hoger de score hoe positiever men zich heeft uitgelaten over desbetreffende categorie. Het berekenen van de categorie Organisatorische aspecten van de Werkwijze vormt hierop een uitzondering. Deze schaal is niet te interpreteren als een positief of negatief oordeel. De schaal geeft informatie over condities die zorgverleners nodig achten voor het kunnen blijven werken met de werkwijze. De resultaten op deze categorie worden dan ook anders verwerkt dan de overige categorieën. Alle (sub)categorieën blijven vragen behouden die een open-eind karakter hebben. Hiervoor is gekozen omdat antwoorden op deze vragen de kwantitatieve gegevens ondersteunen en aanvullen.

In tabel 4.5 staat de interne consistentie per (sub)categorie vermeld. In deze tabel staat eveneens het aantal items en het aantal cases vermeld. Het aantal cases (dit zijn zorgverleners die de vragen hebben ingevuld) die voor de inhouds- en betrouwbaarheidsanalyse worden gebruikt, verschilt namelijk per categorie omdat niet alle items door de zorgverleners zijn ingevuld. Deze zorgverleners worden als missing case beschouwd.

Tabel 4.5 Cronbach's alpha van de subschalen van de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze

Categorieën	Aantal items	Cronbach's Alpha	Aantal Cases
Effecten van de werkwijze	30	.73	32
Effecten op eigen handelen	10	.60	69
Effecten op de cliënt	12	.90	32
Uitspraken over de werkwijze	10	.71	49
Beheersing van de werkwijze	8	.78	64
De begeleiding	7	.83	53
Beoordeling van de cursus	14	.66	60
Gegeven informatie	5	.54*	71
Trainingsgesprekken	2	.36	67
Schriftelijke aanwijzingen	4	.84	64
Ondersteuning	3	.50	65

\* Gecorrigeerde Cronbach's alpha bij weglating van 1 item

De interne consistentie van de hele vragenlijst is hoog ( $\alpha = .81$ ). De interne consistentie van drie subschalen is echter laag, namelijk Gegeven informatie ( $\alpha = .47$ ), Trainingsgesprekken ( $\alpha = .36$ ) en Ondersteuning ( $\alpha = .50$ ). De interne consistentie van de subschaal Gegeven Informatie kon door middel van het weglaten van een item verhoogd worden naar  $\alpha = .54$ . Dit blijft laag. Het is dus maar de vraag of de items hetzelfde meten, namelijk de gegeven informatie. De twee andere subcategorieën (Trainingsgesprekken en Ondersteuning) bestaan beide maar uit een zeer gering aantal items (2).

### VertrekIndices (VI) voor het inventariseren van personeelwisselingen

Hoewel er aanzienlijk onderzoek gedaan is naar personeelwisselingen is weinig geschikt voor gebruik binnen dit onderzoek. Veel onderzoek richt zich op het in kaart brengen van wisselingen op organisatieniveau terwijl voor dit onderzoek de wisselingen op groepsniveau van belang zijn. Daarnaast is niet alleen de hoogte van de wisselingen van belang maar eveneens het type zorgverlener dat vertrekt. Voor een goede implementatie van het Opvoedingsprogramma is het immers van belang te weten of degene die vertrekt al wat langer werkzaam was (bijvoorbeeld langer dan een half jaar) of nog maar kort (bijvoorbeeld een maand). Met het in kaart brengen van het type zorgverlener die vertrekt wordt duidelijk op welke relaties een persoon met ernstige meervoudige beperkingen kan rekenen (Zijlstra, Vlaskamp & Buntinx, 2001).

In dit onderzoek zijn vier nieuwe indices op groepsniveau ontwikkeld waarmee het vertrek van personeel kan worden weergegeven. De vier vertrekindices reflecteren hoeveel zorgverleners (groepsbegeleiders) per halfjaar de woongroep verlaten. De vertrekindices worden berekend als het percentage vertrokken zorgverleners gedeeld door het totaal aantal zorgverleners dat gedurende een halfjaar op de woongroep heeft gewerkt.

De vier vertrekindices (VI) zijn: de VI voor vertrouwde gezichten (VI-v), de VI voor bekende gezichten (VI-b), de VI voor nieuwe gezichten (VI-n) en de totale VI (VI-tot). Met behulp van de werkroosters die op de woongroep gebruikt werden, werd steeds over een periode van zes maanden gegevens verzameld. Per week wordt geanalyseerd wie werkten. Een zorgverlener die

voorafgaand aan het onderzoek al langer dan een halfjaar (in werkdagen) op de woongroep werkte, werd beschouwd als een vertrouwd gezicht. Een zorgverlener die tussen de 25 (werk) dagen en zes maanden op de woongroep werkte, werd beschouwd als een bekend gezicht. Een zorgverlener die korter dan 25 werkdagen had gewerkt, werd beschouwd als een nieuw gezicht. Tabel 4.6 toont de formules waarmee de vier indices berekend konden worden.

Tabel 4.6 Formules voor het berekenen van de vertrekindices

Vertrekindices voor vertrouwd* gezichten (VI-v)	$\frac{\text{Totaal aantal vertrouwde zorgverleners die vertrekken}}{\text{Totaal aantal zorgverleners op de woongroep}} \times 100$
Vertrekindices voor bekende** gezichten (VI-b)	$\frac{\text{Totaal aantal bekende zorgverleners die vertrekken}}{\text{Totaal aantal zorgverleners op de woongroep}} \times 100$
Vertrekindices voor nieuwe*** gezichten (VI-n)	$\frac{\text{Totaal aantal nieuwe zorgverleners die vertrekken}}{\text{Totaal aantal zorgverleners op de woongroep}} \times 100$
De totale vertrekindices (VI-tot)	$\frac{\text{Totaal aantal zorgverleners die vertrekken}}{\text{Totaal aantal zorgverleners op de woongroep}} \times 100$

\* een vertrouwd gezicht = langer dan 6 maanden werkzaam op de woongroep

\*\* een bekend gezicht = tussen de 25 werkdagen en zes maanden werkzaam op de woongroep

\*\*\* een nieuw gezicht = korter dan 25 werkdagen werkzaam op de woongroep

#### 4.4 Toetsing binnen Implementatie-impact-evaluatie door middel van statistische analyses

In de voorgaande paragraaf is besproken (en weergegeven in bijlage I-4) op welke wijze informatie over relevante omgevingsfactoren wordt verzameld. Voor beantwoording van de onderzoeksvragen is het noodzakelijk dat verbanden gelegd kunnen worden tussen de omgevingsfactoren en de programma-effecten. Deze verbanden worden enerzijds door middel van beschrijvingen weergegeven maar daarnaast worden eveneens statistische analysetechnieken ingezet om enig inzicht in deze relaties te verkrijgen. Hiertoe dient de verzamelde data eerst geordend te worden. De wijze waarop dit gebeurt staat beschreven in paragraaf 4.4.1. Vervolgens wordt een bijzondere vorm van een meervoudige regressie-analyse ingezet, multiniveau analyse, voor het achterhalen van relevante relaties (paragraaf 4.4.2). Deze vorm van analyseren stelt echter nogal wat eisen aan de data. Aan deze eisen kan niet altijd tegemoetgekomen worden en in die gevallen zal dan ook terugggevallen worden op meervoudige regressie-analyse (paragraaf 4.4.3).

##### 4.4.1 De ordening van de data

De gegevens van de onderzoeksinstrumenten zijn opgeslagen in drie verschillende datasets. Een set gegevens over de cliënt (cliëntgegevens), een set gegevens over de zorgverleners

(zorgverlenergegevens) en een set gegevens over de relatie tussen cliënt en zorgverleners (relationele gegevens). Deze drie datasets worden voor iedere fase (implementatiefase, consultatiefase en nameting) opnieuw aangemaakt. De datasets worden samengesteld aan de hand van gegevens die alle in dezelfde fase zijn verzameld. In de implementatiefase worden een aantal zorgverlenergegevens meegenomen die niet alleen in deze fase zijn gemeten maar eveneens in de adoptiefase. Gegevens over de wijze waarop zij hun werksituatie beoordelen voorafgaand aan de implementatie worden gekoppeld aan programmaresultaten die in de implementatiefase zijn gemeten. Op deze manier kan in kaart gebracht worden in hoeverre een verschil in aanvangssituatie van invloed is op programmaresultaten in de implementatiefase.

De sets met cliëntgegevens bestaan uit gemiddeld 60 cases, de sets met zorgverlenergegevens bestaat uit gemiddeld 110 cases en de sets met relatiegegevens uit 308 cases. De dataset van relatiegegevens is relatief groot vergeleken met de datasets van cliënt- en zorgverlenergegevens omdat cliënten meerdere zorgverleners hebben en zorgverleners meerdere cliënten. Binnen de dataset van relationele gegevens is iedere relatie tussen een cliënt en een zorgverlener opgevat als een unieke relatie en dus als een afzonderlijke casus.

Van een aantal zorgverleners zijn niet alle kenmerken bekend. Reden hiervoor is dat de zorgverlenerkenmerken gemeten werden met behulp van verschillende vragenlijsten die op verschillende tijdstippen zijn afgenomen. Op deze tijdstippen (teambijeenkomsten, trainingsmomenten, visiebesprekingen) waren niet altijd alle zorgverleners aanwezig. Voor een aantal vragenlijsten is getracht deze gegevens achteraf te verkrijgen, echter vragenlijsten werden niet altijd geretourneerd. Daarnaast zijn de cases over de fasen heen niet dezelfde gebleven. Dit hangt samen met de personeelwisselingen die op groeps- en voorzieningniveau hebben plaatsgevonden. Door overplaatsingen, nieuwe plaatsingen of overlijden van cliënten zijn ook de datasets van de cliënt over de fasen heen niet constant.

De belangrijkste analysetechniek die bij het toetsen van de hypothesen gebruikt zal worden is multiniveau analyse. Deze analysetechniek laat geen ontbrekende waarden in de data toe. We hebben onze dataset dan ook moeten aanpassen waarbij het volgende uitgangspunt is gehanteerd: wanneer in een groot aantal gevallen de waarde van een bepaalde variabele ontbreekt, dan wordt, in die analyses waarin deze variabele is opgenomen, gebruikgemaakt van een beperkte dataset. In deze set zijn alleen die respondenten of relaties opgenomen waarover de gegevens compleet zijn, de zogenaamde listwise-deletion.

In alle analyses wordt uitgegaan van vooraf opgestelde hypothesen (hoofdstuk zes) en worden steeds vaste betrouwbaarheidsintervallen gehanteerd van 95% (dit gegeven de relatief kleine steekproefomvang).

#### 4.4.2 Multiniveau analyse

In dit onderzoek zijn gegevens over vijf niveaus beschikbaar: informatie over de cliënt, informatie over de zorgverleners, over de relatie tussen hen beiden (begeleidingsgroepniveau), over de groep waarin beiden wonen, werken of recreëren (woongroep of activiteiten-groep) en over de voorziening. Gegevens over de relatie tussen de cliënt en zorgverlener worden binnen dit onderzoek veelal geaggregeerd naar het niveau van de begeleidingsgroep. Dit wil zeggen dat de kenmerken van de cliënt en van diens zorgverleners als kenmerk van die relatie zelf worden toegevoegd aan deze dataset. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden of



de leeftijd van de zorgverlener die gekoppeld is aan één cliënt van invloed is op het aantal werkdoelen dat hij heeft opgesteld voor die cliënt. Ook kan gekeken worden of de mogelijkheden van een cliënt van invloed zijn op het aantal werkdoelen die een zorgverlener voor die cliënt heeft opgesteld.

Het toevoegen van zorgverlenerkenmerken aan de dataset van de begeleidingsgroep wordt voor de therapeuten anders behandeld dan voor de groepsbegeleiders en activiteitenbegeleiders. Op begeleidingsgroepniveau is de eenheid de relatie tussen cliënt en zijn zorgverlener, bijvoorbeeld cliënt X en diens fysiotherapeut. Wat betreft de therapeuten is er een één-op-één relatie. Dit is echter niet het geval voor groepsbegeleiders en (voor het merendeel van) de activiteitenbegeleiders. In veel residentiële voorzieningen wordt gewerkt met begeleidingsgroepen. Deze begeleidingsgroepen kennen een eerste verantwoordelijke (veelal een gediplomeerd Z-verpleegkundige) en één, twee of soms zelfs drie medeverantwoordelijken (medewerkers groepsbegeleiding (mbo-opgeleiden) of stagiaires). Binnen de activiteiten-dienst zijn vaak twee tot drie activiteitenbegeleiders verantwoordelijk voor een cliënt. Binnen deze twee diensten bestaat dus geen unieke relatie tussen één cliënt en één zorgverlener. Omdat we individuele zorgverlenerkenmerken toch in verband willen brengen met individuele cliëntkenmerken, zijn de zorgverlenerkenmerken per begeleidingsgroepje gemiddeld. Nadeel van deze manier van databewerking is dat bij hypothesetoetsing alleen zeer sterke effecten aantoonbaar zijn. Indien echter tijdens toetsing niet alleen gemiddelden maar eveneens standaarddeviaties worden meegenomen, kan rekening gehouden worden met de samenstelling van een begeleidingsgroep (rangebreedte van zorgverlenerkenmerken).

De data per groep (woongroep of activiteitengroep) en de data per voorziening zijn totstandgekomen door informatie van lager gelegen niveaus (cliënt, zorgverlener en begeleidingsgroep) 'op te halen'. Dat wil zeggen dat informatie op groep- en voorzieningniveau veelal samengesteld zijn uit data van andere, lageregelegen, niveaus. Zo is een score op 'Beoordeling van de Werksituatie' van woongroep X een somscore van alle scores die gegeven zijn door zorgverleners die verbonden zijn aan woongroep X.

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat er verschillende niveaus binnen de datasets bestaan en dat op ieder niveau verschillende verklarende variabelen zijn aan te wijzen. Het analyseren van de gegevens met behulp van een meervoudige regressie-analyse is onvoldoende geschikt omdat met deze analysetechniek niet gecontroleerd kan worden voor de gelaagdheid in de data en mogelijke verbanden tussen de niveaus. Dit is noodzakelijk omdat er een grote kans bestaat op het foutief schatten van de regressiecoëfficiënten (Snijders & Bosker, 1999). Door de samenhang tussen de variabelen in de dataset wordt, onterecht, de kans op significante samenhang tussen de variabelen groter. Er wordt immers vanuitgegaan dat de gevonden variantie, de variantie is binnen een set van onafhankelijke replicaties terwijl dit niet het geval is. Door het maken van de keuze voor de drie voorzieningen, ligt de keuze voor de groepen (en hiermee de keuze voor de zorgverleners en de cliënten) vast. Dit heeft tot gevolg dat elke dataset voor een deel dezelfde kenmerken heeft. Zo hebben cliënt X en cliënt Y die op dezelfde groep (en ook op dezelfde voorziening) wonen, voor een deel dezelfde zorgverlenerkenmerken.

Bovenstaande bezwaren kunnen tegengegaan worden door gebruik te maken van multiniveau analyse. Met behulp van multiniveau analyse kunnen vier verschillende fouten worden voorkomen (Snijders & Bosker, 1999, p. 13-14): De eerste fout die voorkomen kan worden is de

"shift of meaning". Dit betekent dat we niet dezelfde betekenis mogen toekennen aan een score op een woongroepniveau die samengesteld is uit de som van de individuele scores op bijvoorbeeld zorgverlenerniveau. Deze somscore zegt wat over de woongroep maar hoeft niet per se hetzelfde te zeggen op zorgverlenerniveau. De somscore op 'Arbeidssatisfactie' op woongroepniveau kan aangeven dat een matige tevredenheid bestaat. Dit hoeft op individueel niveau helemaal niet het geval te zijn. Ten tweede kan met multiniveau analyse gecontroleerd worden voor de ecologische fout. De ecologische fout suggereert ten onrechte dat een verband tussen twee variabelen op groeps- of voorzieningniveau eveneens bestaat op individueel niveau. Ten derde kan met multiniveau analyse gecontroleerd worden voor type I fouten, die met een te grote kans gemaakt kunnen worden in analyses van de individuele scores waarin wordt nagelaten met de complexe datastructuur rekening te houden. Deze foutieve veronderstelling wordt in de hand gewerkt zodra gewerkt wordt met scores die samengesteld zijn op basis van scores van een lager niveau zoals bijvoorbeeld met de scores op woongroepniveau of voorzieningniveau het geval is. Als laatste kunnen we met multiniveau analyse interactie-effecten tussen de verschillende niveaus laten zien. Dit is met name interessant als de datastructuur niet hiërarchisch is opgebouwd (hiërarchisch genest) maar kruislings gerelateerd is, zoals binnen dit onderzoek het geval is.

De datastructuur binnen dit onderzoek is gedeeltelijk hiërarchisch van opbouw en is daarnaast kruislings gerelateerd (Snijders & Bosker, 1999). Dit wil zeggen dat cliënten onder te brengen zijn binnen groepen (woongroepen en activiteitengroepen) en dat deze groepen onder te brengen zijn binnen voorzieningen. Dit is een hiërarchische opbouw. Cliënten en zorgverleners zijn echter niet hiërarchisch onder te brengen binnen begeleidingsgroepen. Een begeleidingsgroep is de unieke relatie tussen een cliënt en een zorgverlener. Een cliënt heeft echter meerdere zorgverleners (en zit dus in meerdere begeleidingsgroepjes) en een zorgverlener heeft meerdere cliënten (en is dus eveneens onder te brengen in meerdere begeleidingsgroepjes). Vandaar dat binnen dit onderzoek een speciale vorm van multiniveau analyse wordt gebruikt: multiniveau analyse met gekruiste effecten.

Binnen 'gewone' multiniveau analyse worden twee soorten effecten onderscheiden (ibid): vaste effecten waarmee aangegeven wordt dat een bepaalde onafhankelijke variabele een directe invloed heeft op de te verklaren variabelen en zogenaamde random effecten waarmee aangegeven wordt dat het effect dat deze bepaalde variabele op de afhankelijke variabele heeft, varieert voor de verschillende zorgverleners of cliënten. Met behulp van het statistisch pakket MLWin (Goldstein, Rasbash, Plewis, Draper, Browne, Yang, Woodhouse & Healy, 1998) kunnen de verschillende vaste en randomparameters geschat worden. Significantie van de parameters van de vaste effecten kunnen worden vastgesteld aan de hand van de omvang van het effect en de standaardfout. Hierbij wordt gebruikgemaakt van een t-toets: dat wil zeggen dat bij een 5% significantieniveau de regressiecoëfficiënt gedeeld door de standaardfout groter moet zijn dan 1.96. De statistische significantie van de parameters van de random-effecten kan echter niet op dezelfde manier als de vaste effecten worden getoetst. De modelfit geeft hiertoe wel een indicatie. De deviantie van het model zonder een random-effect wordt hiertoe vergeleken met de deviantie van het model met random-effect. Deze verschillen van de deviantie zijn chi-kwadrat verdeeld als het betreffende effect niet random is. De modelfit begint met een eerste schatting van het zogenaamde basismodel: toetsing met alleen een geschat gemiddelde voor de afhankelijke variabele. Hierdoor krijgen we een indicatie van de

totale te verklaren variantie. Bij kruislings gerelateerd model (zoals in ons onderzoek) kan deze variantie gesplitst worden in:

- (a) de varianties tussen de cliënten (binnengroepsvarianties:  $s^2$ );
- (b) de variantie tussen groepen en/of voorzieningen (tussengroepsvariantie:  $t^2$ ); en
- (c) de variantie van het kruislings gerelateerde effect (de begeleidingsgroep:  $w^2$ ).

De toekenning van de niveaus binnen het basismodel is afhankelijk van de hypothese die wordt getoetst. Over het algemeen geldt dat de cliënten genest zijn binnen groepen (woongroepen en activiteitengroepen) en dit gekruist met begeleidingsgroepen. Begeleidingsgroep is een factor die kruislings gerelateerd is, omdat (zoals eerder is vermeld) verschillende cliënten dezelfde zorgverleners kunnen hebben maar verschillende zorgverleners eveneens dezelfde cliënten kunnen hebben.

Het basismodel geeft dus een indicatie van de binnengroeps- en tussengroepsvariantie en de variantie ten gevolge van de kruislings gerelateerde factor. We kunnen nagaan hoeveel de totale variantie ( $s^2 + t^2 + w^2$ ) afneemt tussen cliënten (of zorgverleners) wanneer we één of meer verklarende variabelen op cliëntniveaus (of zorgverlenerniveau) in het model opnemen. Dit is een maat voor de verklaarde variantie ( $R^2$ ). Zo kunnen we in het ingevulde model zien wat het effect is van een verklarende variabele op de te verklaren variantie op cliëntniveau (of zorgverlenerniveau). Dit doen we door de correlatie van het lege model te vergelijken met de correlatie van het ingevulde model. De intra-class coëfficiënten geven aan in welke mate cliënten (of zorgverleners) met elkaar overeenkomen binnen groepen en binnen voorzieningen.

#### 4.4.3 Meervoudige regressie-analyse

In paragraaf 4.4.2 is beschreven waarom beter gebruik gemaakt kan worden van multiniveau analyse dan van meervoudige regressie-analyse. Hierbij bestaat het grootste gevaar uit het foutief schatten van de regressiecoëfficiënten en hun standaardfouten (Snijders & Bosker, 1999) omdat van een onjuiste assumptie wordt uitgegaan (dat de gevonden variantie de variantie is binnen een zeer omvangrijke groep terwijl dit niet het geval is). Toch wordt binnen dit onderzoek ook gebruikgemaakt van meervoudige regressie-analyse. Dit vindt plaats op momenten waarop multiniveau analyse niet gebruikt kan worden. Een reden hiervoor kan zijn dat door uitval van proefpersonen te weinig data beschikbaar is voor het uitvoeren van multiniveau analyse. Een andere reden kan zijn dat uit eerdere analyses gebleken is dat de gelaagdheid binnen de data niet van belang is. Bij de interpretatie van de resultaten zal rekening worden gehouden met de nadelen van het inzetten van meervoudige regressie-analyse.



## Hoofdstuk 5

---

# Beschrijving van het implementatieproces binnen voorziening A

### Inleiding

Aan het einde van hoofdstuk drie worden op basis van literatuur, zeven clusters van omgevingsfactoren (tabel 3.3) benoemd. Er werd beargumenteerd dat deze factoren van invloed zijn op het succesvol implementeren van het Opvoedingsprogramma binnen een residentiële voorziening. In hoofdstuk vier is weergegeven op welke wijze deze factoren binnen dit onderzoek worden geoperationaliseerd. In dit hoofdstuk is beschreven óf de factoren inderdaad van invloed zijn op de resultaten van het Opvoedingsprogramma. Hiertoe vindt een analyse plaats van het implementeren van het Opvoedingsprogramma in voorziening A en wordt beoordeeld of de factoren van invloed waren op het behalen van gewenste programmaresultaten. In het hiernavolgende hoofdstuk (hoofdstuk zes) wordt vervolgens beschreven of de gevonden samenhang tussen factoren en programmaresultaten eveneens tijdens de implementatie van het programma in twee andere voorzieningen wordt gezien (zie hoofdstuk vier).

De samenhang tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten wordt beschreven aan de hand van een implementatie impact-evaluatie (Chen, 1990). Dit kan alleen indien drie evaluaties hieraan voorafgaan: effect-, implementatie- en context-evaluatie. Met behulp van een effect-evaluatie worden de resultaten in het programma beschreven en wordt eveneens beschreven in hoeverre deze afwijken van de gewenste resultaten (bijlage I-3). Ten tweede dient de implementatiestrategie geëvalueerd te worden (implementatie-evaluatie) zodat met eventuele verschillen in implementatiestrategie tussen de drie voorzieningen rekening gehouden kan worden tijdens het bespreken van de onderzoeksresultaten. Ten derde wordt de context geanalyseerd en beoordeeld. De context-evaluatie wordt uitgevoerd aan de hand van de clusters van omgevingsfactoren zoals deze in hoofdstuk drie zijn beschreven. Zodra deze drie evaluaties zijn uitgevoerd, is het ten slotte mogelijk met behulp van een implementatie impact-evaluatie een beschrijving te geven waarin een aantal conclusies worden getrokken over de samenhang tussen relevante factoren en programmaresultaten en ook de invloed van een combinatie van factoren op programmaresultaten. Vervolgens wordt in hoofdstuk zes beschreven of dezelfde conclusies getrokken konden worden over de implementatie van het Opvoedingsprogramma in twee andere voorzieningen. In hoofdstuk zeven wordt beschreven of de conclusies statistisch ondersteund kunnen worden.

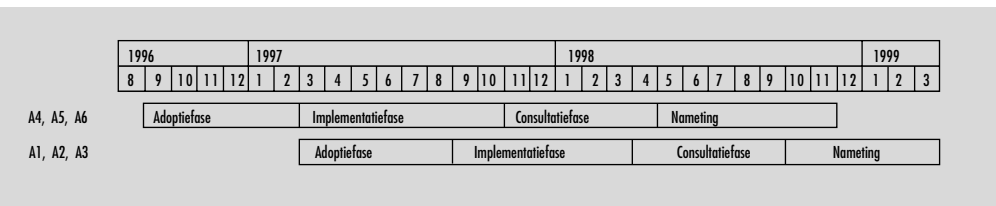
Voordat wordt gestart met de beschrijvingen van de evaluaties, wordt per voorziening een globale schets van het implementatieproces gegeven. Deze schets dient als kader waarbinnen de beschrijvingen van de verschillende evaluaties geplaatst kunnen worden.

## 5.1 Beschrijving van het implementatieproces in Voorziening A

De doelstelling van voorziening A ten aanzien van de doelgroep ernstig meervoudig gehandicapten stond beschreven in een zorgbeleidsplan opgesteld in 1996 en richtte zich op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De voorziening had hiertoe drie verbetertrajecten gelijktijdig ingezet. Ten eerste werd een verbouwingstraject gestart met als doel het verbeteren van de primaire leefomgeving van personen met ernstige meervoudige beperkingen. Ten tweede werd bekeken in hoeverre technische hulpmiddelen (zoals bijvoorbeeld bewegingsdetectoren en functieschakelaars) konden worden ingezet om de mogelijkheden van deze mensen (en hiermee de invloed op hun directe omgeving) te vergroten. Ten derde wilde de voorziening de inhoud van de zorg verbeteren door het invoeren van het Opvoedingsprogramma. De start van het laatstgenoemde invoeringstraject (augustus 1996) vond een half jaar eerder plaats dan de aanvang van de daadwerkelijke verbouwing van de afdelingen.

In augustus 1996 is gestart met de adoptiefase binnen deze voorziening. Vanaf dat moment werden gegevens verzameld en werden voorlichtingsbijeenkomsten voor alle betrokkenen (directe zorgverleners, ouders en management) gehouden. Wat betreft de voorbereiding en planning van de implementatiestrategie werd afgesproken dat twee invoeringstrajecten na elkaar plaats zouden vinden. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. Ten eerste het grote aantal deelnemers dat bij de cliënten van de zes woongroepen betrokken was. Op basis van de gewenste implementatiestrategie is gesteld dat het aantal deelnemers per cursusgroep niet groter dan 20 medewerkers mocht zijn. De tweede reden voor het kiezen van twee invoeringstrajecten was dat de organisatie op deze manier geleidelijk tot eventuele veranderingen kon overgaan.

Binnen voorziening A zijn in tijd twee cursusgroepen gestart. Een invoeringstraject voor de zorgverleners die betrokken zijn bij cliënten van woongroepen A4 tot en met A6 en vijf maanden later een cursusgroep voor zorgverleners betrokken bij de cliënten van woongroep A1 tot en met A3 (figuur 5.1).



Figuur 5.1 Tijdsplanning van het implementatietraject in voorziening A

De implementatiefasen voor beide cursusgroepen verliepen zoals was afgesproken wat betreft het aantal cursus- en praktijken. Tegen het einde van de implementatiefase waren de zorgverleners ingewerkt in de andere manier van werken. Zij wilden hiermee vervolgens in de consultatiefase regulier aan de slag. Aan het begin van de consultatiefase werd echter duidelijk dat indien de directe zorgverleners de resultaten wilden vasthouden, een aantal veranderingen moesten plaatsvinden ten aanzien van de afstemming tussen de inhoud en de organisatie van de zorg.

Voorziening A werd in de consultatiefase met veel organisatorische knelpunten geconfronteerd die een goede doorgang van het werken met het Opvoedingsprogramma belemmerden. Deze problemen werden door medewerkers van de voorziening zelf gedefinieerd als problemen die het gevolg zijn van het werken met het Opvoedingsprogramma. Een groot aantal knelpunten was echter voorafgaand aan de start van het onderzoek reeds in de voorziening aanwezig. Medewerkers handelden echter alsof deze knelpunten een regulier onderdeel van hun dagelijkse werkpraktijk waren waardoor ze naar de achtergrond verschoven waren. Door het invoeren van een nieuw programma werden medewerkers van de voorziening opnieuw geconfronteerd met deze knelpunten. Aan het einde van de consultatiefase en tijdens de naming hebben leden van het ZET-team hiervoor een aantal oplossingen bedacht. De voorziening was door de aanpassingen beter in staat het werken met het Opvoedingsprogramma te faciliteren. Aan het einde van de nametingen zien we echter dat het hoger kader van de voorziening opnieuw een aantal vernieuwingen introduceert (zoals vraaggericht werken, voorgenomen fusies met andere zorginstellingen in de regio en voorstellen tot structurele organisatiewijzingen). Voor medewerkers is het onduidelijk of deze vernieuwingen in lijn zijn met het werken volgens het Opvoedingsprogramma. Medewerkers geven aan hierdoor onzeker te worden. De directie van de voorziening (het huismanagementteam, HMT) speelt niet adequaat in op deze signalen en er wordt gezien dat bij het HMT geen continue aandacht meer is voor het werken met het Opvoedingsprogramma. De 'projectmaatregelen' die uitgevaardigd werden om tegemoet te komen aan de ervaren knelpunten, worden nauwelijks nog gecontinueerd waardoor tijdens de nameting een grote terugval op een aantal programma-effecten wordt gezien.

## 5.2 Effect-evaluatie: adoptiefase

Met behulp van een effect-evaluatie worden de verkregen programmaresultaten vergeleken met de verwachte (gewenste) programma-effecten. De verwachte programma-effecten zijn in eerder onderzoek beschreven (Vlaskamp, 1993) en worden in dit onderzoek als norm gehanteerd waarmee de effectiviteit van het programma gedurende het implementatietraject kan worden beschreven. In tabel 5.1 staan de gewenste effecten beschreven. Tijdens de implementatie- en consultatiefase én tijdens de nameting worden dezelfde effecten gemeten.

Tabel 5.1 Gewenste effecten per fase tijdens het implementeren van het Opvoedingsprogramma

Fasen:	Gewenste effectmaten
Adoptiefase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoptie van het Opvoedingsprogramma</li> <li>• Overeenstemming in beschreven en signaleerde problemen</li> </ul>
Implementatiefase, Consultatiefase en Nameting	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 68% van het totaal aantal gewenste werkdoelen is opgesteld</li> <li>• 68% van het totaal aantal opgestelde werkdoelen is formeel correct opgesteld</li> <li>• 68% van het totaal aantal correct opgestelde werkdoelen is positief gescoord.</li> <li>• Medewerkers behalen een criteriumscore van 4 op zowel Kennis als Vaardigheden</li> </ul>

### 5.2.1 Adoptie van het Opvoedingsprogramma door belanghebbenden

Door middel van documentanalyse (notulen van voorlichtingsbijeenkomsten en notulen van reguliere vergaderingen) is gekeken naar het draagvlak voor het implementeren van de vernieuwing bij de directe zorgverleners, leden van het zorgevaluatieteam (ZET-team), diensthoofden en directeur zorg- en dienstverlening (huismanagementteam, HMT) en ouders.

#### Adoptie van het programma door directe medewerkers en leden van het ZET-team

Leden van het ZET-team en medewerkers (woongroepbegeleiders, therapeuten, activiteitenbegeleiding) van de woongroep A3 tot en met A6 geven tijdens besprekingen en informele momenten te kennen al lang te wachten op het werken met het Opvoedingsprogramma. Groepsbegeleiders van woongroepen A5 en A6 begeleiden respectievelijk voornamelijk jongvolwassenen (gemiddelde leeftijd 27,4 jaar, SD = 6,7) en kinderen (gemiddelde leeftijd 9,0 jaar, SD= 4,8). Zij erkennen de problemen in de zorg voor personen met ernstig meervoudig gehandicapten en willen hieraan tegemoetkomen. Groepsbegeleiders van woongroep A1 en A2 staan meer sceptisch ten opzichte van het Opvoedingsprogramma dan groepsbegeleiders van de overige woongroepen. Groepsbegeleiders van woongroep A1 werken gemiddeld langer in de zorg dan groepsbegeleiders van de andere groepen (meer dan 15 jaar) en hebben volgens eigen zeggen al vele veranderingen meegemaakt. Daarnaast geven zij aan twijfels te hebben omtrent de toepasbaarheid van het programma voor de personen binnen de leeftijds-categorie die zij begeleiden. Woongroep A1 en A2 kennen respectievelijk een gemiddelde leeftijd van 57,4 jaar (SD= 6.1) en 44,6 jaar (SD=9,4). Medewerkers van deze woongroep zijn afwachtend en geven aan pas te willen veranderen op gezag van hun direct leidinggevende.

#### Adoptie van het programma door het HMT

De leden van het huismanagementteam (HMT) van voorziening A zijn van de introductie van het Opvoedingsprogramma op de hoogte. Zij hebben echter nauwelijks initiatieven ondernomen om zich te informeren over de gang van zaken. Zij worden op de hoogte gehouden op initiatief van leden van het ZET-team. Leden van beide ZET-teams spreken met elkaar af dat zij de betrokkenheid van deze groep mensen trachten te vergroten door maandelijks een overleg met hen te plannen en uitnodigingen naar hen te versturen zodat zij deel zouden kunnen nemen aan enkele cursusbesprekingen van het ZET-team (notulen ZET-team adoptiefase). Hieraan wordt door het HMT tijdens de adoptiefase geen gehoor gegeven.

#### Adoptie van het programma door ouders en familieleden

Ouders en familieleden worden tijdens de adoptiefasen ingelicht over het Opvoedingsprogramma. Tijdens de voorlichting komt naar voren dat ouders positief staan tegenover het Opvoedingsprogramma, maar zij geven ook hun twijfels weer. Zij willen niet dat het invoeren van het nieuwe programma de doorgang van ontspanningsactiviteiten, therapieën of individuele aandacht voor hun kind belemmert. Zij willen frequent en goed op de hoogte gehouden worden zodat zij tijdig kunnen aangeven wanneer naar hun mening belemmeringen ontstaan. Afsproken wordt hen via zorgverleners, het afdelingshoofd en regelmatig verschijnende infobulletins, op de hoogte te houden.



Op grond van bovenstaande wordt geconcludeerd dat het draagvlak bij directe medewerkers van woongroepen A1 en A2 matig te noemen is, het draagvlak van A3 en A4 redelijk en van A5 tot en met A6 goed. Het draagvlak bij het ZET-team (afdelingshoofden, gedragskundigen, groepshoofden en afgevaardigden van de activiteitendienst en therapeuten) is als zeer goed te kwalificeren. Draagvlak bij HMT is moeilijk te bepalen daar geen actieve opstelling werd gezien wat betreft het informatie vergaren omtrent voortgang en effecten van het programma. Eveneens deden zij hierover geen uitspraken.

## 5.2.2 Overeenstemming in gesignaleerde en ervaren problemen

De probleeminventarisatie is bij medewerkers van Voorziening A tweemaal afgenomen. In tabel II-1.1 van de bijlagen worden resultaten weergegeven. Het Opvoedingsprogramma gaat ervan uit dat zorgverleners veel problemen ervaren in de categorie 'Gebrek aan Opvoedingsperspectieven' en hierdoor eveneens problemen aangeven op het gebied van 'Ontoereikende kennis en vaardigheden' en 'Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en organisatie'. Vooralsnog wordt door de onderzoekers ervan uitgegaan dat er meer problemen in de categorie 'Gebrek aan Opvoedingsperspectieven' worden genoemd dan in de twee andere categorieën.

Uit de gegevens in de tabel II-1.1 in bijlage II komt echter naar voren dat directe zorgverleners veel meer problemen ervaren in de derde categorie dan in de eerste twee. Dit komt niet overeen met de verwachting volgens het programma. De tabel toont dat in de consultatiefase bij bijna alle groepen een daling in het percentage problemen plaatsvindt op de categorie 'Gebrek aan Opvoedingsperspectief'. Dit betekent dat zorgverleners minder last hebben van problemen die te maken hebben met het gericht werken aan doelen en of perspectieven van cliënten. Tevens weten zorgverleners beter welke doelen de voorziening nastreeft en hoe deze doelen richtinggevend zijn voor hun handelen (er worden minder problemen aangegeven ten aanzien van onduidelijkheid van beleid van de instelling). Hieruit blijkt dat het programma effectief is in het reduceren van inhoudelijke problemen.

Uit dezelfde tabel kan echter ook afgelezen worden dat bij de tweede afname meer problemen worden vermeld in de tweede categorie 'Ontoereikende kennis en Vaardigheden' (dit is met name het geval bij groepsbegeleiders van de woongroepen A1 tot en met A3, therapeuten en activiteitenbegeleiders). Door het werken met het Opvoedingsprogramma realiseerden zij zich dat ze deze kennis en vaardigheden in mindere mate bezaten dan zij vooraf dachten.

Eveneens wordt bij de tweede afname meer problemen vermeld op de categorie 'Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en zorgorganisatie' (met uitzondering van leefgroepmedewerkers van A1, A2 en therapeuten). Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd dat medewerkers beter weten hoe ze kunnen inspelen op de behoefte van de ernstig meervoudig gehandicapten maar zich hier niet toe in staat voelen vanwege de ervaren problemen in de afstemming tussen zorginhoud en de wijze waarop deze georganiseerd is. De problemen in deze categorie zijn echter niet nieuw maar bestonden al voordat het programma werd geïmplementeerd. Het Opvoedingsprogramma maakt deze problemen weer zichtbaar. Het bestendigen van resultaten van het Opvoedingsprogramma vereist dat aan deze problemen wordt tegemoetgekomen. Dit gebeurt echter onvoldoende waardoor zowel tijdens de consultatiefase als

ook in de nameting medewerkers dezelfde problemen blijven ervaren. Wel wordt gezien dat tijdens de tweede meting veel minder problemen worden weergegeven dan tijdens de eerste afname. Ondanks dat gevraagd wordt aan zorgverleners minimaal drie problemen op te geven, kunnen veel zorgverleners dit bij de tweede afname niet. Om deze reden is bijvoorbeeld van de eerste naar de tweede meting een afname in totaal aantal verwachte problemen te zien van 88% naar 74%.

### 5.3 Strategie-evaluatie

Met behulp van een strategie-evaluatie wordt bekeken in hoeverre de gewenste en de daadwerkelijk uitgevoerde strategie met elkaar overeenkomen zodat de mate van discrepantie tussen gewenste en behaalde effecten hiermee deels verklaard kan worden. Voor voorziening A geldt dat de gewenste strategie overeenkomt met de daadwerkelijk uitgevoerde strategie wat betreft tijdsduur en inhoud. Uit procesgegevens (notulen ZET-teams, verslagen van cursusbijeenkomsten, logboek onderzoeker) komt naar voren dat het proces op alle cursusgroepen binnen voorziening A is verlopen zoals was gepland. Een afwijkende implementatiestrategie is dan ook geen verklaring voor de discrepantie tussen gewenste en behaalde resultaten. Tijdens de implementatiefase is een meerderheid van de medewerkers enthousiast over de nieuwe werkwijze en ligt de nadruk op het leren werken volgens het Opvoedingsprogramma. Alle medewerkers geven aan tevreden te zijn met de effecten die worden gezien en zeggen hierdoor enthousiast te raken.

Tabel 5.2 Gemiddelde scores op de subschalen van de vragenlijst 'Evaluatie Werkwijze' in voorziening A, afgenomen aan het einde van de implementatiefase

Subschalen van de vragenlijst:	M	SD	Scorerange	n
Beoordeling 'Cursus'	24,32	1,44	0-28	8
Beoordeling 'Gegeven Informatie'	9,33	0,52	0-10	8
Beoordeling 'Trainingsgesprekken'	3,66	0,23	0-4	8
Beoordeling 'Schriftelijke aanwijzingen'	5,65	0,91	0-8	8
Beoordeling 'Ondersteuning'	5,64	0,33	0-6	8

Aan het einde van de implementatiefase en tijdens de consultatiefase wordt de houding van medewerkers (zowel directe zorgverleners als leden van het ZET-team) ambivalent. Er wordt aangegeven (op de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze) dat men tevreden is over de (snelle) effecten die met de methodiek worden gezien maar dat medewerkers ook met veel problemen worden geconfronteerd zodra het Opvoedingsprogramma als reguliere werkwijze wordt gehanteerd. De problemen hebben betrekking op de afstemming tussen zorgorganisatie en zorginhoud. Het uitvoeren van het Opvoedingsprogramma vergt een specifieke manier van werken die niet naadloos aansluit bij de wijze waarop verschillende structuren van de voorziening zijn georganiseerd (een voorbeeld is de taak en verantwoordelijkheidsverdeling en

de organisatie van dagbesteding). Een aantal van deze problemen was door onderzoekers tijdens adoptie- en implementatiefase al aangegeven. Het ZET-team erkende deze problemen maar de noodzaak tot het ondernemen van actie door het HMT van de voorziening was op dat moment (juni 1996 - juni 1997) nog niet aanwezig. Pas op het moment dat voor een meerderheid van cliënten met het Opvoedingsprogramma wordt gewerkt, wordt duidelijk dat de wijze waarop tot dan toe de zorg is georganiseerd belemmerend werkt op het uitvoeren van werkdoelen. Deze problemen waren echter niet nieuw voor de voorzieningen en speelden al langer een rol. De noodzaak tot het inzetten van veranderingen werd echter niet eerder gevoeld. Aan het einde van de implementatiefase en gedurende de consultatiefase worden deze problemen voelbaar (door de tijd- en werkdruk) en zichtbaar (er worden minder werkdoelen opgesteld, uitgevoerd en of geëvalueerd dan gepland).

## 5.4 Effect-evaluatie: overige fasen

### 5.4.1 Resultaten werkdoelen

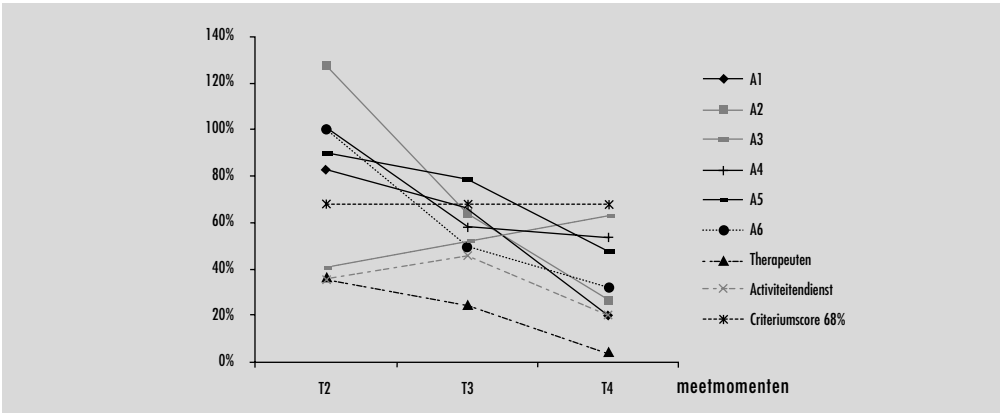
Wat betreft de gewenste effecten op werkdoelniveau worden deze weergegeven in bijlage II-2 in tabellen II-2.1 tot en met II-2.3.

- **Gewenst effect I: 68 procent overeenstemming tussen het gewenst aantal werkdoelen en daadwerkelijk aantal werkdoelen**

Tijdens de implementatiefase (T2) op voorziening A blijkt dat alle groepsbegeleiders van de woongroepen voldoen aan het totaal aantal werkdoelen dat voor de cliënten opgesteld moet zijn, behalve de groepsbegeleiders van woongroep A5. Deze woongroep heeft maar 40% van het totaal aantal werkdoelen opgesteld. Eveneens wordt het criterium niet bereikt door de therapeuten en de activiteitenbegeleiders. Deze hebben veel minder werkdoelen opgesteld dan afgesproken, respectievelijk 37,1% en 35,3%.

Tijdens de consultatiefase (T3) op voorziening A blijkt dat alleen de groepsbegeleiders van één woongroep aan dit criterium voldoen namelijk de groepsbegeleiders van woongroep A3 (77,8%). Alle begeleiders van de overige woongroepen, de therapeuten en de activiteitenbegeleiders behalen het criterium niet, hoewel het aantal werkdoelen dat door groepsbegeleiders op de woongroepen A1 en A2 wordt opgesteld, bijna het criterium behalen. Uit de tabel (bijlage II-2.2) kan eveneens worden afgelezen dat de therapeuten erg weinig werkdoelen opstellen (24,8%) zoals ook de activiteitenbegeleiders (45,6%). Echter de activiteitenbegeleiders laten wel een toename zien in het aantal werkdoelen dat zij zouden moeten opstellen in vergelijking met de implementatiefase.

Tijdens de nameting (T4) wordt gezien dat groepsbegeleiders van geen enkele woongroep, evenmin als de therapeuten en de activiteitenbegeleiders, voldoen aan het gewenst aantal werkdoelen dat opgesteld zou moeten worden. Opvallend is de drastische afname in aantal werkdoelen te zien bij groepsbegeleiders op de woongroepen A1, A2 en A3, evenals bij de therapeuten. Opvallend is de relatief goede score door groepsbegeleiders van woongroep A5.



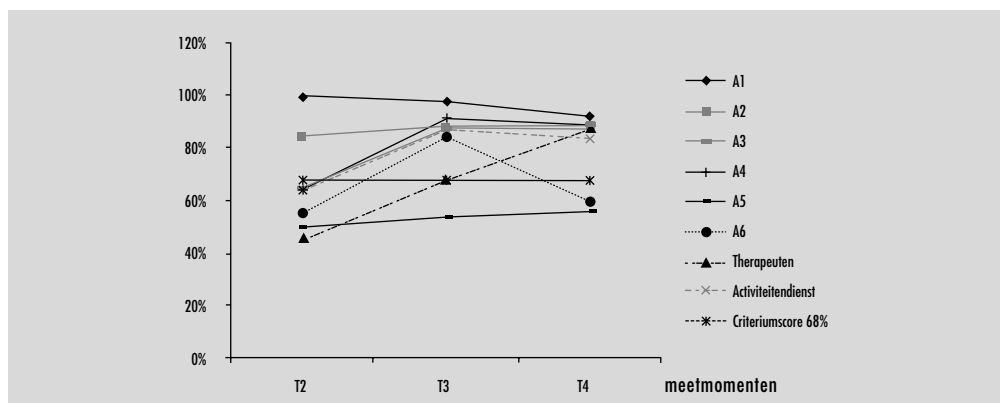
Figuur 5.2 Percentage opgestelde werkdoelen in voorziening A

Indien het aantal werkdoelen over de drie implementatiefasen met elkaar worden vergeleken is het opvallend dat groepsbegeleiders van woongroep A5 als enige een toename laten zien in zowel de consultatiefase alsook in de nameting. Iedere woongroep en zeker de therapeuten laten een daling zien over de drie fasen heen (figuur 5.2).

• **Gewenst effect II: 68 procent van het totaal aantal opgestelde werkdoelen is formeel correct.**

De tabellen in bijlage II-2.1 tot en met II-2.3 en figuur 5.3 laten het volgende zien. Tijdens de implementatiefase (T2) voldoen alleen de groepsbegeleiders van maar twee woongroepen (A1 en A2) aan dit criterium. De groepsbegeleiders van de woongroepen A3 en A4 en de activiteitenbegeleiders behalen dit criterium net niet (respectievelijk 64,7%, 64,1% en 64,6%). De werkdoelen die opgesteld zijn door de groepsbegeleiders van de woongroepen A5, A6 en door de therapeuten voldoen volstrekt niet aan dit criterium. Groepsbegeleiders van de woongroep A6 laten zelfs tijdens de nameting een sterke daling zien tot onder de criteriumscore. Deze resultaten zijn opmerkelijk te noemen omdat de groepsbegeleiders van de woongroepen A5 en A6 juist aangaven zeer gemotiveerd te zijn om met het programma te willen werken. Groepsbegeleiders van de woongroepen A1, A2 en A3 waren dit juist niet. Hier lijkt sprake te zijn van een "pro-innovation" bias zoals door Rogers (1983) wordt besproken.

Tijdens de consultatiefase (T3) en de nameting (T4) behalen de groepsbegeleiders van alle woongroepen (behalve woongroep A5) dit gewenste effectcriterium. Dit betekent dat de werkdoelen die zij opstellen tijdens de consultatiefase voldoen aan de inhoudelijke en technische eisen die aan de werkdoelen worden gesteld.

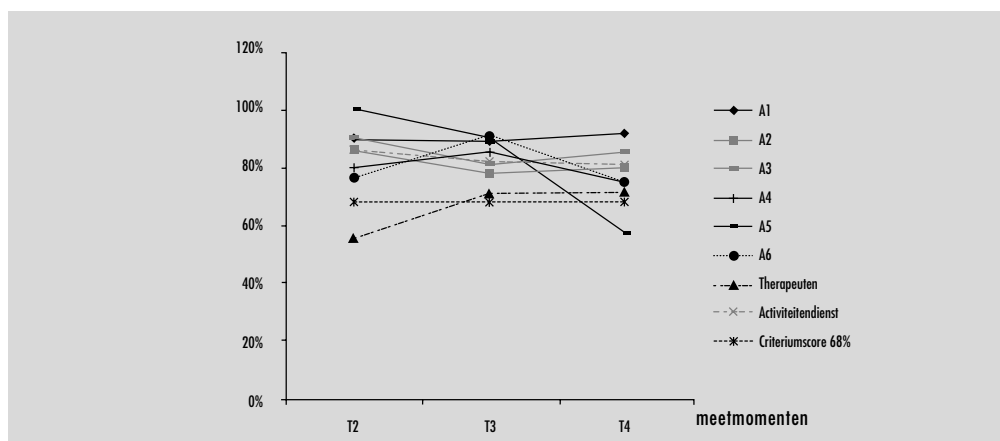


Figuur 5.3 Percentage correct opgestelde werkdoelen in voorziening A

• **Gewenst effect III: 68 proces van het totaal aantal formeel correcte doelen heeft een positieve score.**

De tabellen in bijlage II-2 en figuur 5.4 laten zien dat de werkdoelen die formeel correct zijn, tevens een hoog percentage positieve scores hebben tijdens alle fasen in het implementatietraject. Dit betekent dat de werkdoelen die formeel correct zijn, over het algemeen goed aansluiten bij de behoeften van de personen met ernstige meervoudige beperkingen. Een uitzondering hierop zijn de therapeuten tijdens het implementatieproces (T2). Zij voldoen niet aan het criterium (55,6%) en sluiten tijdens deze fase met hun werkdoelen onvoldoende aan bij de behoeften van de personen met ernstige meervoudige beperkingen. De therapeuten behalen echter wel het criterium tijdens de consultatiefase (T3) en de nameting (T4).

Een tweede uitzondering zijn de zorgverleners van woongroep A5. Tijdens zowel de implementatiefase als de consultatiefase sluiten zij goed aan bij de behoeften van de personen met ernstige meervoudige beperkingen op die woongroep (respectievelijk 100% en 90%) maar dit is niet meer het geval tijdens de nameting (57,1%).



Figuur 5.4 Percentage correct opgestelde werkdoelen met positieve score in voorziening A

## Conclusies over de resultaten van de werkdoelen in voorziening A

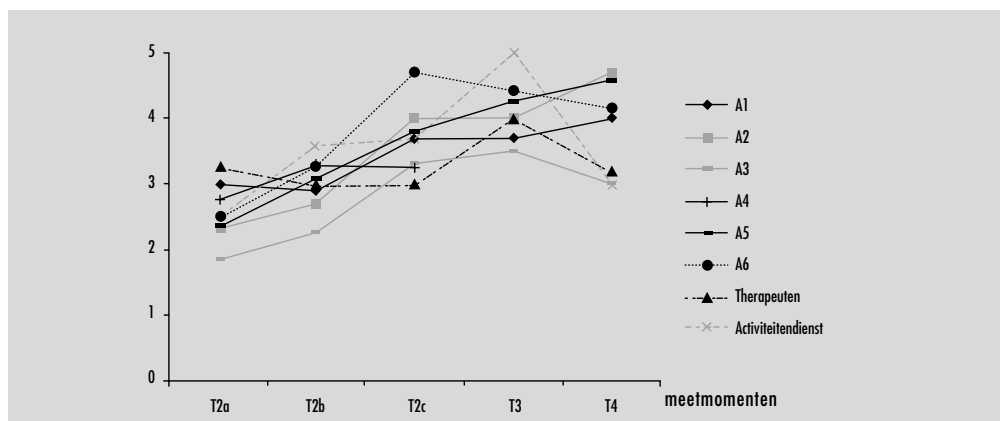
Ten aanzien van de werkdoelen kunnen de volgende conclusies ten aanzien van het bereiken van gewenste effecten van het programma worden getrokken:

- > Over het algemeen geldt dat tijdens de consultatiefase en de nameting veel minder werkdoelen worden opgesteld dan vanuit het programma wenselijk wordt geacht.
- > Opvallend is dat in de consultatiefase en de nameting het aantal formeel juiste werkdoelen veel hoger ligt dan in de implementatiefase en in deze twee fasen het gewenste effectcriterium van het programma wordt bereikt. Het leren werken volgens de norm van het programma vergt kennelijk minstens een jaar voordat gekeken kan worden naar bestending.
- > Daarnaast wordt ook het gewenste effectcriterium ten aanzien van het percentage werkdoelen met een positieve score bereikt. Dit betekent dat na een oefenperiode zorgverleners steeds beter worden in het opstellen van werkdoelen die aansluiten bij de behoeften van de personen met ernstige meervoudige beperkingen. Vanaf de consultatiefase blijft dit echter gelijk en wordt geen verbetering meer gezien.

Opmerkelijk is dat de groepsbegeleiders van de woongroepen A1 en A2 vanaf de consultatiefase steeds te weinig werkdoelen opstellen maar dat de werkdoelen die zij opstellen wel formeel goed zijn en positief worden gescoord. De groepsbegeleiders van de woongroepen die relatief veel beter voldoen aan de (kwantitatieve) norm wat betreft het aantal werkdoelen (bijvoorbeeld woongroep A), hebben relatief minder formeel correcte werkdoelen met positieve scores. De begeleiders van deze woongroepen voldoen niet aan de kwalitatieve norm die wordt gesteld door het programma. Er lijkt hier sprake te zijn van een 'innovation bias' (Rogers, 1981). De begeleiders van de woongroepen die bij aanvang zeer enthousiast waren, voldoen gedurende het proces steeds minder aan de kwalitatieve norm in vergelijking met de begeleiders van woongroepen die in eerste instantie afwachtend waren. De begeleiders van de woongroepen A6 en A4 stoppen zelfs enige tijd met het werken met het Opvoedingsprogramma in de nameting.

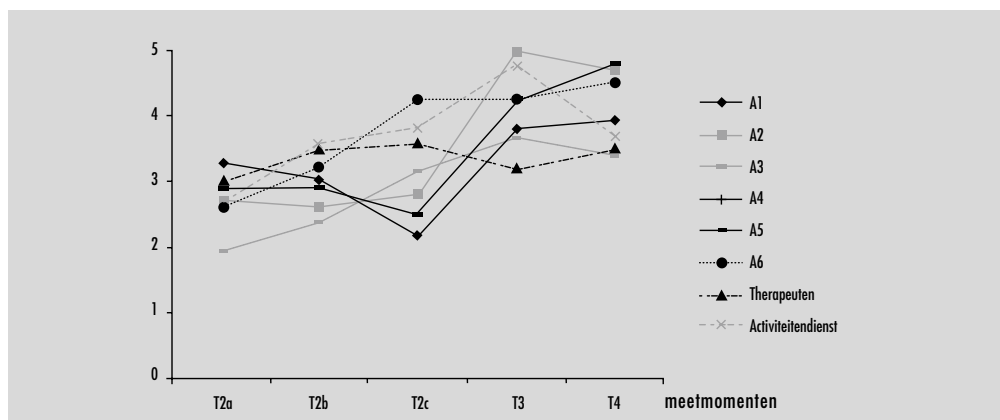
### 5.4.2 Resultaten Kennis en Vaardigheden

Wat betreft het gewenste niveau van 'Kennis' (figuur 5.5) en 'Vaardigheden' (figuur 5.6), wordt gezien dat deze beide langzaam maar zeker omhooggaan. Aan het einde van de implementatiefase (T2c) bereiken alleen de begeleiders van de woongroepen A2 en A6 het criterium van een score 4 op het kennisniveau (figuur 5.5). Tijdens de consultatiefase (T3) bereiken meerdere groepen het criterium, namelijk woongroepen A2, A3 en A6, de therapeuten en de activiteitenbegeleiders. In de nameting (T4) bereiken de begeleiders van dezelfde woongroepen het criterium, aangevuld met woongroep A1. De woongroepen A4 en A5 behalen ook tijdens de nameting het criterium niet. Opvallend is dat het kennisniveau van de therapeuten en de activiteitenbegeleiders daalt in de nameting. Zij kunnen de criteriumscore op kennisniveau tijdens de nameting niet vasthouden.



Figuur 5.5 Resultaten op de vragenlijst 'Kennis' in voorziening A

Wat betreft het bereiken van de criteriumscore op 'Vaardigheid' laat figuur 5.6 zien dat alleen de groepsbegeleiders van de woongroep A6 het criterium bereiken aan het einde van de implementatiefase (T2c). In de consultatiefase zijn dit meer woongroepen (woongroep A2, A3 en A6) en de groep van de activiteitenbegeleiders. In de nameting (T4) bereiken dezelfde woongroepen het criterium. De groep van de activiteitenbegeleiders kan het criterium niet vasthouden tijdens de nameting. Tijdens het hele implementatieproces behalen de therapeuten en de begeleiders van de woongroepen A1 en A5 het criterium niet.



Figuur 5.6 Resultaten op de vragenlijst 'Vaardigheden' in voorziening A

Opvallend is dat de begeleiders van de twee groepen die bij aanvang niet gemotiveerd waren (A1 en A2) het redelijk goed doen, terwijl de begeleiders van de drie groepen (A4, A5 en A6) die zeer enthousiast begonnen waren alleen de begeleiders van maar één woongroep (A6) de norm halen en blijven behouden. De begeleiders van de woongroepen A4 en A5 zitten zelfs ver onder de norm. Dit is eveneens het geval voor de therapeuten en de activiteitenbegeleiders.

Wat betreft de resultaten van het programma kan worden geconcludeerd dat in het algemeen een discrepantie bestaat tussen behaalde en verwachte effecten zowel op het gebied van de werkdoelen als op het gebied van de kennis en vaardigheden. De mate van discrepantie verschilt echter per fase, effect, discipline en woongroep.

## 5.5 Context-evaluatie

De context-evaluatie wordt uitgevoerd door ten eerste de factoren te beschrijven die in hoofdstuk drie (tabel 3.3) zijn geselecteerd. Vervolgens worden deze factoren beschreven in relatie tot de gevonden programma-effecten.

### 5.5.1 Doelgroep

- Leeftijd
- Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen

Het Opvoedingsprogramma is ontwikkeld voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. De personen waarvoor binnen voorziening A opvoedingsprogramma's worden opgesteld komen maar gedeeltelijk overeen met de oorspronkelijke doelgroep van het programma. Van de zes woongroepen is er slechts één woongroep (A6) waarop kinderen wonen. Op de overige woongroepen wonen jongvolwassenen en ouderen. Daarnaast worden alle cliënten gekenmerkt door een ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperkingen, echter niet alle cliënten zijn motorisch en/of zintuiglijk beperkt. De cliënten komen met elkaar overeen wat betreft de noodzaak tot (bijna) volledige ondersteuning bij de ADL-activiteiten. In bijlage II-4 wordt een overzicht van de leeftijdsverdeling gegeven en in bijlage II-5 wordt een overzicht van het repertoire aan mogelijkheden en beperkingen gegeven.

**De leeftijd van de cliënt** is van belang voor het behalen van de gewenste programmaresultaten. Omdat het programma voor kinderen is ontwikkeld en medewerkers van voorziening A aangeven het idee te hebben dat het programma niet geschikt is voor volwassen ernstig meervoudig gehandicapten, wordt verwacht dat er minder werkdoelen worden opgesteld voor deze groep mensen. Dit is echter niet het geval. Op de woongroepen voor kinderen en jongvolwassenen wordt dezelfde tendens in resultaten gezien wat betreft werkdoelen als de woongroepen met oudere volwassenen. Allen laten een verlaging in het aantal werkdoelen zien tijdens de consultatiefase en nameting in vergelijking met de implementatiefase. Opvallend is wel dat tijdens de implementatie- en consultatiefase de woongroepen A1, A2, A3 en A4, die in eerste instantie ambivalent tegenover het programma stonden, het opstellen en uitvoeren van werkdoelen relatief goed doen. Bij navraag bleek dat medewerkers bij de oudere cliënten met behulp van het programma veel nieuwe informatie vergaarden in relatief korte tijd (een halfjaar). Met deze informatie konden werkdoelen op het gebied van de stimulatie worden opgesteld die beter aansloten bij de behoeften van de cliënt. Dit werd door medewerkers direct teruggezien in het gedrag van de cliënt. Medewerkers konden oorzaken



van gedragingen meer nuanceren en hierdoor meer adequaat op het gedrag reageren. Gedragingen werden niet alleen maar geïnterpreteerd als een kenmerk van de cliënt maar ook als een gevolg van de structureel-fysieke omgeving of de wijze van begeleiding (bijvoorbeeld gillen, passiviteit, afwezigheid van contact en niet reageren op contact). Deze inhaalspurt bij de oudere cliënten is echter maar van korte duur. In de nameting wordt deze spurt niet teruggezien en wordt zelfs een tendens waargenomen dat voor de oudere cliënten minder werkdoelen worden opgesteld dan voor de jongere cliënten.

Ook het **repertoire aan mogelijkheden en beperkingen** van een cliënt speelt een rol. Er worden minder werkdoelen opgesteld voor ernstig meervoudig gehandicapten met relatief veel beperkingen dan voor ernstig meervoudig gehandicapten met relatief meer mogelijkheden. Het opstellen van adequate doelen bij mensen met relatief veel beperkingen wordt als zeer moeilijk ervaren. Medewerkers lijken na de eerste werkdoelen in een impasse te komen waarover ze zelf zeggen "niets nieuws meer te kunnen ontdekken" (notulen ZET-team en resultaten Vragenlijst Evaluatie Werkwijze). Het opstellen en uitvoeren van nieuwe werkdoelen wordt vervolgens door hen van minder belang geacht. Tijdens opfriscursussen (die aan het einde van de consultatiefase en tijdens de nameting worden gegeven) wordt hieraan door leden van het ZET-team aandacht besteed. Medewerkers zijn van mening dat het zinvol is werkdoelen op te stellen voor het verwerven van nieuwe kennis of het aanleren van nieuwe vaardigheden. Echter, zij zien niet de noodzaak voor het opstellen van werkdoelen voor het instandhouden van kennis of vaardigheden. Uit casuïstiek komt naar voren dat werkdoelen voor personen met relatief veel beperkingen alleen in die gevallen nog worden uitgevoerd indien een handelingsregel gecontroleerd moet worden vanwege het heroptreden van 'oud' gedrag (bijvoorbeeld gillen). Mogelijk ligt het motiverende effect om te blijven werken met het programma in het vergaren van nieuwe kennis (door zorgverleners) en aanleren van nieuwe vaardigheden (bij cliënten). Het verbreden of instandhouden van kennis en/of vaardigheden (bijvoorbeeld generalisatie over situaties, activiteiten, personen en tijd heen) is minder motiverend. Bij personen met relatief meer mogelijkheden blijven medewerkers nieuwe werkdoelen opstellen gericht op kennis verzamelen en stimuleren.

- > Uit bovenstaande komt naar voren dat zowel leeftijd alsook het repertoire aan mogelijkheden van de cliënt met ernstige meervoudige beperkingen een rol spelen tijdens het implementeren van het Opvoedingsprogramma in voorziening A. De invloed van de factor leeftijd is wisselend per fase. Tijdens de implementatiefase hebben de factoren leeftijd en repertoire aan mogelijkheden een stimulerende werking. Voor oudere cliënten en cliënten met weinig mogelijkheden worden relatief veel doelen opgesteld. Tijdens de consultatiefase wordt geen invloed waargenomen. Tijdens de nameting wordt een belemmerende werking van deze twee factoren waargenomen op het behalen van criterium ten aanzien van het gewenste aantal werkdoelen. Indien een cliënt meer mogelijkheden heeft en jonger is, blijven medewerkers meer gemotiveerd hun begeleiding hierop te richten en werkdoelen te blijven opstellen en uitvoeren.

### 5.5.2 Zorgverleners

- Visie
- Opleidingsniveau
- Tijd werkzaam binnen een organisatie
- Leeftijd
- Arbeidssatisfactie

De **visie** van zorgverleners op de zorg is geoperationaliseerd door een beoordeling te geven van het type doelen (groeps-, persoons-/ontwikkelingsgericht of pedagogisch/relatie georiënteerd) die medewerkers voorafgaand aan het project voor de cliënten opstelden. Medewerkers die pedagogisch georiënteerd waren (doelen gericht op wederzijdsheid in interactie, signalen onderkennen) zijn beter in staat werkdoelen op te stellen waaruit een positieve evaluatiescore volgt. Dit is minder het geval voor medewerkers die voorafgaand aan de implementatie meer ontwikkelingsgerichte doelen (trainen van vaardigheden) en groepsgerichte doelen (contractuurpreventie, spiertonusregulatie, gebitsverzorging, epilepticabeleid etc.) opstelden.

> Uit de resultaten binnen voorziening A komt naar voren dat de zorgverleners die pedagogisch georiënteerd zijn ook juist de zorgverleners zijn die werkdoelen blijven opstellen voor de oudere ernstig meervoudig gehandicapten en de ernstig meervoudig gehandicapte met relatief weinig mogelijkheden.

Tijdens de implementatiefase komt tijdens de training naar voren dat het **opleidingsniveau** niet zozeer samenhangt met het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld maar wel op de technische eisen waaraan werkdoelen moeten voldoen (de formeel correcte werkdoelen). Daarnaast starten medewerkers die de Z-opleiding hebben gevolgd of een HBO-opleiding op een hoger beginniveau wat betreft de kennis en vaardigheid omtrent het methodisch werken. Wat betreft de omgevingsfactor opleidingsniveau moet wel een kanttekening worden gemaakt. De invloed van het opleidingsniveau op behaalde programmaresultaten is niet eenduidig te interpreteren. Indien bijvoorbeeld in figuur 5.2, 5.3 en 5.4 naar de resultaten van de therapeuten wordt gekeken, laten zij bij aanvang gemiddeld een redelijk beginniveau zien (gemiddelde score van 3) maar leren zij nauwelijks iets bij. In de vragenlijst evaluatie werkwijze geven zij aan (net als overige HBO-opgeleiden) dat zij al op de hoogte waren van methodisch werken en dat het werken volgens het Opvoedingsprogramma voor hen niet nieuw was. Opvallend is echter dat de therapeuten als groep het minst voldoen aan de normen van het programma. Zij hebben het laagste aantal werkdoelen zowel wat betreft aantal, voldoen aan technische eisen (formeel correct) en positieve score.

> Opleidingsniveau heeft tijdens de implementatiefase een positieve werking, echter tijdens de consultatiefase en de nameting is de rol van opleiding onduidelijk.

De **tijd die medewerkers werkzaam zijn binnen de voorziening** heeft een negatieve invloed op het aantal werkdoelen die worden opgesteld. Op de woongroepen A1, A2 en A3 werken medewerkers die relatief langer op de voorziening zijn dan op de woongroepen A4, A5 en A6.

De medewerkers die meer dan 10 jaar werken zijn meer afwachtend en geven op de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze aan verschillende ontwikkelingen omtrent zorgplanning te hebben meegemaakt. Zij geven aan vanuit zichzelf nauwelijks gemotiveerd te zijn iets nieuws te moeten leren omdat zij van mening zijn dat voorgaande ontwikkelingen nauwelijks adequaat zijn afgehandeld en geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Ontwikkelingen die hierbij genoemd worden zijn de invoering van de eigen aangepaste Individuele Zorg Planning twee jaar eerder, verschillende tegelijk lopende cursussen (bijvoorbeeld Neuro Developmental Treatment, Brandpreventie, Eerste Hulp bij ongelukken, Computergebruik, Tiltechnieken), vrijwillige en verplichte deelname aan workshops, deelname aan ander lopend onderzoek (zoals een onderzoek naar de woonwensen van cliënten, een onderzoek naar de pijnbeleving bij ernstig verstandelijk gehandicapten en een onderzoek naar de toepassing van communicatietechnologie).

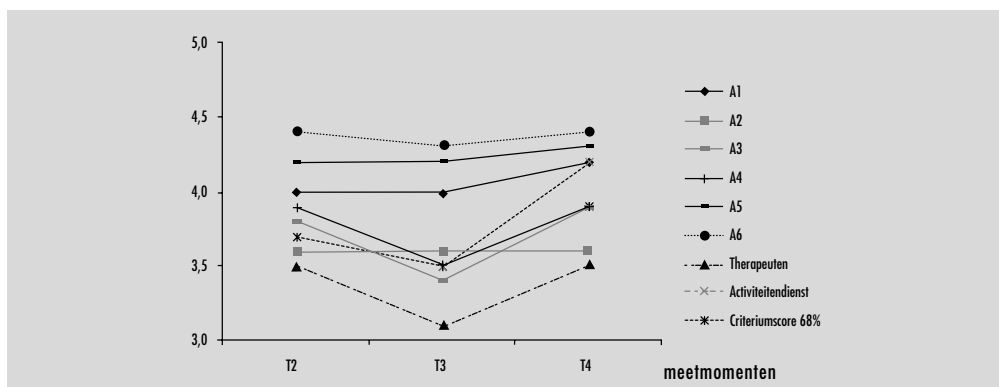
> De tijd die medewerkers binnen de voorziening werkzaam zijn, speelt tijdens de implementatiefase een rol. Tijdens het implementatieproces wordt gezien dat medewerkers die langer binnen de voorziening werken, meer afwachtend zijn ten aanzien van het programma en zij stellen minder werkdoelen op.

De **leeftijd** van medewerkers speelt eveneens een rol. In hoeverre deze factor samenhangt met de tijd die mensen werkzaam zijn in de voorziening is onduidelijk.

Jonge mensen lijken eerder in staat werkdoelen op te stellen die formeel correct zijn en lijken eerder de criteriumscore op Kennis en Vaardigheden te bereiken. Op de woongroep A5 en A6 werken meer jonge mensen dan op de woongroepen A1 en A2. Op woongroep A5 en A6 zijn medewerkers meer enthousiast en minder afwachtend om met het programma te werken.

> De omgevingsfactor leeftijd speelt een belemmerende rol tijdens de implementatiefase indien medewerkers ouders zijn laten zij een meer afwachtende houding zien.

De **arbeidsatisfactie** gemeten met de vragenlijst Beoordeling van de werksituatie verandert gedurende het implementatieproces. De resultaten worden weergegeven in tabel II-10.1 en grafisch in figuur 5.7.



Figuur 5.7 De verandering in arbeidsatisfactie tijdens het onderzoek

In figuur 5.7 is te zien dat de arbeidssatisfactie van groepsbegeleiders, therapeuten en activiteitenbegeleiders gedurende het proces iets verandert. De arbeidssatisfactie van de groepsbegeleiders van de woongroepen A3, A4 en A6, de therapeuten en de activiteitenbegeleiders daalt tijdens de consultatiefase (T3), waarna weer een stijging tijdens het einde van de nameting (T4) wordt gezien. De arbeidssatisfactie van de groepsbegeleiders van de woongroepen A1, A2 en A5 blijft tijdens de consultatiefase (T3) gelijk met de implementatiefase (T2) waarna een stijging te zien is aan het einde van de nameting (T4). Uit de vragenlijst Probleeminventarisatie, de vragenlijst Evaluatie Werkwijze, de vragenlijst Persoonsbeeld en Zorg en notulen van het ZET-teambijeenkomsten blijkt, dat tijdens de consultatiefase de werkbelasting door de begeleiders van de woongroepen A4 tot en met A6, therapeuten en activiteitenbegeleiders als hoog wordt ervaren. Zij geven aan dat dit met name samenhangt met de afstemming tussen de inhoud van zorg en de organisatie van de zorg. Op de woongroepen wonen gemiddeld tien cliënten waarvoor werkdoelen moeten worden opgesteld, op de activiteitengroepen gemiddeld acht tot twintig cliënten per groep. Het inplannen van gemiddeld vijf minuten gericht met een cliënt te werken wordt als moeilijk ervaren. Daarnaast wordt geen tijd gepland voor evaluatie en reflectie op (resultaten) van werkdoelen. Dit vindt veelal plaats buiten de contract-uren. Therapeuten hebben hun contract-uren nagenoeg volledig ingevuld met individuele behandelingen, de resterende tijd wordt gebruikt voor het uitvoeren van aanpassingen van hulpmiddelen. Formeel is er tijd gereserveerd voor rapportage en evaluatie (ongeveer 20% van het totaal aantal uren). Deze wordt daarvoor echter niet gebruikt maar ingevuld met behandeling. Het rapporteren en evalueren gebeurt dan ook buiten deze uren of gewoon niet. De directe zorgverleners geven echter allen aan enthousiast te zijn over de vergaarde nieuwe informatie over een cliënt maar dit onvoldoende in de praktijk van alledag te kunnen inbrengen. Dit wordt als onbevredigend ervaren. Redenen die hiervoor door hen genoemd worden zijn: de personeelwisselingen, de vele administratieve handelingen die moeten worden verricht naast het werken met het Opvoedingsprogramma (medicijnlijsten, defaectielijsten, epilepsielijsten, temperatuurslijsten, dagelijkse schriftelijke overdracht), concurrerende projecten en werkzaamheden (verbouwing en andere onderzoeken) en onvoldoende functionerende lijnfunctionarissen. De problemen die zorgverleners ervaren worden door het ZET-team geïnventariseerd en zij bedenken oplossingen waarvoor zij in gesprek willen met het HMT. Aan het einde van de consultatiefase vinden deze gesprekken met vertraging plaats en worden door het HMT geen beslissingen en geen actie ondernomen in de kwesties die door het ZET-team worden aangedragen. Het ZET-team en directe zorgverleners (van met name de woongroep A3, A4 en A6, therapeuten en activiteitenbegeleiders) voelen zich door die opstelling van het HMT niet serieus genomen en zetten vraagtekens bij hun betrokkenheid. In een extra vergadering tussen het ZET-team en HMT (januari 1998) worden om deze reden nogmaals de effecten van het programma op cliënten en medewerkers weergegeven aan de hand van casuïstiek. Ook deze vergadering leidt niet tot actie. Uit de notulen en de vragenlijsten komt naar voren dat er aan het einde van de consultatiefase en de eerste maanden van de nameting veel onrust ontstaat bij de leden van het ZET-team en directe zorgverleners. Door het HMT wordt onvoldoende een gemeenschappelijk richtinggevoel gecreëerd waardoor medewerkers zich onvoldoende begeleid en ondersteund voelen. Ze grijpen onvoldoende in bij de gesignaleerde problemen en aangedragen oplossingen en er bestaat onvoldoende duidelijkheid over de mogelijkheid tot het verdelen van personeel, budget en materialen.

In de nameting wordt de onrust groter en vindt er nauwelijks doorgang plaats van het werken met het Opvoedingsprogramma. Dit wordt teruggezien in de onderzoeksresultaten zoals deze worden voorgelegd aan zowel interne alsook externe commissies die bij het onderzoek betrokken zijn. De informatie komt hierdoor niet alleen vanuit de organisatie bij het HMT van voorziening A terecht maar ook via de stichtingsdirectie bij andere voorzieningen in de regio. Halverwege de nameting worden door het HMT van voorziening A de langverwachte acties ondernomen waardoor het werken met het Opvoedingsprogramma op een aantal punten wordt gefaciliteerd (kleinere groepen voor dagbesteding, heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling van therapeuten, gedragskundige en lijnfunctionarissen, eenduidige budgettoekenning per afdeling omtrent personeel en materialen, afspraken omtrent het behalen van effecten). Dit lijkt een direct (positief) effect te hebben op de medewerkers, zoals te zien is in een voorzichtige stijging in de resultaten op de arbeidssatisfactie.

> De arbeidssatisfactie van medewerkers is een belangrijke omgevingsfactor die van invloed is op het behalen van programmaresultaten. De invloed van deze omgevingsfactor is per fase wisselend. Uit de resultaten van het implementatieproces komt het volgende beeld omtrent arbeidssatisfactie naar voren. Een minder hoge arbeidssatisfactie tijdens de adoptiefase is een goede motivator om met het Opvoedingsprogramma te willen werken. Een minder hoge arbeidssatisfactie tijdens de consultatiefase en nameting heeft een negatieve invloed op de programmaresultaten. Natuurlijk spelen de oorzaken van de veranderingen in arbeidssatisfactie hierbij een belangrijke rol.

### 5.5.3 Perceptie van het programma door zorgverleners

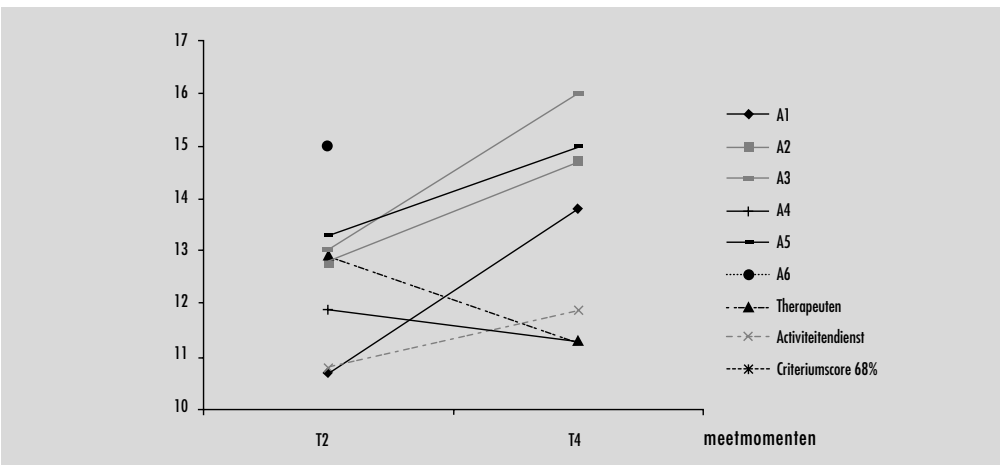
- Relatief voordeel
- Compatibiliteit
- Complexiteit
- Deelbaarheid
- Zichtbaarheid

Het **relatieve voordeel** dat medewerkers ervaren van het Opvoedingsprogramma wordt gemeten met de afname in type problemen binnen categorie A van de vragenlijst Probleeminventarisatie. In tabel II-1.1 van de bijlage worden de resultaten op deze vragenlijst weergegeven. De vragenlijst is tijdens de adoptiefase (T1) afgenomen en aan het begin van de consultatiefase (T3). De resultaten geven weer dat medewerkers de voordelen van het werken met het Opvoedingprogramma zien wat betreft de inhoudelijke effecten. Bij een meerderheid van de begeleiders van de woongroepen en activiteitenbegeleiders wordt een afname gezien in het percentage problemen op de categorie 'Gebrek aan opvoedingsperspectief'. De zorgverleners geven tijdens de tweede meting echter aan meer problemen te hebben op de categorie 'Ontoereikende Kennis en vaardigheden' en op de categorie 'Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en organisatie'. Door de cursus die zorgverleners tijdens de implementatiefase hebben gevolgd, realiseerden zij zich welk type kennis en vaardigheden van belang waren voor het bieden van ondersteuning aan personen met ernstige meervoudige beperkingen. Zij waren echter van mening dat zij deze aan het einde van de implementatiefase nog onvoldoende beheersten. De toename in de

derde categorie heeft te maken met de vele knelpunten die tijdens de consultatiefase naar voren kwamen wat betreft afstemming tussen de inhoud van de zorg en het organiseren van de middelen om deze zorg te maximaliseren. Zorgverleners staan tijdens de consultatiefase ambivalent ten opzichte van het programma. Enerzijds zien zij de voordelen ten aanzien van de inhoud, anderzijds worden zij met veel (reeds bestaande) problemen geconfronteerd die het werken met het Opvoedingsprogramma belemmeren. Problemen die hierbij genoemd worden zijn: personele problemen (ziekteverzuim, wisselingen), roostertechnische problemen, groepsgrootte, samenwerking met HMT, samenwerking met therapeuten, ambivalente taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en problemen met huisvesting.

> Het relatieve voordeel is een belangrijke omgevingsfactor voor het succesvol implementeren van het Opvoedingsprogramma. Indien medewerkers wel op inhoudelijk vlak de voordelen zien maar daarnaast veel nadelen doordat zij het programma moeilijk verenigbaar vinden met een bestaande praktijk, heeft dit een negatieve invloed op het behalen van de gewenste programmaresultaten.

De **compatibiliteit** van het programma met bestaande structuren en werkzaamheden is gemeten met de categorie 'Uitspraken over de werkwijze' van de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze. Deze schaal is afgenomen aan het einde van de implementatiefase en aan het einde van de nameting. De resultaten worden weergegeven in tabel II-11.1 in bijlage II en in figuur 5.8. Van woongroep A6 is, ondanks herhaaldelijk verzoek, tijdens de nameting geen respons teruggekomen.



Figuur 5.8 De resultaten op de factor Compatibiliteit van het Opvoedingsprogramma (max.score= 22, min.score=0)

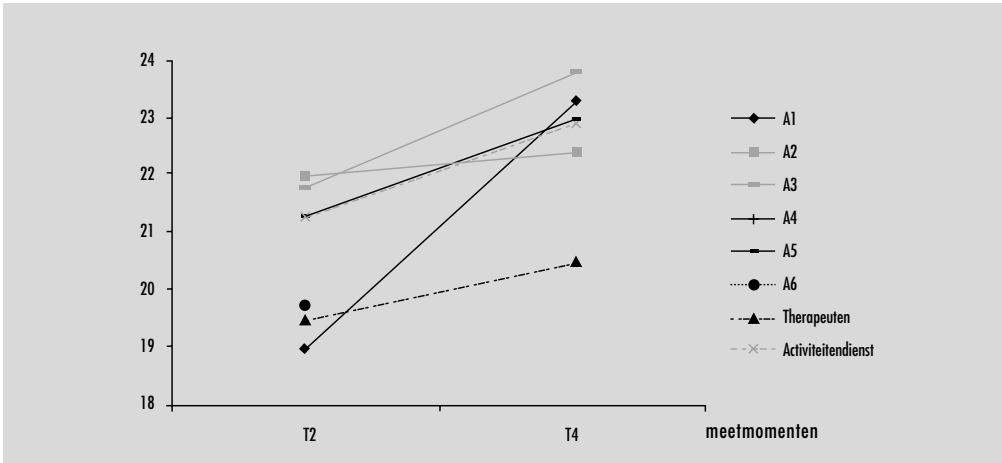
In figuur 5.8 is te zien dat de perceptie van de compatibiliteit van het Opvoedingsprogramma tijdens het implementatietraject toeneemt. Dit wil zeggen dat medewerkers tijdens de nameting van mening zijn dat het Opvoedingsprogramma beter verenigbaar is met de bestaande praktijk. Over het algemeen zijn de directe zorgverleners van mening dat door de veranderingen die het HMT heeft ingevoerd, het programma beter te integreren is in de dagelijkse

praktijk dan tijdens de implementatiefase.

Een uitzondering op deze resultaten is de respons van de therapeuten. Zij vinden het programma minder verenigbaar met hun manier van werken tijdens de nameting dan tijdens de implementatiefase. Ondanks de ingevoerde veranderingen zijn zij van mening nog onvoldoende gefaciliteerd te worden om individueel gericht methodisch te werken. De therapeuten werken veelal vanuit eigen vakspecifieke therapeutische doelstellingen die op meerdere cliënten van toepassing zijn. Het veranderen naar een werkwijze waarbij de therapeutische doelstelling in te passen moet zijn bij een in consensus bereikt hoofddoel is volgens therapeuten nauwelijks mogelijk gezien de uren die zij beschikbaar hebben in vergelijking met de hoeveelheid cliënten die zij onder behandeling hebben. Mede naar aanleiding hiervan wordt aan het einde van de nameting door de stichtingsdirectie en HMT met algemene goedkeuring van de therapeuten besloten een nieuwe verdelingsystematiek in te voeren. Met behulp van deze methodiek wordt op basis van een medische indicatie een selectie gemaakt van cliënten die wel behandeling behoeven en de hoeveelheid tijd die hieraan besteed dient te worden. Dit systeem is ontwikkeld in voorziening C en de stichting waartoe beide instellingen behoren, wil door middel van het stichtingsbreed invoeren van deze nieuwe verdelingsystematiek uniformiteit in het omgaan met de interne wachtlijsten voor behandeling. Therapeuten en behandelend artsen waren van mening dat indien op grond van medische indicaties wordt gewerkt, het pedagogische aspect, zoals het Opvoedingsprogramma voorstelt, minder richtinggevend is in de keuze voor behandeling. Indien op deze manier wordt geselecteerd is het werken met het Opvoedingsprogramma volgens de therapeuten niet meer mogelijk. Desondanks worden tijdens de nameting nog wel acht werkdoelen door de therapeuten opgesteld (tabel II-2.3). Uit nadere analyse van deze werkdoelen blijkt dat de meerderheid van deze werkdoelen betrekking heeft op het verminderen van probleemgedrag tijdens de behandeling en de overige op het aanleren van motorische vaardigheden bij een kind.

- > De factor compatibiliteit heeft invloed op het bereiken van de gewenste programmaresultaten. Zodra het programma als minder makkelijk verenigbaar wordt ervaren met de bestaande praktijk door bijvoorbeeld problemen in de organisatie van de zorg of door concurrerende methodieken, heeft dit een negatief effect op programmaresultaten.

De **complexiteit** betreft de mate waarin het programma door medewerkers eenvoudig te begrijpen en te gebruiken is. De factor complexiteit wordt geoperationaliseerd aan de hand van de subschaal 'Beheersing van de werkwijze' van de vragenlijst Evaluatie Werkwijze. Medewerkers moeten hierop zelf aangeven in hoeverre zij de werkwijze beheersen. De resultaten worden in tabel II-II.2 van de bijlage weergegeven en met behulp van figuur 5.9 gevisualiseerd.



Figuur 5.9 De resultaten op de factor Complexiteit van het Opvoedingsprogramma (max.score= 24, min.score=0)

In figuur 5.9 is te zien dat medewerkers tijdens de nameting (T4) het Opvoedingsprogramma als minder complex ervaren dan tijdens de implementatiefase (T2). Ze zijn van mening dat ze het Opvoedingsprogramma meer beheersen. Dit geldt voor alle medewerkers. De resultaten op deze factor komen overeen met de resultaten op de effectmaat 'Kennissen en Vaardigheden'. Deze effectmaat is gemeten door de onderzoekers en niet door medewerkers zelf. De factor speelt alleen een rol tijdens de implementatiefase zodra zorgverleners moeten leren werken met het programma. Zodra de zorgverleners het programma tijdens de implementatiefase als meer complex ervaren, hebben zij meer moeite met het opstellen van formeel correcte werkdoelen.

> De factor complexiteit is, naarmate het implementatieproces vordert, geen belemmering voor het werken met het Opvoedingsprogramma in de praktijk. Alleen tijdens de implementatiefase speelt deze factor een rol. Medewerkers geven aan dat indien zij het programma als moeilijk hadden blijven ervaren, dit waarschijnlijk belemmerend had gewerkt op de continuïteit van het programma.

De **deelbaarheid** van het programma betreft de mogelijkheid om het programma op een beperkte schaal uit te proberen. In het onderzoek is door de stichtingsdirectie gekozen het Opvoedingsprogramma voor alle mensen met ernstige meervoudige beperkingen binnen drie instellingen van de stichting in te voeren. Zo ook voor voorziening A. De mogelijkheid om het programma op beperkte schaal uit te proberen was om deze reden geen optie. In samenspraak met de onderzoekers, stichtingsdirectie en HMT van voorziening A is de keuze gemaakt het programma voor de woongroepen gefaseerd in te voeren. De tijdsplanning voor voorziening A wordt in figuur 5.1 weergegeven. De motivatie voor fasering staat beschreven in de notulen van de interne klankbordgroep van september 1996 en in de notulen van de klankbordgroep van het najaar 1996. De stichtingsdirectie en HMT wilden voldoende tijd en ruimte hebben zodat eventueel benodigde veranderingen in beleid van de voorziening en in



de dagelijkse uitvoeringspraktijk vormgegeven kunnen worden. In oktober 1997 wordt duidelijk dat voorziening A een aantal aanpassingen dient te verrichten zodat het werken met het Opvoedingsprogramma wordt gefaciliteerd. De knelpunten betreffen meerdere aspecten:

- (a) de inhoudelijke samenhang tussen het individuele, groeps- en instellingsniveau gereflecteerd in de verschillende plannen op desbetreffende niveaus;
- (b) bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de gedragskundige en therapeuten;
- (c) de interdisciplinaire samenwerking;
- (d) de grootte en de samenstelling van de activiteitengroepen;
- (e) het rapportage en evaluatiesysteem;
- (f) het functioneren van afdelingshoofden binnen de activiteitendienst en medisch dienst; en
- (g) de communicatiestructuur met het HMT.

De aanpassingen worden door het ZET-team als oplossing aangedragen bij het HMT van de instelling. Zij nemen in de periode oktober 1997 - april 1998 geen besluiten waardoor het ZET-team in een impasse geraakt en nauwelijks in staat is de continuïteit van het programma te waarborgen. De betrokkenheid van medewerkers wordt minder. Dit wordt gereflecteerd in een verminderde opkomst van deelname aan interdisciplinaire besprekingen, het verminderd opstellen en evalueren van werkdoelen en negatieve evaluaties van hoofddoelen. De problemen worden als steeds meer stringent ervaren naarmate meer woongroepen met het Opvoedingsprogramma gaan werken en dezelfde knelpunten ervaren. In de maanden april-mei-juni 1998 geeft het HMT aan dat zij de richtlijnen van het programma als rigide ervaart en het programma onvoldoende mogelijkheden biedt om deze op kleine schaal uit te proberen. Daarnaast gaven zij aan dat het Opvoedingsprogramma is gekozen om de dagelijkse zorg in het directe contact tussen zorgverleners en cliënten te verbeteren en niet om allerlei wijzigingen in de bestaande organisatiestructuur aan te moeten brengen.

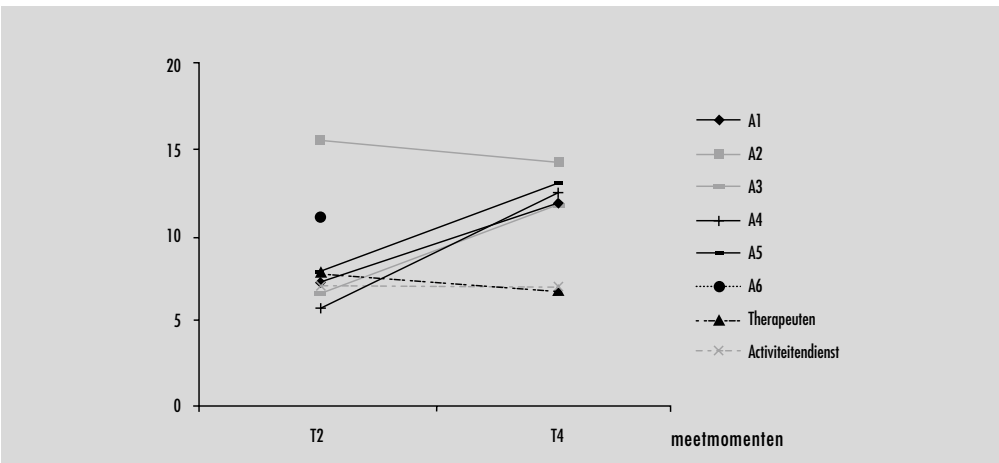
> Het feit dat het programma niet deelbaar is, heeft een bevorderende invloed op het implementatieproces gehad. Het HMT van voorziening A vond het niet nodig tegemoet te komen aan de knelpunten op het moment dat nog voor een beperkt aantal cliënten het Opvoedingsprogramma werd toegepast (woongroepen A4, A5 en A6). Zij gaven in een overleg met het ZET-team aan (juli 1997) dat het Opvoedingsprogramma zoveel mogelijk binnen de bestaande organisatiecontext ingepast moest worden. Het management van de voorziening moest echter naarmate het onderzoek vorderde, door het toenemende aantal cliënten en medewerkers die aan het onderzoek deelnamen (woongroepen A1 tot en met A6), noodgedwongen een aantal wijzigingen aanbrengen en structureel invoeren.

De **zichtbaarheid** van het programma gereflecteerd in de positieve effecten van het programma is gemeten met de categorie 'Effecten van de werkwijze op eigen handelen en op cliënten' van de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze. Deze schaal is afgenomen aan het einde van de implementatiefase en aan het einde van de nameting. De resultaten worden weergegeven in tabel II-11.3 in de bijlage en in figuur 5.10. Van woongroep A6 is, ondanks herhaaldelijk verzoek, tijdens de nameting geen respons teruggekomen

Figuur 5.10 laat zien dat de perceptie van de zichtbaarheid van resultaten toeneemt tijdens de nameting. Medewerkers zijn van mening dat ze meer effect van hun handelen zien tijdens de

nameting dan tijdens de implementatiefase. Medewerkers van de woongroepen geven aan dat ze door het zien van effecten bij de cliënten en het verminderen van hun eigen handelingsverlegenheid, zich meer betrokken voelen bij het bewerkstelligen van een goede borging van het programma.

De therapeuten en de activiteitenbegeleiders laten niet dezelfde trend zien. Zij zien minder resultaten tijdens de nameting dan tijdens de implementatiefase. Zij geven in de vragenlijst aan zich minder bij het programma betrokken te voelen. Dit geldt meer voor de therapeuten dan voor de activiteitenbegeleiders. De therapeuten hebben hun aandacht gericht op een nieuw in te voeren verdelingssystematiek en stellen hierdoor weinig werkdoelen op. De activiteitenbegeleiders vertonen een grote bereidheid tot het opstellen van werkdoelen maar worden hierin belemmerd door de wijze waarop het activiteitenaanbod is gestructureerd. Binnen de activiteitendienst zijn de activiteitengroepen zeer divers samengesteld. Een uitzondering hierop vormt één activiteitengroep waaraan in totaal vier tot zes ernstig meervoudig gehandicapten deelnemen. De overige activiteitengroepen bestaan uit ongeveer 20 personen waarvan de samenstelling zeer divers is. Gemiddeld nemen één tot twee ernstig meervoudig gehandicapten deel aan deze activiteitengroepen. Het aanbod is groepsgericht en er worden geen individuele doelen opgesteld. Het opstellen, evalueren en uitvoeren van werkdoelen vindt binnen de groepsgerichte tijd plaats. Medewerkers vinden het moeilijk relatief veel tijd te besteden aan één tot twee cliënten waardoor de aandacht voor de overige cliënten, volgens hen, zeer beperkt wordt. Daarnaast is deelname door de activiteitenbegeleiders aan besprekingen voor deze één tot twee cliënten moeizaam omdat dit in de praktijk betekent dat de activiteitengroep geen doorgang vindt. Deelname aan besprekingen en opstellen van werkdoelen vindt dan ook nauwelijks plaats door de activiteitenbegeleiders. Op de vragenlijst Evaluatie Werkwijze geven zij aan dit als frustrerend te ervaren omdat zij van mening zijn, in tegenstelling tot therapeuten, dat het systematisch werken aan werkdoelen wel een bijdrage levert aan het verminderen van hun handelingsverlegenheid ten opzichte van deze cliënten.



Figuur 5.10 De resultaten op de factor Zichtbaarheid van resultaten (max. score=20, min.score=0)

> De zichtbaarheid van resultaten heeft zeker invloed op programmaresultaten. Hiervoor dienen echter wel eerst resultaten te worden bereikt. Indien werkdoelen worden opgesteld, worden medewerkers steeds meer enthousiast over de effecten op de cliënten en op hun eigen handelingswijze. Deze zichtbaarheid heeft een bevorderende invloed op het bestendigen van programmaresultaten. Echter zodra te weinig werkdoelen worden opgesteld (zoals bij therapeuten en activiteitenbegeleiding) is de zichtbaarheid van het effect van het programma gering waardoor een mogelijke bevorderende werking nauwelijks plaatsvindt.

#### 5.5.4 Organisatiekenmerken

- Programmatisch handelen
- Samenwerking
- Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling

De criteria voor programmatisch handelen op de verschillende organisatieniveaus staan weergegeven in bijlage I-5. Onderzocht is of op de verschillende niveaus binnen een organisatie de vijf handelingsstappen (beeldvorming, doelstellingen, activiteiten, evaluatie en bijstelling) aanwezig zijn. Daarnaast is gekeken of aan de vijf criteria is voldaan die een verbinding tussen de verschillende niveaus leggen:

- Een groepsdoel wordt bereikt door doelstellingen van cliënten te realiseren.
- Bij het evalueren van een groepsdoel wordt gebruikgemaakt van evaluatiegegevens van doelen van cliënten.
- Het instellingsbeeld is totstandgekomen met behulp van informatie uit andere organisatieniveaus.
- Een instellingsdoelstelling kan worden bereikt door groepsdoelen te realiseren.
- De instellingsdoelstelling wordt geëvalueerd met behulp van evaluatiegegevens over cliënt- en groepsdoelstellingen.

Het werken met het Opvoedingsprogramma zorgt ervoor dat op cliëntniveau de vijf handelingsstappen aanwezig zijn en dat de inhoud door een pedagogische visie wordt gestuurd. Op groepsniveau en instellingsniveau ontbreken echter een aantal handelingsstappen.

Op groepsniveau is geen beeldvorming aanwezig. Eveneens zijn geen groepsdoelstellingen geformuleerd. Er wordt wel gewerkt met afdelingsplannen. De groepen A1 tot A6 zijn geclusterd tot twee afdelingen. In de afdelingsplannen dient wel een algemene indruk van de samenstelling van de groep gegeven te worden. Hierin worden echter alleen demografische kenmerken van cliënt gegeven (geslacht en leeftijd), de mate van verstandelijke beperking, overige beperkingen en aantal cliënten per woongroep. Er worden geen beschrijvingen gegeven waarin het gemeenschappelijke of het elkaar aanvullende van de groepen of de cliënten per groep naar voren komt. Eveneens worden geen doelstellingen weergegeven die een pedagogische inhoud reflecteren. Het opstellen van een afdelingsplan bestaat veelal uit het invullen van zeven lijsten die voor het merendeel gericht zijn op de fysiek-materiële omgeving of de organisatorische aspecten van zorg. De zeven lijsten zijn:

- (a) Feitelijke Informatie (aantal zorgplannen die zijn opgesteld, aantal medewerkers, ziekteverzuim, bouwjaar van de woning, verbruik van gas, water en licht etc.);
- (b) Kwaliteit van de Organisatie (gebruik van middelen en maatregelen, percentage deelname aan verplichte cursussen, samenwerking, communicatie, taken en verantwoordelijkheden);
- (c) Kwaliteit van Medewerkers (bejegening, kennis, vaardigheden);
- (d) Kwaliteit van de materiële voorzieningen (bereikbaarheid groep, aanwezige apparatuur);
- (e) Kwaliteit van Zorg (cliëntgerichtheid, bereikbaarheid van personeel voor cliënt); en
- (f) Overig (hierin worden veelal basale knelpunten genoemd zoals huishoudelijke problemen ten aanzien van het wasgoed).

Op voorzieningniveau bestaat wel een pedagogische beeldvorming die tot stand is gekomen met behulp van informatie uit verschillende niveaus. De zorgvisie van de voorziening (dat tevens de stichtingsvisie is) is in de beleidsnota 1996 - 1999 van de stichting als volgt geformuleerd: "Zorg is persoongericht en persoonlijk, perspectief biedend en professioneel". In de beleidsnota wordt deze visie uitgewerkt in doelstellingen en criteria. Het professionele aspect wordt bijvoorbeeld vertaald in de criteria "dienend, methodisch en optimale interne en externe samenwerking". Gesteld kan worden dat deze visie pedagogisch van aard is. Er zijn beleidsdoelstellingen geformuleerd en deze worden eveneens door pedagogische uitgangspunten gekenmerkt. Tevens zijn activiteiten gepland in de vorm van afspraken om de doelstellingen te realiseren. Echter, evaluatie en bijstelling zijn op dit niveau afwezig. Door het ontbreken van evaluatie is het niet mogelijk de effectiviteit van het handelen te bepalen. Hiermee kunnen de doelstellingen op instellingsniveau niet worden geëvalueerd en bijgesteld op basis van gegevens op de onderliggende niveaus.

Wat betreft de inhoudelijke afstemming tussen de drie niveaus binnen de voorziening, kan worden gesteld dat deze niet achterhaald kan worden. De doelstellingen op instellingsniveau kunnen niet worden gerealiseerd door de afwezigheid van doelstellingen op afdelings- en groepsniveau. De samenhang en hiermee de afstemming tussen de verschillende niveaus voor wat betreft de realisatie van pedagogische doelstellingen is onduidelijk. Hierdoor kunnen de effectiviteit en efficiëntie van het handelen op de verschillende niveaus niet achterhaald en bijgesteld worden.

Deze resultaten werden bevestigd door de constatering dat het HMT geen aanpassingen wilden verrichten in de organisatiestructuur om resultaten van het Opvoedingsprogramma te bevorderen en te bestendigen. Het HMT zag de aanpassingen in eerste instantie (oktober 1997 - januari 1998) als ad hoc oplossingen voor het faciliteren van het werken met het programma. Deze aanpassingen werden los gezien van het beleid dat voor de periode 1996 - 1999 werd uitgezet zoals is beschreven in de beleidsnota. In de bijeenkomsten vanaf januari 1998 tot en met april 1998 is door leden van het ZET-team beargumenteerd dat de aanpassingen pasten binnen de beleidsdoelstellingen zoals beschreven in de beleidsnota. Het realiseren van de pedagogische doelstellingen op instellingsniveau vergt immers het evalueren van pedagogische doelstellingen op individueel en groepsniveau. Met behulp van het Opvoedingsprogramma werd duidelijk dat een aantal organisatorische aspecten (zoals structuur van activiteitendienst en therapeuten, taak en verantwoordelijkheden van gedragskundigen, therapeuten en groepsbegeleiders, wijze van budgettering per dienst, opzet van interdisciplinaire

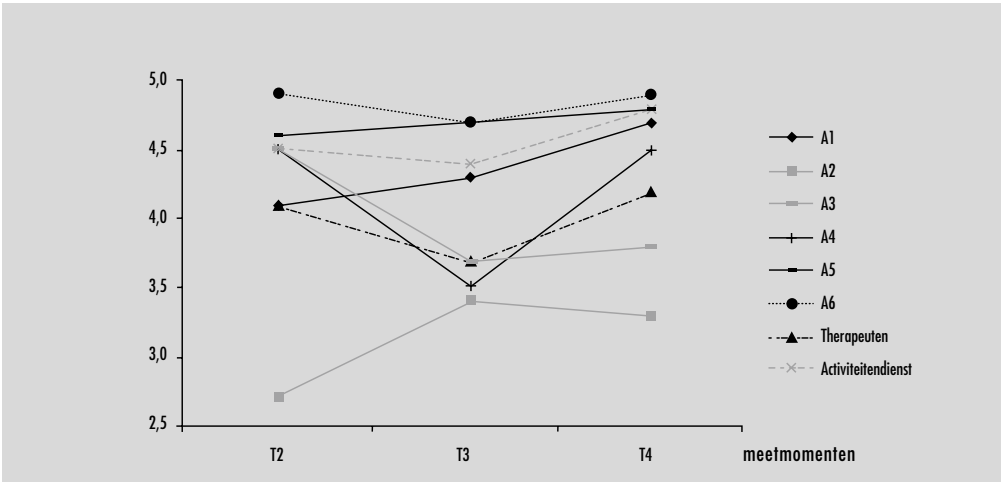
samenwerking) minder effectief waren voor de realisatie van deze doelstellingen. ZET-leden beargumenteerden dat de geconstateerde knelpunten niet het gevolg waren van het werken met het programma maar reeds eerder, voorafgaand aan het implementeren van het programma, in de voorziening aanwezig waren. Door het werken met het Opvoedingsprogramma werd echter de effectiviteit en efficiëntie van structuren geëvalueerd omdat deze direct gekoppeld zijn aan de realisatie van pedagogische doelstellingen. ZET-leden beargumenteerden dat het oplossen van deze knelpunten niet alleen nodig waren voor het werken met het Opvoedingsprogramma, maar voor iedere vorm van zorgplanning waarbij de aspecten persoonlijk, perspectiefbiedend en professioneel van belang zijn. In april 1998 erkenden de leidinggevenden de aard van deze knelpunten door aan te geven dat de aangenomen organisatieveranderingen mogelijk ook positief zouden kunnen werken binnen de woon- en activiteitengroepen die niet aan het project deelnamen.

- > De factor programmatisch werken op verschillende niveaus binnen een organisatie is een belangrijke factor voor het behalen en bestendigen van programmaresultaten. Deze factor speelt met name tijdens de consultatiefase een rol. De consultatiefase is het omslagmoment waarop medewerkers voldoende gefaciliteerd moeten worden om het werken met het Opvoedingsprogramma vol te houden. Indien nauwelijks een heldere en eenduidige inhoudelijke samenhang bestaat tussen de doelstellingen op de verschillende niveaus binnen een voorziening wordt het onduidelijk welke structuurveranderingen noodzakelijk zijn voor de realisatie van doelstellingen. De knelpunten die hierdoor ontstonden werden gezien als een gevolg van een specifiek programma. Het HMT was dan ook niet geneigd benodigde veranderingen als een regulier onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk in te voeren.

Voor het verkrijgen van een beeld van de **samenwerking** in voorziening A en de mate waarop de resultaten van het programma hierdoor beïnvloed worden, zijn de volgende aspecten onderzocht: de samenwerking tussen medewerkers van een discipline onderling (intradisciplinaire samenwerking), de samenwerking tussen verschillende disciplines (interdisciplinaire samenwerking) en de samenwerking tussen directe zorgverleners en HMT (samenwerking met het management).

### **Intradisciplinaire samenwerking**

De begeleiders van de woongroepen rapporteren dagelijks naar elkaar over bijzonderheden van de cliënt. Dit is over het algemeen gericht op het lichamelijke functioneren (defaecatie, epilepsie aanval, temperatuur) en bijzonderheden (bijvoorbeeld bezoek ouders). Niet over iedere cliënt wordt dagelijks gerapporteerd. Over het algemeen zijn groepsbegeleiders van mening dat de schriftelijke rapportage over een cliënt onvoldoende is. Deze mening wordt gedeeld door de ouders en/of familieleden van de cliënten. De ouders geven aan het vervelend te vinden dat groepsbegeleiders elkaar onvoldoende informeren. Zij vinden groepsbegeleiders niet altijd in staat hen adequate informatie omtrent hun zoon of dochter te geven zodra zij daarom vragen. De perceptie van de intradisciplinaire samenwerking is gemeten met de categorie 'Samenwerking met collega's' van de Vragenlijst Beoordeling Werksituatie. Deze schaal is afgenomen aan het begin van de adoptiefase (T1), aan het einde van de consultatiefase (T3) en aan het einde van de nameting (T4). De resultaten worden weergegeven in bijlage II in tabel II-10.3 en in figuur 5.11.



Figuur 5.11 De perceptie van de intradisciplinaire samenwerking (max.score= 5, min.score=0)

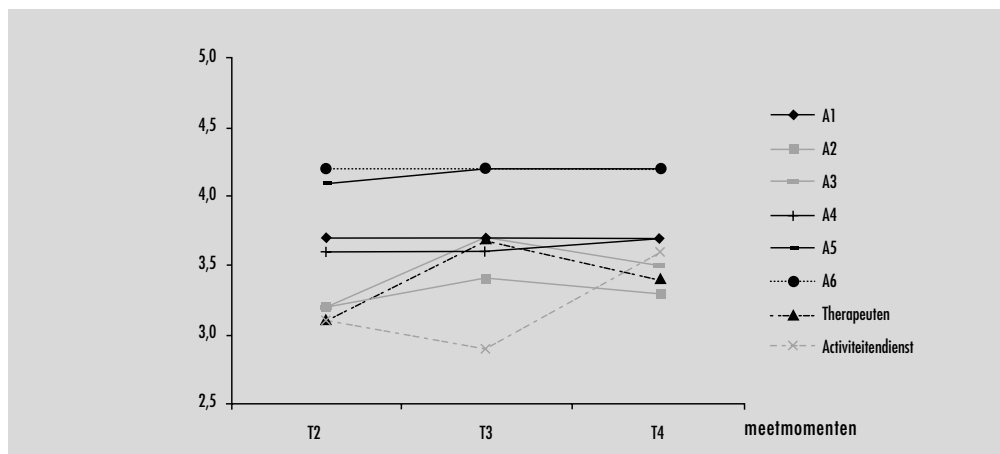
De perceptie van de intradisciplinaire samenwerking is wisselend. De groepsbegeleiders van de woongroepen A3, A4 en A6 en de therapeuten beoordelen de intradisciplinaire samenwerking in de consultatiefase (T3) minder positief dan tijdens de adoptiefase (T1) waarna deze tijdens de nameting (T4) weer positiever is dan tijdens de consultatiefase (T3). De beoordeling van de perceptie van de intradisciplinaire samenwerking door begeleiders van de woongroepen A1, A2, A5 en de activiteitenbegeleiders wordt steeds beter. Ten aanzien van de invloed van de intradisciplinaire samenwerking op de programmaresultaten wordt er door de onderzoekers geen duidelijke trend gezien.

### Interdisciplinaire samenwerking

Uit de vragenlijst Inventarisatie Persoonsbeeld en Zorg komt naar voren dat de meerderheid van de zorgverleners aangeeft nauwelijks samenwerking te zien tussen de verschillende disciplines. Men weet weinig van elkaars bezigheden en de effecten hiervan op de cliënt. Multidisciplinair overleg vindt één keer per twee jaar plaats tijdens de zorgplanbespreking. Schriftelijke rapportage vindt alleen plaats ten behoeve van het zorgplan. De meerderheid van de zorgverleners geeft echter aan het zorgplan nauwelijks te hebben gelezen en niet op de hoogte te zijn van de doelen die hierin staan vermeld. Vanaf de implementatiefase wordt eveneens gezien dat minimale afstemming rondom werkdoelen bestaat. Er wordt onvoldoende initiatief genomen omtrent het verzamelen van informatie bij andere disciplines. Daarnaast wordt gezien dat de aanwezigheid van disciplines anders dan bij de groepsbegeleiders tijdens hoofddoelbesprekingen minimaal is. Bij de meerderheid van de besprekingen zijn alleen groepsbegeleiders aanwezig. De oorzaken die hiervoor werden gegeven waren:

- geen bijdrage kunnen leveren aan de evaluatie omdat geen werkdoelen waren uitgevoerd;
- op dat tijdstip niet aanwezig kunnen zijn wegens vakantie, ziekte, roostervrij of conflicterende werkzaamheden (een hoofddoevaluatie van één bewoner betekent voor sommige activiteitengroepen dat de dagbesteding voor de overige cliënten (gemiddeld 20 cliënten) geen doorgang kon vinden.

De perceptie van de interdisciplinaire samenwerking is gemeten met de categorie 'Samenwerking met overige disciplines' van de Vragenlijst Beoordeling Werksituatie. Deze schaal is afgenomen aan het begin van de adoptiefase (T1), aan het einde van de consultatiefase (T3) en aan het einde van de nameting (T4). De resultaten worden weergegeven in bijlage II in tabel II-10.3 en in figuur 5.12.



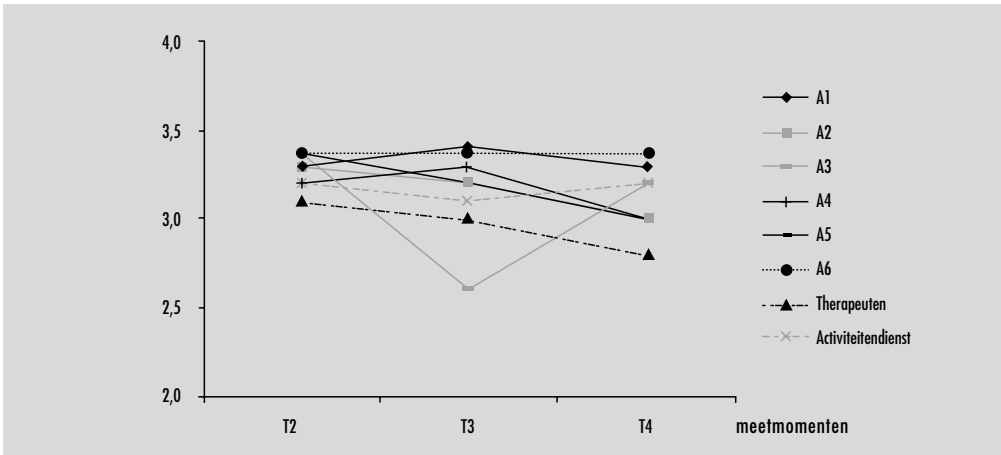
Figuur 5.12 De perceptie van de interdisciplinaire samenwerking (max.score= 5, min.score=0)

De perceptie van de interdisciplinaire samenwerking is wisselend en er wordt door onderzoekers geen duidelijke trend gezien.

### Samenwerking met management

Tijdens het werken met het Opvoedingsprogramma komt naar voren dat het HMT veranderingen moet aanbrengen in de organisatiestructuur. Deze veranderingen hebben betrekking op een adequate verslaglegging, secretariële ondersteuning, adequate verzending van werkdelen, een gemis aan bevoegdheden en een dienstenstructuur die niet pas bij deze andere manier van werken. Leden van het ZET-team zijn van mening dat de organisatie vaak nog de bekende dienstenstructuur volgt waardoor medewerkers wel vaak willen, maar niet flexibel genoeg zijn om een bijdrage te kunnen leveren aan het proces. Daarnaast hebben leden van het ZET-team te weinig formele bevoegdheden, behalve het afdelingshoofd richting de leefgroepen, om medewerkers aan te spreken op hun (minimale) werkzaamheden.

De perceptie van de samenwerking met management is gemeten met de categorie 'Ondersteuning van management' van de Vragenlijst Beoordeling Werksituatie. Deze schaal is afgenomen aan het begin van de adoptiefase (T1), aan het einde van de consultatiefase (T3) en aan het einde van de nameting (T4). De resultaten worden weergegeven in bijlage II in tabel II-10.5 en in figuur 5.13.



Figuur 5.13 De beoordeling van de ondersteuning van management (max.score= 5, min.score=0)

De beoordeling van de ondersteuning van het management schommelt over het gehele traject rond score 3. Dit betekent dat medewerkers zich niet echt positief of negatief uitspreken over de ondersteuning die het management biedt. Er lijkt wel een trend aanwezig te zijn. Medewerkers lijken zich steeds negatiever uit te spreken over de ondersteuning naarmate het onderzoek vordert. Dit lijkt samen te hangen met de knelpunten die tijdens de consultatiefase en de nameting worden gezien. Uitzonderingen hierop zijn de groepsbegeleiders van woongroep A3 en de activiteitenbegeleiders. Voor de groepsbegeleiders van woongroep A3 kan geen verklaring worden gegeven. Mogelijk hangt de positieve toename in beoordeling van de ondersteuning door management door activiteitenbegeleiders samen met de aanpassingen die voor hen worden verricht. Deze aanpassingen (kleinere activiteitengroepen, het aanwijzen van een persoonlijk verantwoordelijke per cliënt, dagbesteding voor ernstig meervoudig gehandicapten bij de woongroepen) vinden snel plaats (einde consultatiefase) waardoor de activiteitenbegeleiders direct de positieve consequenties van de aanpassingen ondervinden.

> Naar aanleiding van deze resultaten is het moeilijk te achterhalen of de factor samenwerking van invloed is op het behalen en bestendigen van programmaresultaten. In eerste instantie oefenen de intra- en de interdisciplinaire samenwerking geen invloed uit. De factor ondersteuning van het management speelt daarentegen met name tijdens de consultatiefase wel een rol.

Er bestaat onduidelijkheid over de verdeling van **taken en verantwoordelijkheden**. Deze onduidelijkheid wordt bij iedere discipline teruggezien.

### Groepsbegeleiders

De groepsbegeleiders hebben zo hun eigen ideeën over wie waarvoor verantwoordelijk is. Deze ideeën komen niet altijd overeen met wat formeel is vastgelegd en wat nodig wordt geacht voor het werken met het Opvoedingsprogramma. Het gevolg is dat bepaalde taken



door meerdere mensen tegelijkertijd wordt uitgevoerd en sommige taken door niemand (bijvoorbeeld controle op inhoud van zorgplannen; opstellen van doelstellingen op verschillende instellingsniveaus of het inhoudelijk op elkaar laten aansluiten van missie, instellings-, groeps- en cliëntdoelstellingen). Door de onduidelijkheid in taken en verantwoordelijkheden is een aantal groepsbegeleiders weinig geneigd de verantwoordelijkheid te nemen voor zowel inhoudelijke als organisatorische taken. Op de woongroepen nemen de Z-verpleegkundigen veelal de coördinerende taken voor hun rekening en de overige medewerkers voeren de verzorgingstaken uit. Het gevolg is dat taken als uitvoeren van werkdoelen niet plaatsvindt bij afwezigheid van een Z-verpleegkundige. Helderheid en eenduidigheid in de verdeling van taken en verantwoordelijkheden wordt als aandachtspunt genoemd in de afdelingsplannen. Echter dit aandachtspunt komt ieder jaar terug zonder dat het duidelijk is welke acties hiervoor dienen te worden ondernomen. Daarnaast moeten binnen de stichting uniforme functie-indelingen worden gehanteerd volgens de nieuwe 'functiewaardering gezondheidszorg versie 3.0'. Deze nieuwe functie-indelingen dienen tevens te passen bij een nieuw in te voeren organisatiestructuur waarbij niet meer van afdelingen maar van clusters wordt uitgegaan. Tevens speelt de zelfsturing van medewerkers hierin een prominente rol. Deze ontwikkelingen zijn echter tijdens het onderzoek nog niet uitgekristalliseerd waardoor de verdeling in taken en bevoegdheden onduidelijk blijft.

### **Gedragskundigen**

De gedragskundige wordt binnen voorziening A op een andere manier ingezet dan volgens het Opvoedingsprogramma is gewenst. Voor het werken met het Opvoedingsprogramma wordt een continue betrokkenheid gevraagd voor het hebben van inzicht in en overzicht op de verschillende werkdoelen. Daarnaast wordt van een gedragskundige een inhoudelijke coördinatie omtrent de begeleiding van een cliënt gevraagd.

De gedragskundige werkt binnen voorziening A op een consultbasis. Dit wil zeggen dat zijn diensten op vraag worden ingezet. De gedragskundige is niet aangesteld als bewaker van het inhoudelijk proces, deze verantwoordelijkheid ligt bij het afdelingshoofd. De agoog heeft wel een signalerende taak maar in de praktijk kan dit nauwelijks waargemaakt worden door het grote aantal cliënten waarvoor hij verantwoordelijk is.

Het gevolg is dat gedragskundigen de inhoudelijke afstemming tussen de verschillende disciplines niet kunnen waarborgen. Zij hebben weinig mogelijkheden tot hun beschikking om het proces inhoudelijk te sturen. Ze kunnen niet preventief te werk gaan maar alleen tijdens formele besprekingen (bijvoorbeeld hoofddoelbesprekingen) reageren. Hierdoor komt het voor dat de gedragskundige tijdens de bespreking (pas) ziet dat niet of nauwelijks aan een hoofddoel is gewerkt of dat medewerkers met hele andere zaken dan met het hoofddoel bezig zijn geweest.

### **Therapeuten en activiteitenbegeleiders**

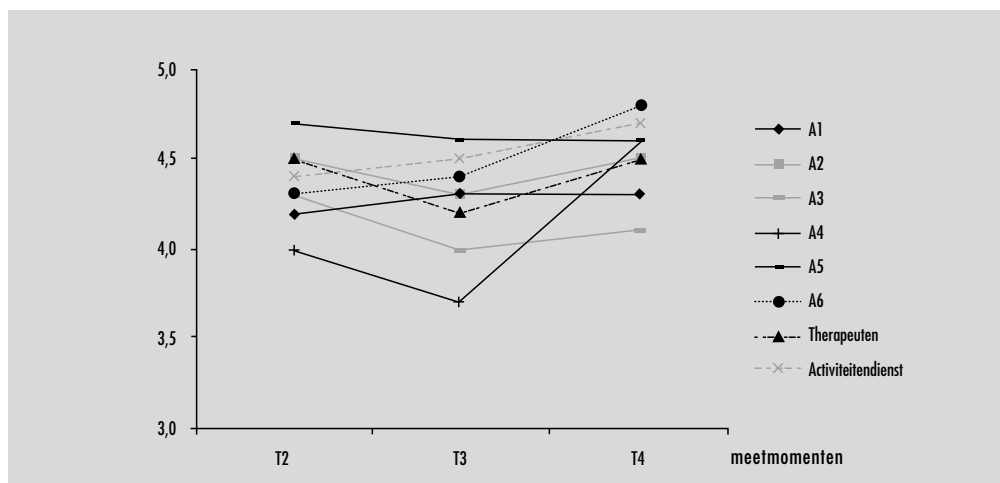
Therapeuten geven aan weinig tijd te hebben voor het opstellen en evalueren van werkdoelen. Ze zijn van mening geen ruimte te hebben binnen de voor hen beschikbare tijd voor het rapporteren en evalueren van de behandelingen. De voor hen beschikbare tijd is totstandgekomen op basis van het aantal behandelingen dat binnen die tijd kan worden gegeven. Er is wel enige overheardtijd ingepland, deze wordt echter al snel weer opgevuld met behandelen omdat de voorziening niet wil werken met interne wachtlijsten en nieuwe aanvragen vrijwel direct wor-

den ingewilligd. Rapporteren en systematisch en doelgericht evalueren zijn onderdelen waar de therapeuten nauwelijks aan toe komen. Hierdoor worden weinig tot geen werkdoelen door de therapeuten opgesteld. Ditzelfde probleem wordt bij de activiteitenbegeleiders teruggezien. Hun tijd is eveneens vrijwel volledig ingedeeld met het groepsgewijs aanbieden van activiteiten. Beschikbare tijd voor rapporteren en evalueren is minimaal.

### Leden van het Zorgevaluatieteam

ZET-leden hadden onvoldoende bevoegdheden om de problemen die met name bij de ondersteunende disciplines aanwezig waren, op te lossen. Zij kunnen medewerkers van de activiteitendienst en behandel- en begeleidingsdienst niet aanspreken op hun gedrag (bijvoorbeeld niet aanwezig zijn tijdens evaluaties) en hun werkzaamheden (bijvoorbeeld het leveren van een bijdrage aan hoofddoel). De gedragskundige is binnen de voorziening geen lijnfunctionaris maar behoort tot de staf, waardoor hij/zij zijn taken binnen de methodiek niet naar behoren kan uitvoeren. De agoog heeft geen bevoegdheid tot controleren en het geven van sturing aan medewerkers. Doordat gedragskundigen nog werkten volgens hun oude takenpakket, hadden zij onvoldoende tijd om optimaal inzicht en overzicht op de werkdoelen te kunnen houden. Daarnaast werkt voorziening A met een dienstenstructuur (bijlage I: organogram). Iedere dienst (activiteitendienst, behandel- en begeleidingsdienst en woon- en verzorgingsdienst) functioneert onafhankelijk van elkaar. Indien diensten elkaar op verrichte arbeid willen aanspreken dient dat te geschieden via de eigen lijnfunctionarissen waardoor het kan zijn dat informatie afzwakt of niet op de plaats van bestemming aankomt. Met het instellen van een ZET-team is door projectmedewerkers getracht dit probleem te ondervangen. Het blijkt echter dat ook dan de informatielijnen nog te lang (of te zwak) zijn.

De onduidelijkheid in taken en verantwoordelijkheden bij iedere discipline wordt steeds benoemd als een tijdsprobleem. Medewerkers geven aan onvoldoende tijd te hebben voor het opstellen, uitvoeren en evalueren van werkdoelen. Er lijkt eerder sprake te zijn van een gebrekkige prioriteitstelling in taken en een gevoelde ambivalentie in verantwoordelijkheden. Het tijdsprobleem lijkt samen te hangen met een gevoelde hoge werklast. De beoordeling van de 'Werklast' gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie wordt weergegeven in figuur 5.14. Deze figuur laat zien dat de gevoelde werklast voor het merendeel boven score 4 ligt op een vijfpuntschaal. Dit lijkt hoog te zijn. Op de vragen of verantwoordelijkheden te dragen zijn geeft de meerderheid van medewerkers aan dat dit niet het geval is.



Figuur 5.14 Resultaten op de factor Werklast gemeten met de Beoordeling Werksituatie (max. score=5, min.score=0)

> De factor verdeling van taken en verantwoordelijkheden is een belangrijke belemmerende factor voor het behalen en vasthouden van programmaresultaten. Indien hierover geen helderheid bestaat geven medewerkers aan een hoge werklast te ervaren. Volgens medewerkers hangt deze ervaren hoge werklast samen met de vele taken die uitgevoerd moeten worden binnen een relatief korte tijd.

### 5.5.5 Microcontext

- Personele continuïteit

In bijlage II-12 worden in tabel II-12.1 de personeelwisselingen tijdens de implementatiefase (T2) weergegeven en in tabel II-12.2 de personeelwisselingen tijdens de consultatiefase (T3). Aan de hand van deze twee tabellen wordt gezien dat tijdens de implementatiefase de vertrekkende groepsbegeleiders voor het merendeel vertrouwde mensen zijn voor de cliënten. Dat wil zeggen groepsbegeleiders die al meer dan een halfjaar op dezelfde woongroep werken en om deze reden in staat zouden kunnen zijn een band te hebben opgebouwd met de cliënt. Indien we de resultaten op de personele continuïteit koppelen aan het bereiken van het gewenste aantal werkdoelen, lijkt er nauwelijks samenhang te zijn. Ondanks de hoge wisselingen behalen de groepsbegeleiders van de zes woongroepen de criteria. Zelfs de groepsbegeleiders van woongroep A4 behalen het criterium van 68% gewenst aantal werkdoelen ondanks de hoge wisseling (25%) die gekenmerkt wordt door vertrek van zowel vertrouwde als bekende medewerkers voor de cliënt. Ditzelfde geldt voor de begeleiders van woongroep A3. Ondanks de hoge wisselingen (18,8%) wordt toch het criterium van gewenst aantal werkdoelen bereikt.

Tijdens de consultatiefase wordt een toename gezien in wisselingen in personeel. Dit staat weergegeven in tabel 5.3.

Tabel 5.3 De vertrekindices (totaal) van deelnemende woongroepen tijdens de implementatiefase (T2) en consultatiefase (T3) in voorziening A

	T2	T3
A1	15,8 %	17,5 %
A2	0,0 %	18,2 %
A3	18,8 %	12,5 %
A4	25,0 %	26,4 %
A5	11,1 %	45,2 %
A6	5,9 %	37,1 %

In tabel 5.3 wordt een behoorlijk drastische toename in personeelwisselingen voor de woongroepen A5 en A6 geconstateerd. Opvallend is dat de groepsbegeleiders van woongroep A5 ondanks de vele personeelwisselingen tijdens de consultatiefase dichterbij het gewenste aantal werkdoelen komen dan tijdens de implementatiefase. Het is mogelijk dat dit samenhangt met het type medewerker dat vertrekt. Dit zijn voornamelijk medewerkers die nauwelijks met de cliënten bekend zijn. Op woongroep A6 daarentegen vertrekken niet alleen medewerkers die nauwelijks bekend zijn met de cliënt maar ook medewerkers die goed bekend met hen zijn. De begeleiders op deze woongroep laten een drastische daling zien in het percentage werkdoelen dat zij hebben opgesteld tijdens de consultatiefase in vergelijking met de implementatiefase (figuur 5.2).

Op woongroep A3 wordt een daling in personeelwisselingen gezien terwijl ook op deze woongroep een daling in het percentage opgestelde werkdoelen wordt gezien tijdens de consultatiefase. Deze daling is echter niet zo drastisch als op de overige groepen.

> Bovenstaande beschrijving van personeelwisselingen in combinatie met het opstellen van werkdoelen laat zien dat veel wisselingen in personeel niet samenhangen met slechte programmaresultaten. Daarnaast wordt gezien dat weinig personeelwisselingen niet altijd goede programmaresultaten inhouden. Binnen voorziening A kan nauwelijks een verband worden gezien tussen personeelwisselingen en het behalen van gewenste programmaresultaten. Het lijkt meer van belang om te kijken naar de combinaties van personen die vertrekken. Indien op een woongroep zowel vertrouwde alsook bekende gezichten vertrekken is dit meer van invloed op het bereiken van gewenste resultaten dan veel wisselingen alleen. Opmerkelijk is wel dat door groepsbegeleiders van alle woongroepen tijdens de consultatiefase wordt aangegeven dat de wisselingen in personeel het werken met het Opvoedingsprogramma onmogelijk maken. Mogelijk worden personeelwisselingen op zichzelf als zwaar beleefd zonder dat een daadwerkelijk effect op programmaresultaten kan worden gezien.

### 5.5.6 Relaties met andere organisaties

- Informatie-uitwisseling

Voorziening A functioneert als een autonome voorziening en heeft regelmatig terugkerende contacten met twee andere voorzieningen die ook tot de stichting behoren. Door middel van een klankbordgroep die twee keer per jaar bijeenkomt en waaraan medewerkers (directe zorgverleners en afdelingshoofden) van de drie voorzieningen deelnemen wordt de gehanteerde strategie, programmaresultaten en knelpunten tijdens de invoering besproken.

- > Deze factor lijkt tijdens het implementatieproces voor voorziening A geen invloed te hebben op programmaresultaten.

### 5.5.7 Macrocontext

- Concurrerende vernieuwingen

De overkoepelende stichting waartoe voorziening A behoort, profileert zich nadrukkelijk naar buiten toe en tracht de meest recente ontwikkelingen (zoals bijvoorbeeld vraagsturing en deïnstitutionalisering, verhoging van deelname aan dagbesteding en wijzigingen in de organisatiestructuur van diensten naar clusters) veelal door middel van projectmatig werken te integreren in de dagelijkse zorgpraktijk. Hierdoor worden medewerkers van voorziening A geconfronteerd met verschillende gelijktijdig verlopende vernieuwingsprojecten. De afstemming tussen verschillende projecten is voor veel medewerkers niet altijd duidelijk. Daarnaast worden besluiten genomen die tegenstrijdig zijn aan reeds eerder genomen besluiten. Zo wordt tijdens de nameting besloten te werken met een informatieverwerkingssysteem dat complementair is aan het werken met het Opvoedingsprogramma. Dit besluit wordt teruggedraaid zodra een nieuwe directeur zorgverlening wordt aangesteld. Dit geldt eveneens voor de afspraken die gemaakt zijn rondom taken en verantwoordelijkheden van gedragskundigen en activiteitenbegeleiders. Medewerkers geven aan geen lijn meer te zien in de verschillende ontwikkelingen en innovatiemoe te zijn.

- > Concurrerende vernieuwingen hebben een belangrijke belemmerende werking op het beklijven van programmaresultaten. Deze factor speelt met name tijdens de consultatiefase en de nameting een rol.

## 5.6 Context-impact-evaluatie

Met behulp van de context-impact-evaluatie wordt een relatie gelegd tussen factoren in de implementatie-omgeving en de discrepantie tussen gewenste en behaalde programmaresultaten. Uit de beschrijvingen van paragraaf 5.4 wordt geconcludeerd dat de invloed van een omgevingsfactor niet eenduidig te interpreteren is en er met een aantal aspecten rekening dient te worden gehouden. Ten eerste is de mate van beïnvloeding door een factor afhankelijk van de

fase waarin het implementatietraject zich bevindt. Een voorbeeld hiervan is de tijd die zorgverleners binnen de voorziening werkzaam zijn. De zorgverleners die langer bij de voorziening werken, zijn tijdens de implementatiefase meer afwachtend en stellen minder werkdoelen op. Tijdens de consultatiefase en de nameting lijkt deze factor geen rol meer te spelen. Ten tweede hangt de richting van beïnvloeding (bevorderend dan wel belemmerend) samen met de fase. Zo lijkt een lage score op arbeidssatisfactie een stimulerende werking te hebben tijdens de implementatiefase om met het programma te gaan werken. Een lage score op Arbeidssatisfactie tijdens de consultatiefase en de nameting lijkt echter een belemmerende werking te hebben.

Tabel 5.4 Overzicht van gevonden beïnvloeding van programma-effecten door omgevingsfactoren in voorziening A

Omgevingsfactoren	Beïnvloeding tijdens het implementatieproces		
	Implementatiefase	Consultatiefase	Nameting
<b>Doelgroep</b>			
Leeftijd	P		N
Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen	P		N
<b>Zorgverlener</b>			
Visie	P	P	P
Opleidingsniveau	P		
Tijd werkzaam binnen een organisatie	N		
Leeftijd	N		
Arbeidssatisfactie	P	N	N
<b>Perceptie van het programma door zorgverleners</b>			
Relatief voordeel	N	N	N
Compatibiliteit		N	N
Complexiteit	N		
Deelbaarheid		P	
Zichtbaarheid		P	
<b>Organisatie</b>			
Programmatisch handelen		N	N
Samenwerking		P	
Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling	N	N	N
<b>Microcontext</b>			
Personele continuïteit			
<b>Relaties met andere organisaties</b>			
Informatie-uitwisseling			
<b>Macrocontext</b>			
Concurrentie overige zorgvernieuwingen		N	N

Noot. P = positieve beïnvloeding. N = negatieve beïnvloeding

Op grond van de gepresenteerde resultaten van paragraaf 5.4 wordt in tabel 5.4 schematisch weergegeven welke factoren het behalen van programmaresultaten beïnvloedden. Daarnaast wordt tevens de richting van beïnvloeding aangegeven die tijdens het implementatieproces binnen voorziening A zijn gevonden. Tabel 5.4 toont dat tijdens de implementatiefase voornamelijk factoren van de domeinen 'cliënt' en 'zorgverlener' van belang waren voor het implementatieproces. Tijdens de consultatiefase spelen met name factoren een rol op het domein 'Organisatie' en 'Perceptie van het programma door zorgverleners'. Twee van de vier factoren die op dit laatstgenoemde domein relevant waren, hangen echter nauw samen met de wijze waarop een voorziening de zorg heeft georganiseerd. Het relatieve voordeel van het programma werd immers negatief gepercipieerd omdat het Opvoedingsprogramma niet naadloos aansloot bij de wijze waarop de structuren binnen voorziening A georganiseerd waren. Voor de factor 'Compatibiliteit' werd hetzelfde gezien. In de nameting wordt hetzelfde gezien als tijdens de consultatiefase. Opvallend is dat hier weer factoren op het domein 'kenmerken van de cliënt' relevant worden.





## Hoofdstuk 6

# Beschrijving van de implementatieprocessen binnen voorziening B en voorziening C

### Inleiding

Het doel van dit hoofdstuk is gericht op de vraag in welke mate de implementatieprocessen binnen voorzieningen B en C overeenkomen met het implementatieproces in voorziening A. Er wordt beschreven of in voorziening B en C dezelfde relaties tussen programmaresultaten en omgevingsfactoren worden gezien als in voorziening A, of juist afwijken. Hiertoe wordt dezelfde opzet gehanteerd als in hoofdstuk vijf. Als eerste worden de programma-effecten weergegeven waarna de implementatie-omgeving wordt beschreven aan de hand van de zeven omgevingsdomeinen. Vervolgens wordt bekeken of dezelfde relaties worden gezien tussen programmaresultaten en omgevingsfactoren, zoals deze in hoofdstuk vijf zijn beschreven. Op deze wijze ontstaat inzicht in de relaties tussen programma-effecten en omgevingsfactoren die specifiek, of juist overstijgend zijn aan de lokale implementatie-omgeving. Op basis van deze gegevens worden in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk zeven) statistische modellen opgesteld waarmee onderzocht kan worden of de relevant geachte omgevingsfactoren inderdaad van invloed zijn op de programmaresultaten zoals die binnen dit onderzoek zijn gevonden.

Dit hoofdstuk is verdeeld in drie delen. Het eerste deel beschrijft het implementatieproces in voorziening B (paragraaf 6.1). Het tweede deel beschrijft het implementatieproces in voorziening C (paragraaf 6.2). In beide paragrafen wordt gestart met een algemene beschrijving van het implementatieproces. Vervolgens worden de programmaresultaten weergegeven waarna een beschrijving van de implementatie-omgeving volgt aan de hand van de zeven omgevingsdomeinen. Vervolgens worden relevante relaties besproken tussen programmaresultaten en omgevingsfactoren. In het derde en laatste deel van dit hoofdstuk (paragraaf 6.3) wordt de relevantie van de omgevingsfactoren besproken naar aanleiding van de resultaten in hoofdstuk vijf en zes. In deze paragraaf worden eveneens richtlijnen gegeven waarmee statistische modellen kunnen worden opgesteld (hoofdstuk zeven).

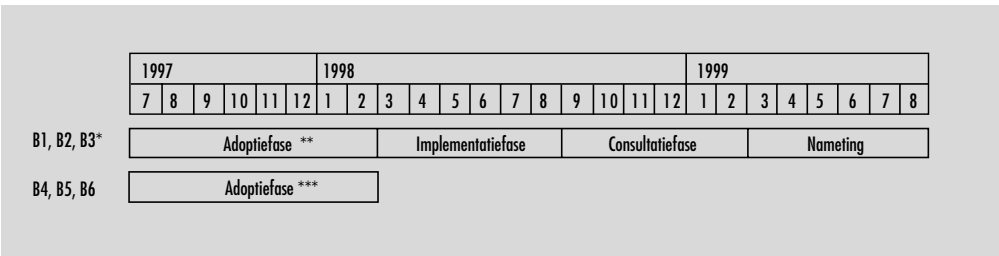
### 6.1 Verloop en samenvatting van het proces binnen voorziening B

#### 6.1.1 Beschrijving van het implementatieproces in voorziening B

In juli 1997 is gestart met de adoptiefase van voorziening B. In deze fasen werd actief informatie verzameld over zes woongroepen die door de voorziening zelf waren geselecteerd. In de oorspronkelijke onderzoeksplanning zou voorziening B als derde voorziening met het implementatietraject gestart zijn. Tijdens een overleg (september 1996) van de interne begeleidingscommissie (waaraan onderzoeksmedewerkers, algemeen directeur, directeur onder-

zoek en ontwikkeling en de drie directeuren van de voorzieningen deelnamen) is echter overeengekomen dat voorziening B als tweede en niet als derde voorziening het Opvoedingsprogramma zou implementeren. Dit verzoek werd gedaan door de directeur van voorziening B en was gebaseerd op de resultaten van een onderzoek naar de werking en effecten van de eigen zorgplanmethodiek dat de voorziening zelf had uitgevoerd. Uit dit onderzoek kwamen knelpunten omtrent de werking van de eigen zorgplanmethodiek naar voren. Het huismanagementteam (HMT) van voorziening B wilde volgens de directeur niet twee jaar wachten met het invoeren van het Opvoedingsprogramma omdat de tussenvallende tijd dan gebruikt zou worden voor het invoeren van oplossingen voor de knelpunten binnen de eigen zorgplanmethodiek. Medewerkers hierna nog motiveren voor het invoeren van het Opvoedingsprogramma zou, volgens de directeur van voorziening B, moeizaam worden. Er werd afgesproken te wachten met het aanbrengen van wijzigingen in de eigen zorgplansystematiek en in juli 1997 het implementatietraject voor het Opvoedingsprogramma te starten voor de zes geselecteerde woongroepen.

In juli 1997 is gestart met het geven van voorlichting aan directe medewerkers en ouders over het Opvoedingsprogramma en het implementatietraject. Samen met directe zorgverleners en het ZET-team werd een planning gemaakt voor de cursus en werden gegevens verzameld over de zeven domeinen van omgevingsfactoren. De adoptiefase verliep zoals gepland en in januari 1998 kon een start worden gemaakt met het implementeren van het Opvoedingsprogramma.



\* het implementatietraject is voor B3 stopgezet in jan. '98

\*\* verlenging van de adoptiefase met twee maanden voor B1 en B2

\*\*\* implementatietraject stopgezet voor B4, 5 en B6

Figuur 6.1 Tijdsplanning van het implementatietraject in voorziening B

Begin januari 1998 werd echter van de oorspronkelijke planning afgeweken. In januari werd wel met de cursus gestart maar deze werd een halt toegeroepen door leden van het HMT. Zij besloten de adoptiefase met twee maanden te verlengen en wilden eerst weer met onderzoekers in overleg over de voortgang van het project. Na twee besprekingen tussen onderzoekers en leden van het HMT wordt het aantal woongroepen dat aan het onderzoek zou deelnemen gereduceerd van zes naar twee groepen. De reden voor de gewijzigde planning en de reductie in woongroepen was dat het HMT aangaf niet te kunnen voldoen aan de implementatiestrategie. Zij gaven hiervoor een aantal redenen die met name betrekking hadden op acceptatie van de implementatiestrategie (paragraaf 6.1.2) en contacten met externe relaties

(paragraaf 6.1.3) Vanaf maart wordt opnieuw gestart met de implementatiefase voor zorgverleners van de twee overgebleven woongroepen.

De consultatiefase en de nameting op deze twee groepen verliepen voorspoedig. Medewerkers en ouders waren enthousiast en gaven dat ook aan bij HMT. De samenwerking tussen management en directe zorgverleners was optimaal waardoor weinig knelpunten werden gesignaleerd. Een halfjaar na de nameting op deze voorziening is besloten, op verzoek van medewerkers zelf, het Opvoedingsprogramma eveneens in te voeren voor een woongroep die tijdens de implementatiefase was afgefallen.

### **6.1.2 Effect-evaluatie: adoptiefase**

In de adoptiefase is de belangrijkste effectmaat het draagvlak van het Opvoedingsprogramma binnen de voorziening. Deze wordt in kaart gebracht door middel van notulen van voorlichtingsbijeenkomsten, reguliere vergaderingen en de extra geplande vergaderingen tussen onderzoekers, ZET-team en HMT. Tevens wordt gekeken naar de overeenkomst tussen gesignaleerde problemen door onderzoekers en ervaren problemen door directe zorgverleners.

## **Adoptie van het Opvoedingsprogramma door belanghebbenden**

### **De adoptie van het programma door directe medewerkers**

Tijdens de adoptiefase kwam duidelijk naar voren dat de medewerkers (begeleiders van de woongroepen, therapeuten, activiteitenbegeleiders) niet op de hoogte waren van een nieuw in te voeren methodiek. In het onderzoeksproject was afgesproken dat door middel van twee overlegstructuren (de interne begeleidingscommissie en de klankbordgroep, bijlage I-9) de medewerkers van voorziening B op de hoogte gehouden zouden worden over de voortgang van het project. Deze overlegstructuren hadden echter onvoldoende effect. Tijdens de voorlichtingsbijeenkomsten gaven de medewerkers aan niet op de hoogte te zijn van het invoeren van het Opvoedingsprogramma voor de cliënten van de zes woongroepen. Naar aanleiding van de voorlichting over het Opvoedingsprogramma en de knelpunten die zij ondervonden in de eigen zorgplansystematiek, waren zij positief gestemd over het Opvoedingsprogramma. Echter voorziening B had recentelijk de eigen zorgplansystematiek aangepast en deze aanpassingen geïmplementeerd. Medewerkers gaven aan niet weer een verandering te willen doorvoeren. Volgens hen had het HMT hen beloofd de eerst komende twee jaar geen vernieuwing meer ten aanzien van de zorgplannen door te voeren, alleen knelpunten in de huidige manier van werken op te lossen. Medewerkers waren tijdens de adoptiefase niet enthousiast om mee te werken aan het implementeren van het Opvoedingsprogramma. Zij wilden eerst duidelijkheid van het HMT over de keuze van het te gebruiken zorgplan.

In maart 1998 wordt door het HMT besloten voor de cliënten van twee woongroepen het Opvoedingsprogramma in te voeren. De selectie van twee woongroepen vond plaats op argumenten van de medewerkers zelf en ZET-leden. Op woongroep B1 waren, in vergelijking met de overige woongroepen, veel klachten over de kwaliteit van zorg binnengekomen. Deze klachten kwamen van ouders, ondersteunende diensten en medewerkers zelf. Het Opvoedingsprogramma werd als oplossing gezien om constructief met gesignaleerde

problemen aan de slag te kunnen. De medewerkers van woongroep B2 waren onvoldoende overtuigd over de toepasbaarheid van de eigen zorgplansystematiek en waren meer overtuigd van het Opvoedingsprogramma. Zij gaven aan graag deel te nemen aan het project. De overige vier woongroepen gaven te kennen niet uit eigen beweging aan het project deel te nemen. Zij wensten de resultaten van de eerdergenoemde twee woongroepen af te wachten.

### **De adoptie van het programma door leden van het ZET-team**

De ZET-leden gaven in een eerste gesprek aan niet op de hoogte te zijn van een nieuw in te voeren methodiek. Zij vertoonden een ambivalente houding ten opzichte van het Opvoedingsprogramma. Enerzijds waren zij van mening dat met het Opvoedingsprogramma beter dan de eigen zorgplansystematiek aan de behoeften van de ernstig meervoudig gehandicapten tegemoetgekomen kon worden. Anderzijds gaven zij aan veel tijd gespendeerd te hebben aan het verrichten van aanpassingen aan hun eigen zorgplansystematiek en het enthousiasmeren van directe zorgverleners. Het voordeel van het Opvoedingsprogramma lag volgens hen vooral in het systematisch en doelgericht evalueren in kleine stappen. Dit was onvoldoende aanwezig in de eigen zorgplansystematiek. Van het HMT hadden zij begrepen dat het Opvoedingsprogramma dit hiaat in de eigen zorgplansystematiek zou opvullen. Niet dat gewerkt zou worden met een andere visie, een andere manier van informatieverzameling en een andere lay-out van het eigen zorgplan. Daarnaast gaven ZET-leden aan veel moeite te hebben met het feit dat zij niet adequaat door het HMT op de hoogte waren gebracht. Zij voelden zich niet serieus genomen in hun pogingen de eigen zorgplansystematiek te verbeteren. Een jaar eerder was al besloten voor de desbetreffende zes woongroepen het Opvoedingsprogramma in te voeren. De ambivalentie in hun houding ten aanzien van deelname aan het project blijft de hele adoptiefase voortduren. Zodra echter het besluit wordt genomen met het Opvoedingsprogramma voor twee woongroepen aan de slag te gaan, wordt op basis van de twee eerder geformeerde ZET-teams, één nieuw ZET-team geformeerd. Dit team gaat enthousiast aan de slag en wil aan de afgevalen woongroepen en aan het HMT laten zien dat het Opvoedingsprogramma voor hun cliënten meer zinvol is dan de eigen zorgplansystematiek. Zij maken zich het Opvoedingsprogramma eigen door het hanteren van een eigen naam voor het Opvoedingsprogramma, het gebruik van eigen terminologie en het opstellen van een eigen handleiding voor het werken met het Opvoedingsprogramma.

### **De adoptie van het programma door het HMT**

In de eerste maand van de adoptiefase worden twee bijeenkomsten gehouden tussen onderzoekers en het HMT. In deze bijeenkomst geven onderzoekers op vraag van de leden informatie over het project. De onderzoekers geven tijdens deze bijeenkomsten eveneens de knelpunten (met mogelijke oplossingen) aan die tijdens het implementeren worden verwacht. Deze knelpunteninventarisatie is gebaseerd op eerdere ervaringen met voorziening A. Aan het begin van de implementatiefase in voorziening B wordt het invoeringstraject door het HMT tot tweemaal toe stopgezet. Hierop volgden kort na elkaar twee bijeenkomsten waaraan onderzoekers op verzoek van het HMT deelnamen. In de eerste bijeenkomst gaf het HMT aan het te betreuren dat geen onderdelen van het Opvoedingsprogramma geïntegreerd konden worden binnen de eigen zorgplansystematiek. Aan het einde van deze eerste bijeenkomst gaven zij aan bereid te zijn de benodigde randvoorwaarden voor invoering van het

Opvoedingsprogramma te garanderen voor vier woongroepen. Na deze bijeenkomst zijn door onderzoekers voorbereidingen getroffen en afspraken gemaakt voor het in gang zetten van de implementatiefase.

Drie weken na de start van de implementatiefase heeft op wederzijds verzoek een tweede bijeenkomst tussen onderzoekers en HMT plaatsgevonden. De voorbereidingen verliepen traag en gemaakte afspraken werden niet nagekomen zonder dat de redenen hiervoor konden worden achterhaald. De knelpunten die door onderzoekers werden ervaren, werden besproken en het HMT gaf aan verontrust te zijn over de gang van zaken. De onrust was met name het gevolg van de problemen die het HMT op dat moment zag bij voorziening A. Het HMT van voorziening B gaf aan niet bereid te zijn structurele veranderingen te willen aanbrengen om het werken met het Opvoedingsprogramma te faciliteren. Het werken met het Opvoedingsprogramma moest binnen de bestaande structuren en regelgeving van de organisatie passen. Binnen deze voorziening waren echter al dezelfde problemen gesignaleerd als in voorziening A ten aanzien van de samenwerking tussen de verschillende disciplines, de taak- en verantwoordelijkheidstoedeling en het gebrek aan programmatisch handelen. Het HMT van voorziening B besloot het invoeren van het traject stil te zetten op het moment dat duidelijk werd dat eveneens de rol van ouders binnen het Opvoedingsprogramma anders was dan zij tot dan toe binnen hun eigen zorgplansystematiek hadden vormgegeven. Na drie weken gaf het HMT van voorziening B aan dat de implementatiefase alsnog mocht worden voortgezet maar dan met twee in plaats van vier woongroepen. De motivatie was dat zij door een reductie het project beter konden overzien. Tevens werd aangegeven dat zij het project niet meer konden stopzetten vanwege drie redenen. De eerste was de druk van ouders, de tweede was de druk van de medewerkers en de derde reden was de afspraak die binnen de stichtingsdirectie was gemaakt omtrent het invoeren van het Opvoedingsprogramma binnen drie voorzieningen van de stichting.

Ouders en familieleden werden eveneens tijdens de adoptiefase voorgelicht. Met name de ouders van B1 waren blij te zijn met een structurele verandering in de zorgplansystematiek. Eveneens waren zij te spreken over een directe deelname aan zorgplanbesprekingen in plaats van achteraf geïnformeerd te worden over het zorgplan dat door professionals was opgesteld. Ouders gaven ook aan niet tevreden te zijn over de informatievoorziening rondom het project. Aan het einde van de adoptiefase werden zij door directe zorgverleners op de hoogte gebracht van de onderbreking in het traject. Ouders van woongroep B1 drongen er bij het HMT op aan, het invoeringstraject voort te zetten.

### **Overeenstemming in gesignaleerde en ervaren problemen**

Op de vragenlijst 'Probleeminventarisatie' wordt hetzelfde patroon gezien binnen voorziening B als binnen voorziening A. Er worden zowel tijdens de adoptiefase als aan het begin van de consultatiefase veel problemen aangegeven op de categorie 'Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en zorgorganisatie' (tabel II-1.1, bijlage II). Bij voorziening A wordt tijdens de tweede meting echter een verschuiving gezien naar de tweede categorie 'Ontoereikende kennis en vaardigheden', in voorziening B wordt een verschuiving gezien naar de categorie 'Gebrek aan Opvoedingsperspectief'. In de problemen die groepsbegeleiders op dit gebied aangeven, komt naar voren dat zij van mening zijn dat geen eenduidig beleid bestaat ten aan-

zien van het stellen van prioriteiten in het werken met de cliënt. Zij gaven aan dat het werken aan wensen en behoeften van bewoners belangrijk is maar daarnaast moeten zij nog een heel scala aan andere activiteiten uitvoeren (zoals bestellingen maken, huishoudelijke taken, deelname aan verplichte cursussen). Zij zijn van mening dat het HMT van de voorziening onvoldoende condities schept waaronder zij pedagogisch gericht zouden kunnen werken. Naar hun mening worden er te veel zaken tegelijkertijd besloten en ondervinden zij weinig ruimte in tijd en middelen om het beleid gestalte te geven. Tevens wordt gezien dat in voorziening B het percentage problemen in de categorie 'Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en organisatie' hoog blijft tijdens de tweede meting. De problemen concentreren zich tijdens de implementatiefase echter op een aantal gebieden, namelijk op 'Problemen op beleidsniveau'. Veelgenoemde problemen zijn:

- (a) werken met verschillende methodieken naast elkaar;
- (b) het maken van beleid zonder dat HMT zich realiseert welke knelpunten hierdoor op de groepen worden tegengekomen;
- (c) door de wijze waarop de voorziening zijn diensten heeft georganiseerd komen de problemen niet terecht op de plaatsen waar ze opgelost kunnen worden.

Wat betreft de adoptie van het programma in voorziening B kan worden geconcludeerd dat deze zeer matig was. De communicatiestructuur zoals deze binnen het onderzoek werd afgesproken heeft niet bijgedragen aan adoptie van het programma. Afspraken die in gezamenlijk overleg tussen de directie van de voorzieningen en onderzoekers werden gemaakt, werden niet doorgegeven en niet nageleefd door de desbetreffende leidinggevenden van de voorziening. Hierdoor waren medewerkers niet op de hoogte van het project en werd veel energie geïnvesteerd in het verbeteren van de eigen zorgplansystematiek. Ten tweede paste het invoeren van het Opvoedingsprogramma binnen het beleid zoals dit door de stichting werd opgesteld. Voorziening B had echter een heel eigen belang bij het invoeren van het Opvoedingsprogramma, namelijk als versterking van de eigen zorgplansystematiek en niet zoals afgesproken was als vervanging. Ten derde voelde het HMT zich gecommitteerd aan de afspraak zoals deze in de stichtingsdirectie was gemaakt maar waren zij nauwelijks bereid investeringen te plegen. Dit alles leidde ertoe dat de adoptie van het programma door alle medewerkers binnen voorziening B als zeer matig te kwalificeren is. Verwacht wordt dat dit van invloed zal zijn op de behaalde programmaresultaten. Verwacht wordt dat de programmaresultaten van voorziening B in ieder geval tijdens de implementatiefase lager zijn dan de behaalde programmaresultaten in voorziening A.

### 6.1.3 Strategie-evaluatie

Tijdens de adoptiefase in voorziening B kwamen de geplande en de gevolgde strategieën met elkaar overeen. Tijdens de adoptiefase zijn van de zes deelnemende woongroepen de benodigde gegevens verzameld, heeft de voorlichting plaatsgevonden, zijn twee ZET-teams opgericht en opgeleid en is gewerkt aan het bereiken van overeenstemming tussen de gewenste situatie door medewerkers en voorgestelde situatie door onderzoekers.

Drie weken na de start van de implementatiefase werd van de oorspronkelijke strategie afgeweken. De adoptiefase werd met twee maanden verlengd zodat ook de implementatie-

en consultatiefasen twee maanden later dan gepland eindigden. De reden voor de verlenging van de adoptiefase was dat het HMT drie weken na de start van de implementatiefase aangaf de gehanteerde implementatiestrategie niet te accepteren ondanks dat hierover tijdens de adoptiefase overeenstemming was bereikt. Zij gaven aan niet over voldoende mogelijkheden te beschikken ten aanzien van fysiek-materiële aspecten (zoals scholingsruimten, tafels, stoelen, tv- en video-apparatuur), financiële aspecten (zoals het inzetten van extra krachten om de scholingsuren op te vangen) en personele aspecten om het implementatieproces voor zes groepen te faciliteren. Ook waren zij van mening onvoldoende controle te hebben over het verloop van het proces en de gevolgen voor de wijze waarop zij de zorg organiseerden. Hierop vond een bespreking plaats tussen onderzoeksmedewerkers en het HMT. Deze bespreking resulteerde in een reductie van twee woongroepen en een door hen geaccepteerd gewijzigd implementatietraject. Door de reductie werden minder medewerkers geschoold waardoor minder invalkrachten nodig waren en makkelijker geschikte scholingsruimte gevonden kon worden. Twee maanden later is de implementatiefase opnieuw gestart maar nu met vier in plaats van met zes woongroepen. Voor deze vier groepen stonden twee cursussen gepland. Na twee cursuscycli (die een tijdsperiode van zes weken besloeg) doorlopen te hebben heeft het HMT een tweede maal besloten het aantal cursusgroepen te reduceren met twee groepen. De aanleiding van deze tweede reductie was dezelfde als de eerste: onvoldoende faciliteiten en het gevoel onvoldoende controle te kunnen uitoefenen. De twee resterende groepen zijn gekozen in een overleg tussen directie en het (samengevoegde) ZET-team van voorziening B. Onderzoekers waren nadrukkelijk niet uitgenodigd aan dit overleg deel te nemen.

Tabel 6.1 geeft de beoordeling van de cursus door medewerkers weer. Medewerkers van voorziening B geven een goede beoordeling aan de verschillende onderdelen. Medewerkers van voorziening A en B laten nauwelijks verschil zien in hun beoordeling. Opvallend is wel dat medewerkers van voorziening A de cursusonderdelen iets positiever scoren. Uit de antwoorden op de open vragen komt naar voren dat medewerkers van voorziening B vinden al voldoende scholing in het methodisch werken te hebben gehad, voorafgaand aan het onderzoek. Zij vonden de cursus nuttig maar hadden wel het idee al bekend te zijn met de verschillende onderdelen die tijdens de cursus aan bod kwamen.

Tabel 6.1 Gemiddelde scores op de subschalen van de vragenlijst 'Evaluatie Werkwijze' in voorziening B, afgenomen aan het einde van de implementatiefase

Subschalen van de vragenlijst	M	SD	Scorerange	n
Beoordeling 'Cursus'	23,50	1,41	0-28	4
Beoordeling 'Gegeven Informatie'	9,33	0,59	0-10	4
Beoordeling 'Trainingsgesprekken'	3,85	0,17	0-4	4
Beoordeling 'Schriftelijke aanwijzingen'	4,98	0,86	0-8	4
Beoordeling 'Ondersteuning'	5,33	0,47	0-6	4

Noot M= gemiddelde score per groep, SD=standaardafwijking, n=aantal groepen

Binnen voorziening B is een andere implementatiestrategie gehanteerd dan oorspronkelijk was gepland. Dit heeft betrekking op het aantal deelnemers en het gevolgde tijdspad (twee maanden langer dan oorspronkelijk was gepland). Er werden geen wijzigingen aangebracht in de inhoud van de cursus en de duur en frequentie van bijeenkomsten. Hiervan worden ook geen effecten verwacht op de resultaten van het programma in voorziening B. Wel wordt verwacht dat de resultaten van het programma door de ambivalente houding van het HMT over het te volgen traject minder zijn in voorziening B dan in voorziening A tijdens de implementatie- en consultatiefase.

### 6.1.4 Effect-evaluatie: overige fasen

#### Resultaten werkdoelen

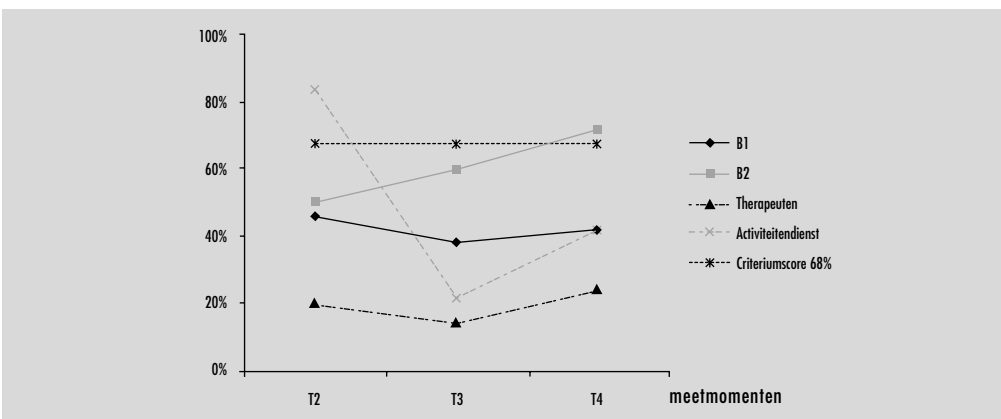
Er zijn drie gewenste programma-effecten geformuleerd waarmee het implementatieproces wordt beoordeeld. De discrepantie tussen gewenste programma-effecten en behaalde resultaten in voorziening B worden beschreven en vergeleken met voorziening A.

#### • Gewenst effect I:

##### 68 procent overeenstemming tussen gewenst aantal werkdoelen en behaalde aantal werkdoelen

Tijdens de implementatie- en de consultatiefase wordt het gewenste criterium in voorziening B niet bereikt. Tijdens de nameting geldt dat alleen woongroep B2 het criterium bereikt. Wel wordt voor iedere groep een stijging gezien in het aantal werkdoelen van de consultatiefase naar de nameting. Opvallend is de sterke daling van de activiteitendienst van de implementatiefase naar de consultatiefase.

In vergelijking met voorziening A, presteert voorziening B tijdens de implementatiefase en ook tijdens de consultatiefase zwak. Opvallend is wel dat in deze voorziening een stijgende trend wordt gezien naarmate het implementatietraject vordert, terwijl in voorziening A daarentegen een neerwaartse trend wordt geconstateerd. Opvallend is dat woongroep B2 het erg goed doet in vergelijking met overige groepen van zowel voorziening A alsook B.



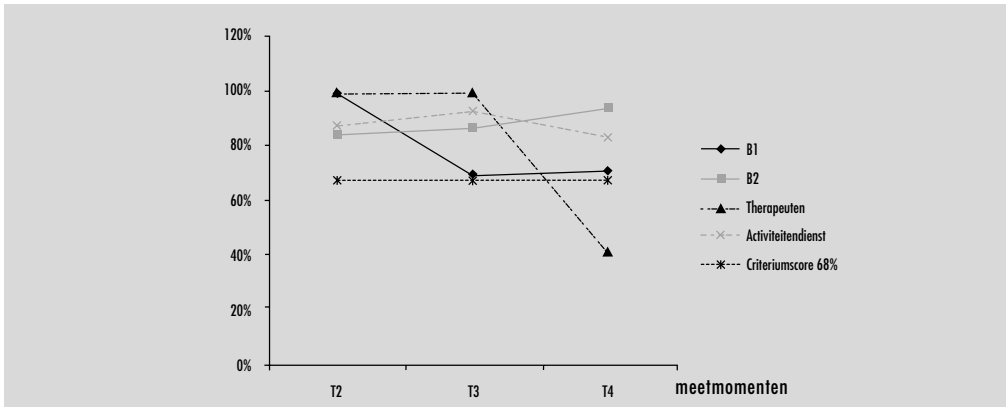
Figuur 6.2 Percentage opgestelde werkdoelen in voorziening B



- **Gewenst effect II:**

- **68 procent van het totaal aantal opgestelde werkdoelen is formeel correct**

In figuur 6.3 is te zien dat tijdens zowel de implementatiefase als tijdens de consultatiefase de criteriumscore van 68% bereikt wordt. Tijdens de nameting behalen de activiteitenbegeleiders dit criterium niet. Zij laten een sterke daling in het aantal formeel correcte werkdoelen zien.



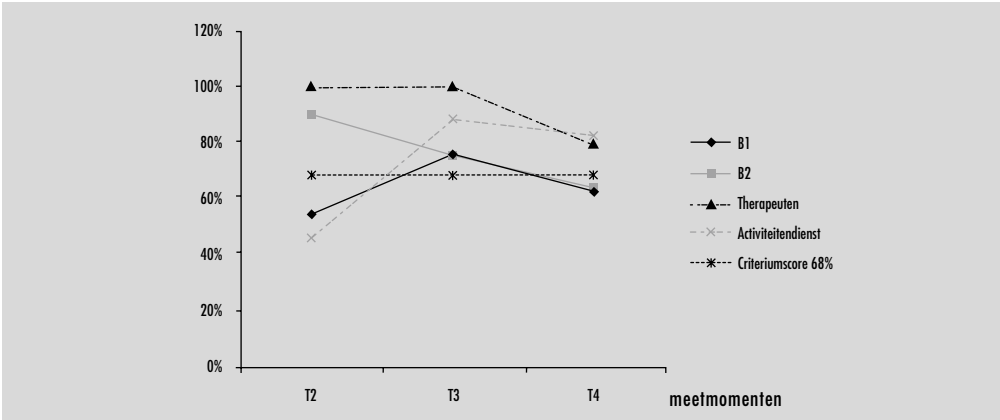
Figuur 6.3 Percentage correct opgestelde werkdoelen in voorziening B

In vergelijking met voorziening A scoort voorziening B tijdens de implementatiefase relatief goed. Medewerkers van voorziening B zijn beter in staat correct gestalte te geven aan methodisch werken tijdens de implementatiefase dan dat voor medewerkers voor voorziening A het geval is. Tijdens de consultatiefase en de nameting laten ze nagenoeg het zelfde patroon zien als in voorziening A, met uitzondering van de activiteitenbegeleiders van voorziening B.

- **Gewenst effect III:**

- **68 procent van het totaal aantal formeel correcte werkdoelen heeft een positieve score**

In figuur 6.4 is te zien dat tijdens de consultatiefase en de nameting een hoog percentage werkdoelen met een positieve score wordt bereikt. Dit betekent dat deze werkdoelen goed aansluiten bij de behoeften van de cliënten tijdens deze fasen. Tijdens de implementatiefase is dit voor medewerkers van de woongroep B1 en de activiteitenbegeleiders minder het geval.



Figuur 6.4 Percentage correct opgestelde werkdoelen met een positieve score in voorziening B

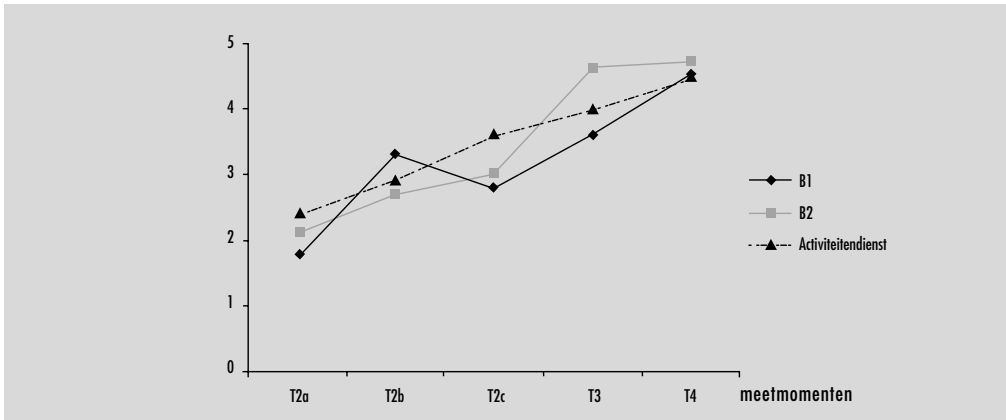
In vergelijking met voorziening A laat voorziening B een zelfde trend zien. Over het algemeen wordt vanaf de implementatiefase naar de consultatiefase een stijging en hierna een lichte daling gezien. Dit betekent dat zodra medewerkers werkdoelen opstellen die goed aansluiten bij de behoeften van de cliënt, dit moeilijk is te verbeteren of zelfs vast is te houden in de hierop volgende fasen.

### Conclusie

- > Ook in deze voorziening wordt gezien dat het aantal werkdoelen tijdens de eindmeting minder is dan gewenste criteriumscore van 68%. Opvallend is wel dat in deze voorziening een opgaande trend wordt gezien in het aantal werkdoelen terwijl in voorziening A een neerwaartse trend werd gezien.
- > De werkdoelen die zijn opgesteld voldoen wel in voldoende mate aan de formele criteria van werkdoelen. Dit is zelfs al het geval tijdens de implementatiefase. Medewerkers van voorziening B zijn bij aanvang van het project duidelijk beter methodisch onderlegd dan de medewerkers van voorziening A. Evenals bij voorziening A blijft dit relatief constant, op een enkele uitzondering na, in de consultatiefase en de nameting.
- > Wat betreft het aantal werkdoelen die goed aansluiten bij de behoeften van de cliënt wordt gezien dat tijdens de consultatiefase voor alle groepen het criterium wordt bereikt. Dit is overeenkomstig met voorziening A. In de nameting echter wordt een daling in het aantal werkdoelen gezien dat aansluit bij de behoeften van de cliënt. Dit is een verschil met voorziening A. Voor beide voorzieningen geldt echter dat medewerkers het moeilijk vinden indien eenmaal werkdoelen worden opgesteld die aansluiten bij de behoeften van de cliënt om dit resultaat te verbeteren of vast te houden.

### Kennis en Vaardigheden

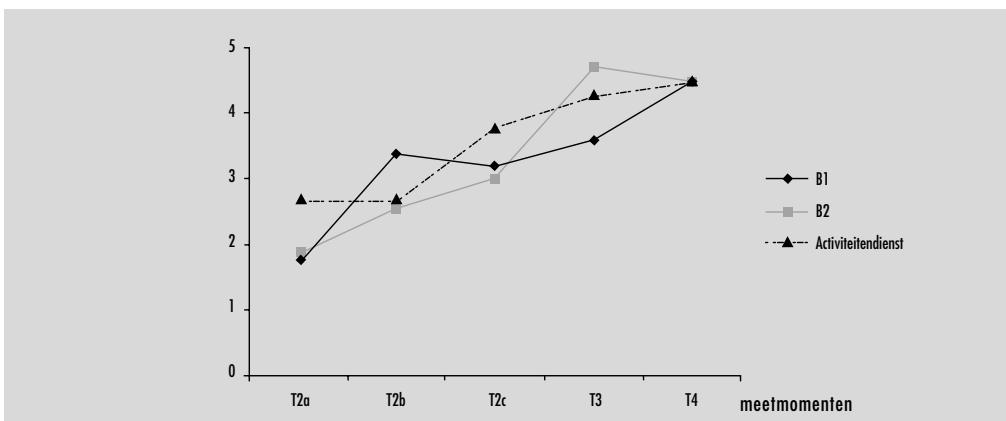
Figuur 6.5 en 6.6 geven de resultaten weer van de toename in kennis en vaardigheden ten aanzien van het werken met het Opvoedingprogramma. Er worden geen resultaten van de therapeuten weergegeven vanwege het ontbreken van deelname van therapeuten aan het onderzoek gedurende een korte tijd in de implementatie- en consultatiefase. Dit in verband met het hoge verloop van therapeuten en de minimale betrokkenheid van therapeuten aan het Opvoedingsprogramma.



Figuur 6.5 Resultaten op de vragenlijst 'Kenniss' in voorziening B

Figuren 6.5 en 6.6 geven de stijging in respectievelijk het kennisniveau en het vaardigheidsniveau weer. Figuur 6.5 laat zien dat medewerkers van voorziening B dezelfde resultaten op de vragenlijst 'Kenniss' hebben als medewerkers van voorziening A. Eveneens wordt een stijging in de kennis over het Opvoedingsprogramma gezien en deze stijging bereikt voor de meeste groepen pas aan het einde van de consultatiefase het gewenste criterium. Een verschil is echter met medewerkers van voorziening A dat tijdens de nameting geen daling wordt gezien in het kennisniveau maar nog steeds een lichte stijging.

Met behulp van figuur 6.6 wordt gevisualiseerd dat, zoals in voorziening A, eveneens een opwaartse trend wordt gezien in het vaardig met het Opvoedingsprogramma omgaan. Ook in voorziening B bereiken de meeste medewerkers het criterium pas na een jaar (aan het einde van de consultatiefase).



Figuur 6.6 Resultaten op de vragenlijst 'Vaardigheden' in voorziening B

### 6.1.5 Context-evaluatie

Voor het evalueren van de context in voorziening B, wordt een andere strategie gehanteerd dan bij de beschrijving van voorziening A is gebruikt. Van voorziening A is per factor een beschrijving gegeven. In de context-evaluatie van voorziening B worden in de beschrijving van de factoren verschillen in omgevingsfactoren tussen voorziening A en B aangegeven. Indien mogelijk wordt tevens beschreven of deze verschillen de programmaresultaten hebben beïnvloed.

#### Doelgroep

- Leeftijd
- Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen

De leeftijd en het repertoire aan mogelijkheden en beperkingen van de cliënten komen overeen met de samenstelling van de cliënten op voorziening A. In voorziening B zijn alle cliënten volwassen (bijlage II-4, figuur II-4.2). De gemiddelde leeftijd (en standaarddeviatie) van woongroep B1 en B2 zijn respectievelijk 32,7 (4,3) jaar en 40,0 (9,7) jaar. Ten aanzien van werkdoelen wordt dezelfde trend gezien als in voorziening A. Bij (jong)volwassenen is het aan het begin van het implementatietraject makkelijker nieuwe werkdoelen op te stellen dan na een jaar. Dit is te zien in het aantal werkdoelen maar ook in de werkdoelen met een positieve score. Wat betreft het aantal werkdoelen vindt een stabilisatie plaats. Wat betreft de werkdoelen met een positieve score wordt tijdens de nameting een neerwaartse trend gezien. Medewerkers vinden het na enige tijd met het programma gewerkt te hebben, moeilijk steeds weer opnieuw werkdoelen op te stellen die resulteren in een positieve score bij volwassen cliënten die weinig mogelijkheden hebben.

#### Zorgverleners

- Visie
- Opleidingsniveau
- Tijd werkzaam binnen een organisatie
- Leeftijd
- Arbeidssatisfactie

De **visie** van de zorgverleners binnen voorziening B komt overeen met de visie van zorgverleners van voorziening A. Een meerderheid heeft een visie die groepsgericht is (53,3%). De overige visies (persoons- en relatiegericht) zijn gelijkmatig verdeeld over de resterende zorgverleners (beide 23.3%) (bijlage II-6, figuur II-6.2). Zoals ook in voorziening A wordt gezien, dat de zorgverleners die een relatiegerichte visie aanhangen meer doelen blijven opstellen voor de oudere ernstig meervoudig gehandicapten.

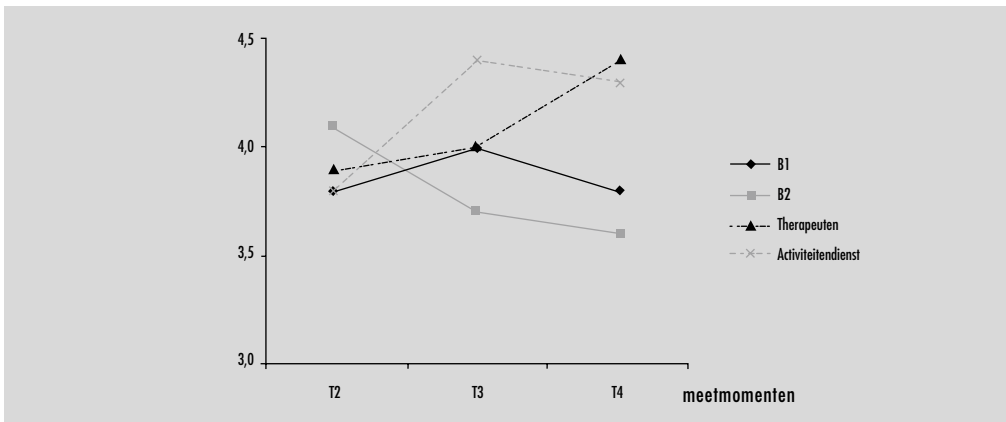
Het **opleidingsniveau** van medewerkers van voorziening B is verschillend met het opleidingsniveau van voorziening A (bijlage II-7, figuur II-7.2). Er is beargumenteerd dat oplei-

ding een positief effect heeft op het opstellen van formeel correcte werkdoelen. Binnen voorziening B zijn meer zorgverleners met een HBO-opleiding dan binnen voorziening A (respectievelijk 30,8% en 18,1%). Binnen voorziening A werken meer zorgverleners met een MBO\*-opleiding (dit is de in-servicetraining Z-verpleegkunde) dan in voorziening B (respectievelijk 37,5% en 10,3%). Dit verschil in opleiding heeft een positief effect op het aantal werkdoelen die formeel correct zijn.

Wat betreft de **tijd die zorgverleners werkzaam zijn binnen de voorziening** wordt gezien dat de zorgverleners van voorziening B korter binnen de voorziening werken dan de zorgverleners van voorziening A (Bijlage II-8, figuur II-8.1 en II-8.2). Deze factor laat geen belemmerende werking zien tijdens het implementatieproces in voorziening B.

Wat betreft de **leeftijd** wordt gezien dat de medewerkers binnen voorziening B over het algemeen jonger zijn dan de medewerkers van voorziening A (Bijlage II-9, figuur II-9.1 en II-9.2). Dit lijkt bevorderend te werken tijdens het implementatieproces

De **arbeidssatisfactie** van zorgverleners van voorziening B wordt weergegeven in figuur 6.7.



Figuur 6.7 De resultaten op de subschaal 'Arbeidssatisfactie'

Binnen voorziening B is het verloop in arbeidssatisfactie wisselend. De arbeidssatisfactie binnen woongroep B2 daalt zowel tijdens de consultatiefase (T3) als tijdens de nameting (T4). De medewerkers van deze woongroep geven hiervoor als reden de ambivalente houding van het HMT ten aanzien van het project en hierna de vele tegelijkertijd opgezette projecten. De arbeidssatisfactie van medewerkers van woongroep B1 stijgt tijdens de consultatiefase minimaal waarna deze weer daalt tijdens de nameting. Zij geven als reden dat door deelname aan het project er meer naar hen wordt geluisterd waardoor zij organisatorisch zaken beter op orde hebben (personeel en materiaal). Echter tijdens de nameting worden fusies en wijzigingen in de organisatiestructuur aangekondigd waarvan de consequenties voor hen nog onduidelijk zijn. De therapeuten verklaren de minimale toename tijdens de consultatiefase aan de hand

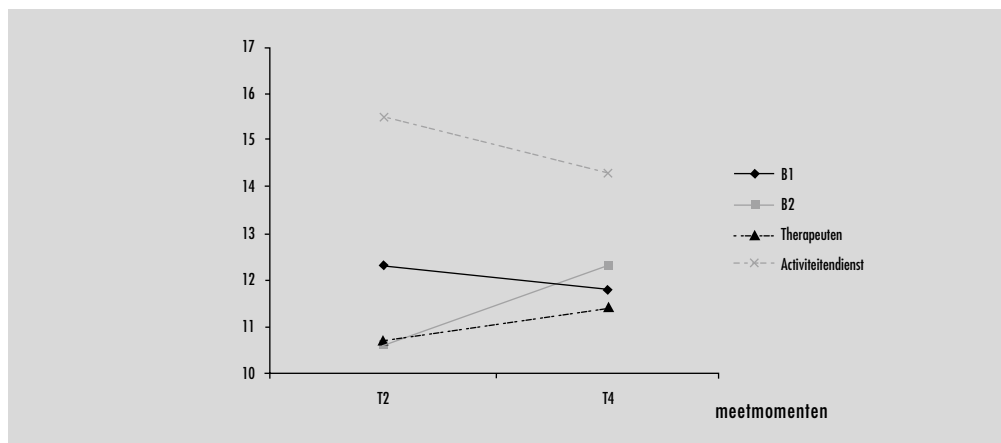
van de vele personele problemen die zij hebben gekend. Hierdoor konden zij korte tijd hun werk nauwelijks uitvoeren en vond geen deelname aan het onderzoek plaats. De toename in arbeidssatisfactie heeft, volgens medewerkers van de activiteitendienst, te maken met alle nieuwe ontwikkelingen die ingezet zijn en zij hierdoor meer tijd konden besteden aan cliënten (uitbreiding dagbesteding door het project van VWS 'Inzet structurele middelen dagbesteding', 1999). Zoals ook in voorziening A het geval was, heeft de arbeidssatisfactie invloed op het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld en uitgevoerd.

### Perceptie van het programma door zorgverleners

- Relatief voordeel
- Compatibiliteit
- Complexiteit
- Deelbaarheid
- Zichtbaarheid.

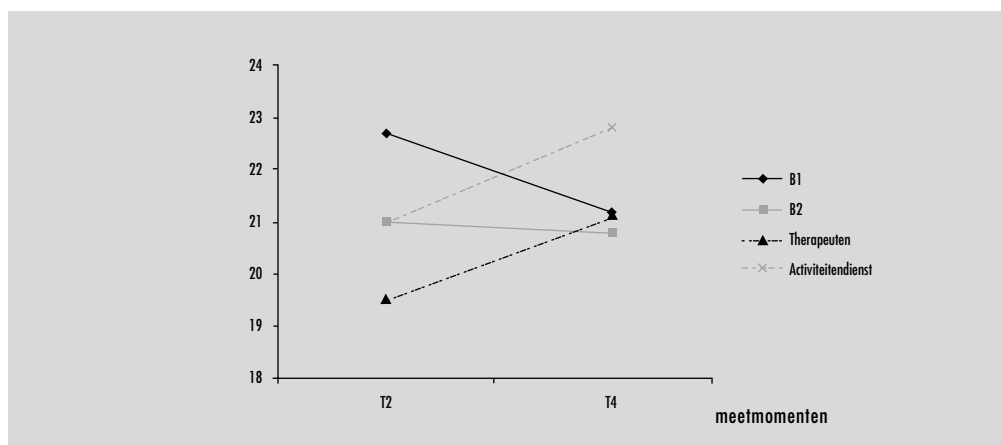
Het **relatieve voordeel** zoals dat door zorgverleners van voorziening B ervaren wordt is gering. Uit tabel II-1.1 (bijlage II-1) wordt gezien dat aan het einde van de implementatiefase (T2) alle zorgverleners meer problemen ervaren in de categorie 'Gebrek aan Opvoedingsperspectief' dan tijdens de adoptiefase. Dit is een verschil met de zorgverleners van voorziening A. Uit navraag kwam naar voren dat zorgverleners moeite hebben met de onduidelijkheid ten aanzien van de keuze voor een zorgmethodiek. Voor medewerkers was het lange tijd onduidelijk of ze volgens de eigen systematiek doelen moesten opstellen of volgens het Opvoedingsprogramma. Tijdens de implementatie wordt gezien dat dit een groot negatief effect heeft op het opstellen van werkdoelen.

De **compatibiliteit** van het programma met de bestaande structuren speelt binnen voorziening B meer een rol dan binnen voorziening A. Binnen voorziening A waren de medewerkers van mening dat het Opvoedingsprogramma goed verenigbaar was met de bestaande praktijk. Binnen voorziening B zijn medewerkers deze mening niet tot nauwelijks toegegaan. Uit de antwoorden op de vragen komt naar voren dat tijdens de nameting het nog onduidelijk is of de bestaande werkwijze (op dat moment het Opvoedingsprogramma) verenigbaar zal zijn met de voorgestelde organisatiewijzigingen. Binnen voorziening B wordt het Opvoedingsprogramma nauwelijks verenigbaar ervaren met de bestaande praktijk. Tijdens de implementatiefase is de ambivalentie in de keuze voor het Opvoedingsprogramma of voor de eigen methodiek hiervoor verantwoordelijk. Tijdens de nameting hing dit samen met aankondigingen voor organisatiewijzigingen als gevolg van een op handen zijnd fusietraject. Uit de notulen van het ZET-team en de klankbordgroep kan worden geconcludeerd dat deze factor een grote negatieve invloed heeft gehad op de programmaresultaten.



Figuur 6.8 De resultaten op de factor Compatibiliteit van het programma (max.score = 22, min.score = 0)

De **complexiteit** van het programma betreft de mate waarin het programma door medewerkers te begrijpen is.

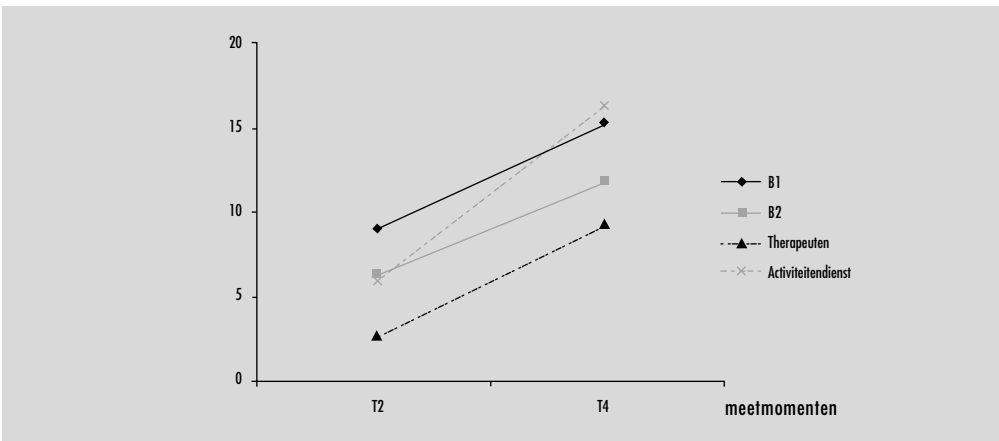


Figuur 6.9 De resultaten op de factor Complexiteit van het programma (max.score = 24, min. score = 0)

De resultaten die in figuur 6.9 te zien zijn komen overeen met de resultaten van voorziening A. Deze factor speelt alleen een rol tijdens de implementatiefase. Een uitzondering hierop vormen medewerkers van de woongroep B1. Zij waren van mening dat zij het programma tijdens de nameting (T4) minder goed beheersten dan tijdens de implementatiefase. Zij vonden het programma complex. Uit de antwoorden op de open vragen van deze subschaal kwam naar voren dat het moeilijk was het werken met het Opvoedingsprogramma te continueren bij de oudere cliënten met weinig mogelijkheden. Het opstellen van nieuwe werkdoelen ervoeren zij als een knelpunt.

De **deelbaarheid** van het programma betreft de mogelijkheid het programma op beperkte schaal uit te proberen. In voorziening B was gepland het Opvoedingsprogramma voor cliënten van zes woongroepen in te voeren. Aan het begin van de implementatiefase werd dit gereduceerd naar vier woongroepen en ten slotte naar twee woongroepen. De reductie gaf het signaal af naar directe medewerkers dat leden van het HMT niet volledig achter het project stonden. Daarnaast waren de therapeuten nog maar in zeer beperkte mate bij het Opvoedingsprogramma betrokken. Het bleek moeizaam hen gemotiveerd te houden te werken volgens het Opvoedingsprogramma omdat zij met de overige cliënten volgens de eigen systematiek werkten. Ditzelfde probleem werd gezien binnen de activiteitendienst. Omdat maar voor een klein aantal cliënten gewerkt werd volgens het Opvoedingsprogramma waren medewerkers geneigd hun eigen manier van werken aan te houden. Het Opvoedingsprogramma is binnen voorziening B uiteindelijk beperkt (voor twee woongroepen) uitgeprobeerd. Gegeven deze beperkte deelname was de druk om benodigde veranderingen aan te brengen, zoals de inzet van therapeuten te garanderen, gering. Dit heeft belemmerend gewerkt op het bereiken van het gewenst aantal werkdoelen.

De **zichtbaarheid** van het programma wordt gemeten met de categorie 'effecten van de werkwijze op eigen handelen en op bewoners' (bijlage II-11, figuur II-11.3). Alle directe zorgverleners zijn tijdens de nameting van mening dat met het programma positieve resultaten worden bereikt, zowel voor henzelf als voor cliënten. Dit is een verschil met voorziening A waar de resultaten tussen de groepen wisselend waren. De positieve trend die op deze factor gezien wordt, heeft in belangrijke mate bijgedragen aan het blijven opstellen van werkdoelen.



Figuur 6.10 De resultaten op de factor Zichtbaarheid van resultaten (max. score = 20, min. score = 0)

## Organisatiekenmerken

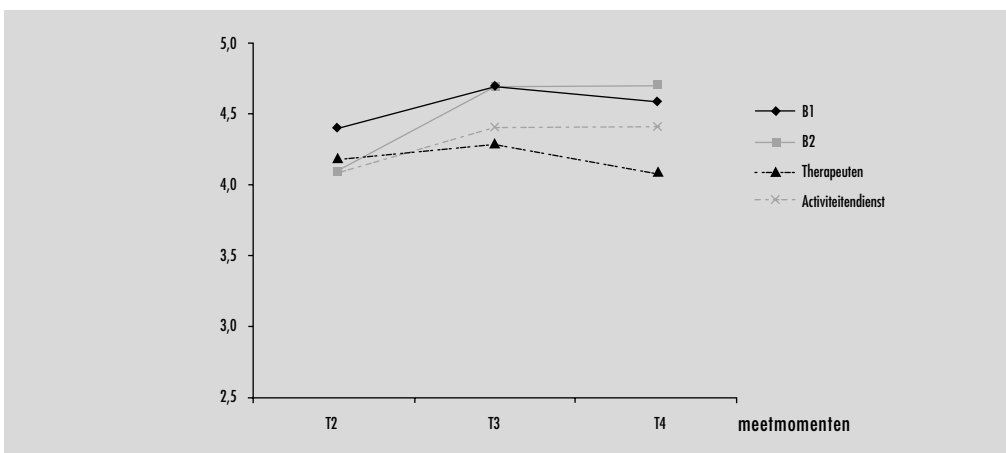
- Programmatisch handelen
- Samenwerking
- Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling



In het **programmatisch handelen** binnen voorziening B worden dezelfde knelpunten geconstateerd als in voorziening A. Alleen op het cliëntniveau worden alle vijf handelingsstappen (beeldvorming, doelstellingen, activiteiten, evaluatie en bijstelling) als gevolg van het werken met het Opvoedingsprogramma doorlopen. Dit is echter nauwelijks het geval op groeps- of afdelingsniveau. Tijdens de consultatiefase en de nameting wordt, op initiatief van het ZET-team, echter wel gewerkt aan het invulling geven aan deze vijf handelingsstappen op groepsniveau. Tevens wordt hierbij getracht groepsdoelstellingen te evalueren aan de hand van de evaluaties van de cliëntdoelstellingen.

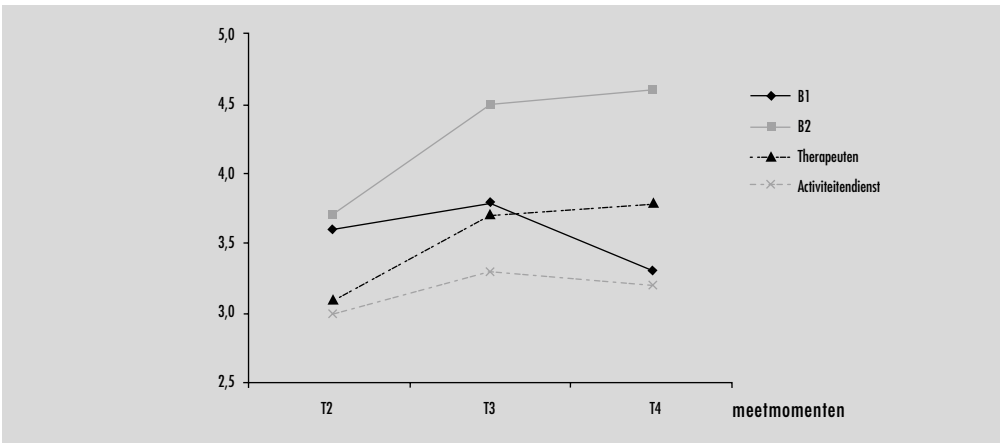
Op voorzieningsniveau ontbreken, zoals ook in voorziening A, de stappen (inhoudelijke) evaluatie en bijstelling. Binnen het ZET-team wordt tijdens de nameting echter gewerkt aan het inhoudelijk op elkaar afstemmen van de drie organisatieniveaus zodat de voorzieningsdoelen inhoudelijk geëvalueerd kunnen worden met behulp van de evaluaties van groepsdoelstellingen en individuele doelstellingen. Hierdoor wordt bijvoorbeeld de effectiviteit en efficiëntie waarmee het project 'Inzet structurele middelen dagbesteding' (1999) is vormgegeven duidelijk. Het invoeren van meer uren dagbesteding en het aantrekken van nieuwe medewerkers zonder gerichte kennis van zaken, heeft als consequentie gehad dat tijdens de invoering van dat project gedurende vier maanden individuele cliëntdoelstellingen nauwelijks konden worden gerealiseerd. Groepsbegeleiders konden hun werkdoelen overdag niet uitvoeren door de afwezigheid van de cliënten. Veel activiteitenbegeleiders waren nieuw en niet op de hoogte van methodisch werken en moesten groepen van acht tot vijftien cliënten begeleiden. In deze periode is ervoor gekozen het opstellen, uitvoeren en evalueren van doelen (zowel van het Opvoedingsprogramma als van de eigen zorgplansystematiek) korte tijd (vier maanden) stop te zetten zodat activiteitenbegeleiders ingewerkt konden worden.

Voor het verkrijgen van een beeld van de **Samenwerking** is gekeken naar de intradisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking en de samenwerking met het management (dit is het HMT).



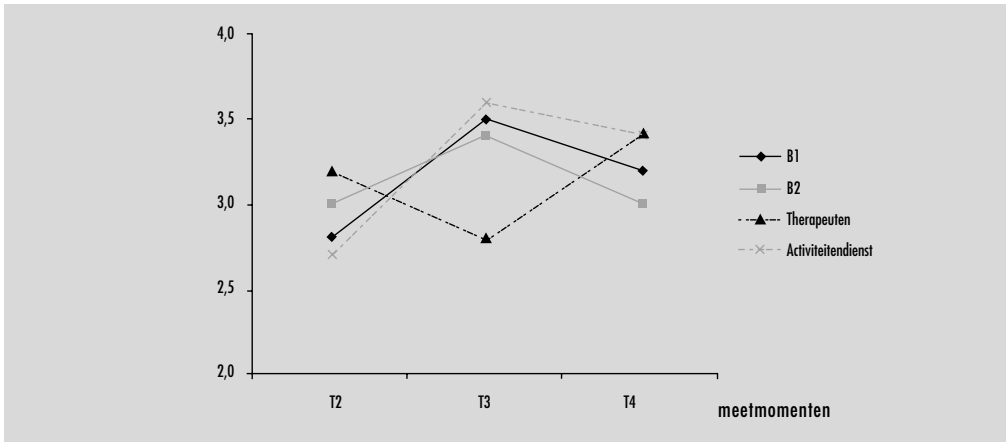
Figuur 6.11 De perceptie van de intradisciplinaire samenwerking (max. score= 5, min. score=0)

Opvallend is dat de beoordeling van de intradisciplinaire samenwerking stijgt van de adoptiefase naar de consultatiefase waarna deze in de nameting niet meer stijgt (figuur 6.11). Dit is een duidelijk verschil met voorziening A. In voorziening A was geen duidelijk patroon aanwezig, terwijl dit bij voorziening B wel het geval is. Uit de notulen van het ZET-team en notulen van groepsbesprekingen komt naar voren dat de medewerkers zich committeerden aan het werken volgens het Opvoedingsprogramma. Zij wilden graag de effectiviteit van het programma laten zien aan andere groepen zowel binnen als buiten de voorziening alsook naar het HMT van voorziening B.



Figuur 6.12 De perceptie van de interdisciplinaire samenwerking (max. score= 5, min. score=0)

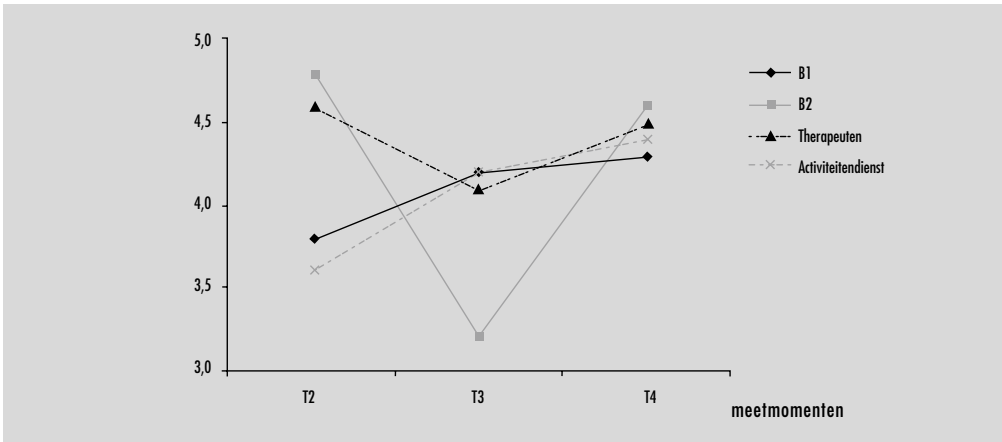
In figuur 6.12 is te zien dat de beoordeling van de samenwerking met andere disciplines structureel een punt lager gescoord wordt dan de intradisciplinaire samenwerking. De interdisciplinaire samenwerking laat in alle gevallen een stijgende tendens zien. Een uitzondering hierop vormt woongroep B1. Tijdens de nameting geven zij een minder goede beoordeling aan de samenwerking met andere disciplines dan tijdens de consultatiefase. Zij geven daarvoor de haperende samenwerking met therapeuten en activiteitenbegeleiders als reden op. De beoordeling van de interdisciplinaire samenwerking door begeleiders van voorziening B is verschillend met begeleiders van voorziening A. In A blijft de beoordeling min of meer gelijk tijdens het gehele proces terwijl dit bij voorziening B pas vanaf de consultatiefase het geval is. De verbeterde perceptie tijdens de implementatiefase en de consultatiefase in voorziening B heeft een positieve bijdrage geleverd aan het opstellen van werkdoelen.



Figuur 6.13 De perceptie van de ondersteuning van het management

De beoordeling van de samenwerking met het management (dit is de samenwerking met het HMT) laat een stijgende trend zien vanaf de adoptiefase naar de consultatiefase. Medewerkers van voorziening B beoordelen de samenwerking als meer positief tijdens de consultatiefase. Ze zijn van mening dat het HMT hun opmerkingen, adviezen en ervaringen meer serieus neemt dan tijdens de adoptiefase en dat er ook gericht actie wordt ondernomen. Uitzonderingen hierop zijn de therapeuten. Zij waren tijdens de consultatiefase van mening dat te weinig geregeld was om een goede deelname aan het project te waarborgen. Zo bestond onduidelijkheid over het kader waarbinnen de therapeuten moesten functioneren en over invulling van werkzaamheden. Zodra hierover concrete besluiten worden genomen in de nameting, wordt een stijging in de beoordeling van de samenwerking met het management gezien. De trend die in figuur 6.13 te zien is, wijkt af van de trend in figuur 5.12 waarin de beoordeling van de samenwerking met het management in voorziening A wordt weergegeven. In voorziening A wordt tijdens het proces een neerwaartse trend gezien voor de meerderheid van medewerkers, terwijl in voorziening B een opgaande trend wordt genoteerd. De richting van de trend lijkt samen te hangen met het tijdstip waarop problemen worden gesignaleerd en wanneer eenduidige en heldere acties van het management worden verwacht door directe medewerkers. De opgaande trend in beoordeling van de samenwerking met het management heeft bijgedragen aan het blijven opstellen van werkdoelen tijdens de consultatiefase.

Wat betreft de **taken en verantwoordelijkheden** worden dezelfde knelpunten gezien in voorziening B als in voorziening A. Ook hier lijkt de onduidelijkheid in de verdeling van taken en werkzaamheden een belemmerende factor voor het opstellen van werkdoelen



Figuur 6.14 Resultaten op de factor Werklast gemeten met de Beoordeling Werksituatie

## Microcontext

- Personele continuïteit

In tabel 6.2 staan de totale vertrekindices op de woongroepen B1 en B2. Op woongroep B1 vertrekken tijdens de consultatiefase minder medewerkers dan tijdens de implementatiefase. Op woongroep B2 vertrekken tijdens de consultatiefase juist meer medewerkers dan tijdens de implementatiefase. In de tabellen II-12.1 en II-12.2 van bijlage II is te zien dat tijdens de consultatiefase praktisch alleen nieuwe medewerkers vertrekken. We verwachten hiervan geen effecten op het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld. Woongroep B2 laat een stijging in het aantal vertrekkende medewerkers zien tijdens de consultatiefase maar in figuur 6.2 is te zien dat zij tijdens de consultatiefase meer werkdoelen opstellen dan tijdens de implementatiefase. Bij woongroep B1 zijn de medewerkers die vertrekken voor het grootste gedeelte nieuwe medewerkers maar ook een klein aantal vertrouwde medewerkers. In figuur 6.2 wordt gezien dat het aantal werkdoelen die tijdens de implementatiefase en de consultatiefase worden opgesteld gelijk blijft. Uit deze resultaten en de resultaten van voorziening A komt naar voren dat het aantal personeelwisselingen niet bepalend is voor de implementatie van het Opvoedingsprogramma. Van meer belang is te weten welk type medewerker vertrekt. Indien dit nieuwe mensen zijn, wordt geen effect verwacht op het aantal werkdoelen dat moet worden opgesteld. Indien de personeelwisselingen bestaan uit een combinatie van enerzijds voor de cliënt vertrouwde medewerkers en anderzijds bekende of nieuwe medewerkers, is de invloed op het opstellen van werkdoelen afhankelijk van de verhouding tussen enerzijds vertrouwd en anderzijds nieuw en bekend.

Tabel 6.2 Vertrekindices (totaal) van deelnemende woongroepen tijdens de implementatiefase (T2) en consultatiefase (T3) in voorziening B

	Totale vertrekindex	
	T2	T3
<b>Voorziening B</b>		
B1	16,7%	14,8%
B2	15,8%	17,1%

## Relaties met andere organisaties

- Informatie-uitwisseling

Wat betreft de relaties met andere organisaties komt het tijdstip waarop de knelpunten binnen beide voorzieningen ontstaan overeen: november 1997 tot maart 1998. De houding van het HMT van voorziening B ten aanzien van het invoeren van een nieuwe methodiek lijkt te worden beïnvloed door de knelpunten die op dat moment binnen voorziening A worden ervaren. Voorziening B heeft door middel van een aantal overlegstructuren (klankbordgroep, interne begeleidingscommissie en de stichtingsdirectie) informatie bij voorziening A opgedaan over de wijze waarop het implementatieproces bij hen verloopt. In dezelfde periode dat voorziening A met knelpunten wordt geconfronteerd, stelt het HMT van voorziening B een reductie in aantal deelnemende woongroepen voor. Tijdens de besprekingen tussen onderzoekers en leden van het HMT worden geen verwijzingen naar voorziening A gemaakt. Echter uit de bijeenkomsten van het ZET-team komt naar voren dat in een bespreking tussen leden van het HMT en ZET-leden is gesproken over de implementatie van het Opvoedingsprogramma. HMT-leden gaven naar ZET-leden aan niet dezelfde onrust te willen ervaren als in voorziening A. De informatie van andere organisaties is tijdens het implementatieproces een belangrijke negatief beïnvloedende factor geweest in voorziening B. Het HMT volgde het verloop van het proces binnen voorziening A op de voet en greep binnen de eigen voorziening in (tot tweemaal toe het project stopzetten) zodra in voorziening A knelpunten werden ervaren. Dit tijdelijk stopzetten van het implementatieproces was niet het gevolg van problemen die op dat moment binnen de eigen voorziening ervaren werden maar de verwachting dat deze problemen mogelijk ook binnen de eigen voorziening konden ontstaan.

## Macrocontext

- Concurrerende vernieuwingen

Het HMT van voorziening B heeft tijdens de besprekingen in de adoptie- en implementatiefase aangegeven met verschillende projecten tegelijkertijd bezig te (moeten) zijn die elkaar in de uitvoering belemmeren of waarvan de onderlinge samenhang niet duidelijk is (bijvoorbeeld het project 'Vraagsturing', een voorgestelde fusie met voorzieningen in de regio, uit-

breiding van dagbesteding, automatisering van de zorg en de aanpassingen van de eigen zorgplansystematiek). De meeste projecten worden voor de gehele stichting opgezet terwijl daarnaast de voorziening nog eigen projecten heeft. De verschillende, tegelijkertijd verlopende, projecten en het ontbreken van een inzichtelijke samenhang voor medewerkers heeft een negatieve invloed op het implementeren en beklijven van de programma-effecten. Dit is vooral evident tijdens de nameting in voorziening B waarin het aantal opgestelde werkdoelen laag is. In die periode is er veel beroering in de voorziening ontstaan door een voorgestelde organisatiewijziging waarbij functies komen te vervallen of van functie-inhoud veranderen. De precieze uitwerking hiervan is voor veel medewerkers onduidelijk waardoor veel onrust onder medewerkers bestaat.

### 6.1.6 Context-impact-evaluatie

Op grond van voorafgaande gegevens kan het verloop van het implementatieproces van voorziening B vergeleken worden met het implementatieproces van voorziening A. Er wordt vooral gekeken naar verschillen en overeenkomsten in de implementatie-omgeving van beide voorzieningen.

In voorziening B was de acceptatie van het programma bij aanvang van het programma in vergelijking met voorziening B zeer gering. Naar aanleiding van de informatiebijeenkomsten veranderde echter de houding van directe medewerkers en ouders. De houding van leden van het HMT bleef echter ambivalent. Eveneens is afgeweken van de vooraf opgestelde implementatiestrategie. Het programma is niet voor cliënten van zes woongroepen maar voor cliënten van twee woongroepen ingevoerd. De implementatiestrategie die binnen voorziening B werd gehanteerd is, in de laatste drie fasen van het traject, niet afgeweken wat tijdsplanning en inhoud betreft.

Tabel 6.3 Overzicht van gevonden beïnvloeding van programma-effecten door omgevingsfactoren in voorziening B

Omgevingsfactoren	Beïnvloeding tijdens het implementatieproces		
	Implementatiefase	Consultatiefase	Nameting
<b>Doelgroep</b>			
Leeftijd	P		N
Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen	P		N
<b>Zorgverlener</b>			
Visie	P	P	P
Opleidingsniveau	P		
Tijd werkzaam binnen een organisatie			
Leeftijd	P	P	P
Arbeidsatisfactie	P	N	N
<b>Perceptie van het programma door zorgverleners</b>			
Relatief voordeel	N	N	N
Compatibiliteit	N	N	N
Complexiteit	N		
Deelbaarheid		N	
Zichtbaarheid		P	P
<b>Organisatie</b>			
Programmatisch handelen		N	N
Samenwerking	N	P	
Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling	N	N	N
<b>Microcontext</b>			
Personele continuïteit			
<b>Relaties met andere organisaties</b>			
Informatie-uitwisseling	N		
<b>Macrocontext</b>			
Concurrentie overige zorgvernieuwingen			N

Noot. P = positieve beïnvloeding. N = negatieve beïnvloeding

Indien tabel 6.3 wordt vergeleken met tabel 5.4 zijn er verschillen tussen de twee implementatieprocessen aan te wijzen wat betreft de factoren die een rol hebben gespeeld. Tijdens de implementatiefase heeft in voorziening B de informatie-uitwisseling met andere organisaties een belemmerende werking op het implementatieproces. Deze factor was in voorziening A niet van invloed. Aan het einde van de implementatiefase echter worden door het HMT in samenspraak met zorgverleners beslissingen genomen omtrent doorgang van het onderzoek en de participerende woongroepen. Het HMT onderneemt hierbij meteen actie om het onderzoek te faciliteren. Zorgverleners ervaren dit als positief dat tot uitdrukking komt in een goede waardering van de samenwerking met management tijdens de consultatiefase. Echter tijdens de implementatiefase wordt deze ambivalente houding van HMT door zorgverleners als negatief ervaren. Dit komt tot uitdrukking in een lage score op de schaal 'Samenwerking met management' die aan het einde van de adoptiefase is afgenomen. Dit was eveneens een belem-

merende factor die in voorziening B wél en in voorziening A niet aanwezig was tijdens de implementatiefase. Daarnaast zijn ook bevorderende factoren aan te wijzen, voornamelijk op het gebied van de 'Zorgverlener'. Op de in het onderzoek participerende woongroepen werkten meer jongere zorgverleners die korter bij de voorziening werkzaam waren dan bij voorziening A het geval was. Tijdens de consultatiefase is ten aanzien van het verschil in werkzame factoren maar één opmerkelijk verschil aan te wijzen binnen de twee voorzieningen. De factor concurrentie met overige zorgvernieuwingen speelt tijdens de consultatiefase in voorziening A wel en in voorziening B nog geen rol. In voorziening A ontstond door deze factor tijdens de consultatiefase veel onrust. De factor wordt in voorziening B pas tijdens de nameting relevant. Dan wordt ook in voorziening B gezien dat deze factor een grote (negatieve) invloed is. Tijdens de nameting wordt gezien dat in voorziening B meer bevorderende factoren zijn aan te wijzen dan in voorziening A (namelijk de leeftijd van zorgverleners en de zichtbaarheid van de resultaten). Dit kan de kleine opwaartse trend verklaren die in figuur 6.2 is te zien en niet in figuur 5.2. Echter beide voorzieningen behalen niet de gewenste programma-effecten op het gebied van het aantal opgestelde werkdoelen. Dit hangt samen met het feit dat in beide voorzieningen weer sprake was van allerlei nieuwe veranderingen.

Op basis van de resultaten van voorziening A en voorziening B kan een tweedeling in de werking van factoren gemaakt worden: directe en indirecte factoren. De directe factoren betreffen de factoren die op het domein van de 'Zorgverlener' en 'Doelgroep' liggen. Deze factoren zijn veelal direct te meten. De indirecte factoren betreffen de factoren op domeinen 'Organisatie', 'Relaties met andere organisaties' en 'Macrocontext'. De meeste van deze factoren waren niet direct te meten en zijn voornamelijk beschreven. Uit de twee implementatieprocessen komen aanwijzingen naar voren dat met name de aanwezigheid van indirecte factoren de voortgang van het proces bepalen. Tijdens de implementatiefase van voorziening B wordt gezien dat veel bevorderende factoren op het gebied van de 'Zorgverlener' en 'Doelgroep' aanwezig zijn. Echter de aanwezigheid van de belemmerende werking van de factoren 'Samenwerking met het management' en 'Informatie-uitwisseling' belemmeren het implementeren van het programma ernstig. Pas tijdens de consultatiefase heeft de factor 'Samenwerking met het management' een bevorderende werking. Deze factor draagt dan voor een groot deel bij aan de voortzetting van de implementatie van het programma binnen voorziening B. Pas dan lijken de bevorderende factoren op het gebied van 'Zorgverlener' en 'Doelgroep' relevant te worden.

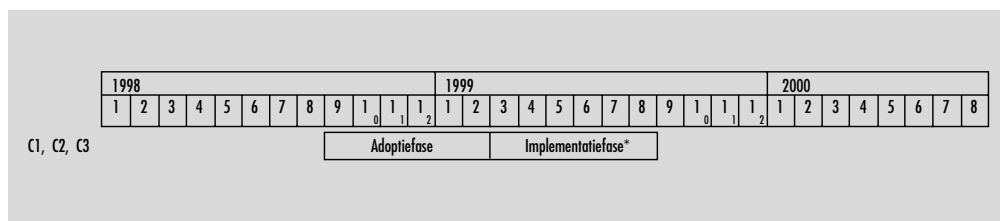
## **6.2 Verloop en samenvatting van het proces binnen voorziening C**

### **6.2.1 Beschrijving van het implementatieproces in voorziening C**

In september 1998 is een start gemaakt met het verzamelen van gegevens en het geven van voorlichting aan directe zorgverleners van voorziening C. Tijdens de adoptiefase werd drie-maal een bijeenkomst gepland met het HMT van voorziening C. In deze bijeenkomsten stond het beantwoorden van vragen centraal, evenals het bereiken van overeenstemming over het te volgen implementatietraject. Het bereiken van overeenstemming verliep moeizaam door verdeeldheid tussen leden van het HMT. De directeur zorgverlening wilde van start met het pro-



ject (eveneens op verzoek van het middenmanagement) en verzocht de overige leden van het HMT de randvoorwaarden te creëren. Zij stonden hier echter niet bereidwillig tegenover vanwege de onduidelijkheid die zij zagen in samenhang tussen dit project en andere, door de stichting, in gang gezette vernieuwingen zoals het project 'Vraagsturing' (waarin gekeken werd op welke wijze vraaggestuurde zorg vorm kon worden gegeven), op handen zijnde fusies en invoering van methodieken om de gewenste zorg te realiseren (met name op het gebied van de therapeuten). Zij gaven echter wel de toezegging zorg te dragen voor de benodigde randvoorwaarden. In maart 1999 is volgens planning gestart met de implementatiefase. Tijdens deze fase hebben veel knelpunten de implementatie van het programma negatief beïnvloed. De belangrijkste oorzaak was dat de verschillende toezeggingen vanuit het HMT ten aanzien van de benodigde randvoorwaarden niet of te laat werden gerealiseerd. Aan het begin van de consultatiefase heeft het middenmanagement besloten het werken met het Opvoedingsprogramma op de deelnemende groepen voor onbepaalde tijd stil te leggen. Als reden gaven zij op het gebrek aan overzicht in de verschillende tegelijkertijd verlopende projecten, onvoldoende draagvlak vanuit directe medewerkers en HMT door bijkomende problemen (zoals hoog ziekteverzuim, hoge mate van personeelwisselingen en zwakke onderlinge inter- en intradisciplinaire communicatie).



Figuur 6.15 Tijdsplanning van het implementatietraject in voorziening C

\* het implementatietraject is stopgezet in september 1999

## 6.2.2 Effect-evaluatie: adoptiefase

### Adoptie van het Opvoedingsprogramma door belanghebbenden

#### De adoptie van het programma door belanghebbenden

De acceptatie van het programma door directe medewerkers is tijdens de adoptiefase nauwelijks aanwezig. Door de vele verschillende projecten die gelijktijdig ingevoerd worden en die zelfs tegenstrijdige doelen nastreven, is de motivatie van zorgverleners om het Opvoedingsprogramma te implementeren, laag. Zij geven aan het gevoel te hebben steeds achter de feiten te moeten aanlopen. Ze vinden dat ze steeds minder ondersteuning van het management ontvangen. Er werd geen prioriteit in projecten aangegeven waardoor medewerkers hieromtrent zelf beslissingen moesten nemen. Medewerkers gaven aan vaak het gevoel te hebben tekort te schieten in de eisen van middenmanagement en HMT. Hierdoor hebben ze het gevoel dat er steeds meer taken bijkomen terwijl in dezelfde periode het aantal formatieplaatsen op de woongroepen (door ingezette personele bezuinigingen) steeds minder wordt. Alleen

op de spitsmomenten (tijdens de eet- en verzorgingsmomenten) zijn twee medewerkers aanwezig op gemiddeld elf cliënten. Zij vinden dat ze onvoldoende tegemoet konden komen aan het eigenlijke werk: de begeleiding van personen met ernstige meervoudige beperkingen.

### **De adoptie van het programma door leden van het ZET-team**

De leden van het ZET-team staan afwachtend ten opzichte van het invoeren van het Opvoedingsprogramma. Ze zien de noodzaak van het anders werken maar geven aan dat er te veel problemen op andere gebieden bestaan voordat zij met de implementatie van het programma van start kunnen gaan. De problemen die zij aangeven zijn de zwakke inter- en intradisciplinaire communicatie, de hoge eisen van het HMT, terwijl volgens hen geen adequate ondersteuning wordt gegeven. Zij zijn van mening dat zij deelname aan de cursus tijdens de implementatiefase niet kunnen waarborgen door de vele personeelwisselingen, het zeer hoge ziekteverzuim (in vergelijking met voorziening A en B) en de ingezette personele bezuinigingen. Op verzoek van het ZET-team wordt de directeur zorgverlening tweemaal uitgenodigd binnen het ZET-overleg voor het bespreken van deze problemen. Hij doet tijdens deze bijeenkomsten geen toezeggingen over bijvoorbeeld de inzet van invalkrachten tijdens de cursus of extra financiële ondersteuning maar geeft wel aan dat de implementatie van het Opvoedingsprogramma dient plaats te vinden zoals is afgesproken. Hij spoort medewerkers aan open te staan voor de nieuwe ontwikkeling en zich niet onnodig druk te maken over problemen die zich op dat moment nog niet voordoen. De deelname aan de ZET-bijeenkomsten door ZET-leden is laag. Vijfenvijftig procent van het aantal geplande bijeenkomsten kwam te vervallen en er moest een nieuwe bijeenkomst worden gepland. De afgevaardigde van de activiteitendienst en de agoog hebben nauwelijks aan de bijeenkomsten deelgenomen. Als reden van afwezigheid werd steeds de vele werkzaamheden aangevoerd. Ondanks het gegeven dat zowel zij als onderzoeksmedewerkers dit probleem herhaaldelijk met leden van het HMT bespraken, werd geen oplossing gevonden.

### **De adoptie van het programma door het HMT**

Tijdens de adoptiefase zijn drie gesprekken gevoerd met het HMT van voorziening C. Het doel van deze bijeenkomsten was het overeenstemming verkrijgen over de inhoud en vormgeving van het project binnen voorziening C. De leden van het HMT gaven tijdens deze besprekingen aan dat het project concurrentie had van een aantal tegelijkertijd voorkomende vernieuwingen. Deze vernieuwingen werden enerzijds geïnitieerd vanuit de voorziening zelf en anderzijds vanuit de stichting of vanuit de overheid. Interne vernieuwingen betroffen ten eerste het invoeren van een verdelingsmethodiek voor het aantal uren therapie op basis van een medische indicatie. Het HMT gaf tijdens de besprekingen aan uitsluitend tijd aan strikt therapeutische behandelingen te willen besteden, niet voor therapie die eveneens ten behoeve van het realiseren van pedagogische doelstellingen werd uitgezet. De reden die zij hiervoor gaf was het krimpbudget met het gelijktijdig toenemen van de zorgzwaarte. Dit vroeg volgens hen om een heroriëntering van het aanbod en het stellen van prioriteiten. Een soortgelijke redenering werd gehouden voor de inzet van agogen. Deze mochten alleen bij de begeleiding van ernstig probleemgedrag inspringen. Een tweede ontwikkeling was de aanpassing van het gebruikte individueel zorgplan. De leden van het HMT wilden zoveel mogelijk uniformiteit krijgen in de gehanteerde zorgplannen zowel wat betreft terminologie, inhoud als-

ook vormgeving. Een derde interne ontwikkeling was de uitbreiding van dagbesteding voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. Hierdoor had een re-allocatie van financiële middelen plaatsgevonden ten koste van wonen. Het gevolg was dat de toegewezen personeelsformatie in de woongroepen versnipperd en krap was. Daarnaast had de voorziening te kampen met een hoog verzuim onder personeel en veel personeelwisselingen. Externe ontwikkelingen waren de fusie van de stichting met een zorgvoorziening in de regio, het gelijktijdig invoeren van vier verschillende zorgmethodieken voor verschillende doelgroepen en het project 'Vraagsturing'. De verschillende gelijktijdig optredende ontwikkelingen waren niet met elkaar in overeenstemming en stonden zelfs lijnrecht tegenover elkaar. De onderzoekers gaven in de besprekingen aan het niet verstandig te vinden een start te maken met het implementeren van het Opvoedingsprogramma voor de drie woongroepen voor personen met ernstige meervoudige beperkingen indien niet aan een aantal randvoorwaarden werd voldaan. De randvoorwaarden betroffen ten eerste een andere inzet van therapeuten en agogen dan waar-toe het HMT binnen de eigen zorgplansystematiek had besloten. Ten tweede overeenstemming over het hanteren van een andere zorgplansystematiek dan die waarover de leden overeenstemming hadden bereikt. Ten derde het toekennen van scholingsuren en inzet van invalkrachten tijdens de interventiefase en ten vierde het tonen van commitment voor het oplossen van knelpunten die tijdens het proces naar boven zouden komen. De directeur zorgverlening committeerde zich echter aan de implementatie van het Opvoedingsprogramma maar gaf wel aan twijfels te hebben over de praktische en financiële haalbaarheid van het project binnen voorziening C. Hij verzocht de overige leden van het HMT de personele, financiële en materiële randvoorwaarden te creëren binnen de bestaande kaders. In individuele gesprekken tussen onderzoekers en de diensthoofden werd duidelijk dat zij niet in staat waren het implementatieproces te faciliteren maar dat op verzoek van de directeur het proces toch doorgang moest vinden. De onderzoekers hebben hun twijfels over de haalbaarheid van het project uitgesproken tijdens besprekingen met de directeur en leden van het HMT. Zij werden echter verzocht het implementatieproces voort te zetten.

### **Overeenstemming in gesignaleerde problemen en ervaren problemen**

Uit de gegevens op de probleeminventarisatie kwam naar voren dat veel problemen op het vlak afstemming tussen zorginhoud en zorgorganisatie werden ervaren. In vergelijking met voorziening A en voorziening B werden veel problemen beschreven die gerelateerd waren aan de intra- en interdisciplinaire afstemming en communicatie tussen directe zorgverleners. Een veel vermeld probleem was 'dat medewerkers in hun eigen structuur vastzaten en hier niet los van wilden of konden komen', ook het tijdsgebrek door een onevenwichtige taakverdeling werd vaak benoemd.

Tijdens de adoptiefase worden door het ZET-team vraagtekens gezet bij het draagvlak van de methodiek bij het HMT. Dit zorgde voor verwarring, onrust en demotivatie bij leden van het ZET-team en bij de directe zorgverleners. Ondanks dat herhaaldelijk door alle betrokkenen (directe zorgverleners en management) werd aangegeven dat zij het volledig eens waren met de inhoud van het Opvoedingsprogramma en het ook graag wilden implementeren, bleek het organiseren van de randvoorwaarden telkens een probleem. Onderzoekers gaven meermalen hun twijfels weer over het succesvol voortzetten van het project. Het HMT deed echter steeds

toezeggingen en geeft aan wél achter de vernieuwing te staan maar dat het een kwestie van tijd is voordat de benodigde (financiële) middelen vrijgemaakt konden worden.

### 6.2.3 Strategie-evaluatie

Door onderzoekers is zoveel mogelijk getracht dezelfde strategie te hanteren als bij voorziening A en voorziening B. De duur van de cursusbijeenkomsten en de duur van de implementatiefase kwamen overeen met de strategieën die zijn gehanteerd in de twee andere voorzieningen. Er waren echter grote verschillen wat betreft het aantal deelnemers en de continuïteit in deelnemers. Alle bijeenkomsten werden door minder dan 33% van het aantal deelnemers bezocht (dit met uitzondering van de eerste cursusbijeenkomst). Reden hiervoor was dat de woongroepen geen medewerkers vrij konden plannen voor deelname aan de cursus. Zij gaven ook als reden op dat er geen financiële middelen beschikbaar waren gesteld, er een hoog ziekteverzuim was en invalkrachten nauwelijks beschikbaar waren. Medewerkers van dagbesteding gaven aan dat de taakverdeling niet duidelijk binnen hun dienst was georganiseerd zodat men niet wist wie voor welke cliënt verantwoordelijk was. Daarnaast waren geen invalkrachten geregeld tijdens de cursusmomenten en waren cursusdata niet doorgegeven.

Tijdens de interventiefase kon de inzet van de agogen en therapeuten niet worden gegarandeerd. De leden van het ZET-team bespraken de problemen met hun eigen diensthoofden die tevens lid waren van het HMT. Het gevolg was dat weer toezeggingen werden gedaan maar deze niet werden nagekomen.

Tabel 6.4 Gemiddelde scores op de subschalen van de vragenlijst 'Evaluatie Werkwijze' in voorziening C, afgenomen aan het einde van de implementatiefase

Subschalen van de vragenlijst:	M	SD	Scorerange	N
Beoordeling 'Cursus'	19,18	1,41	0-28	5
Beoordeling 'Gegeven Informatie'	7,68	0,82	0-10	5
Beoordeling 'Trainingsgesprekken'	3,28	0,23	0-4	5
Beoordeling 'Schriftelijke aanwijzingen'	4,46	0,49	0-8	5
Beoordeling 'Ondersteuning'	4,52	0,24	0-6	5

De cursus wordt door medewerkers van voorziening C slechter beoordeeld dan door medewerkers van voorziening A en B. Met name de beoordeling van de cursus in zijn geheel was lager dan in de overige voorzieningen. Directe medewerkers vonden dat zij (door de lage opkomst tijdens de cursus) te weinig informatie en te weinig ondersteuning hadden ontvangen om adequaat met het Opvoedingsprogramma aan de slag te gaan.

Binnen voorziening C is in sterke mate afgeweken van de geplande implementatiestrategie. Eveneens was er nauwelijks draagvlak tijdens de adoptiefase. Deze twee aspecten hebben de programmaresultaten in grote mate beïnvloed.

## 6.2.4 Effect-evaluatie: overige fasen

### Werkdoelen

In tabel II-2.1 van bijlage II is te zien dat een grote discrepantie bestaat tussen het gewenste aantal doelen tijdens de interventiefase (68%) en het daadwerkelijke opgestelde aantal werkdoelen (< 60%). Het percentage correct opgestelde doelen is goed. Dit betekent dat meer dan 68% van de doelen voldeed aan zowel de inhoudelijke als de technische normen. Net als bij voorziening B hebben zij voorafgaand aan de implementatie van het Opvoedingsprogramma een cursus methodisch werken gevolgd. Zij scoren hierdoor beter dan voorziening A op deze tweede effectmaat. We zien echter dat de werkdoelen die opgesteld werden nauwelijks bijdroegen aan de behoeften van de personen met ernstige meervoudige beperkingen. Uit analyse van de scores op de werkdoelen bleek dat werkdoelen nauwelijks tot niet werden uitgevoerd waardoor de werkdoelen geen effect hadden op de cliënten. Woongroep C1 vormt hierop een uitzondering.

Tijdens de consultatiefase en de nameting zijn geen werkdoelen meer opgesteld door medewerkers van voorziening C.

### Kennis en Vaardigheden

Uit tabel II-3.1 van bijlage II-3 komt naar voren dat het kennis- en vaardigheidsniveau van de woongroepen zeer laag blijft en de criteriumscore van 4 niet wordt behaald. Een overgroot deel van de medewerkers heeft te weinig oefening ontvangen door de beperkte deelname aan de cursus (gemiddeld drie personen van de in totaal tien tot twaalf mensen per woongroep). Opvallend is dat het kennis- en vaardigheidsniveau van woongroep C1 zeer laag blijft. Uit navraag blijkt dat zij niet geïnteresseerd meer zijn in het werken met het Opvoedingsprogramma omdat zij zagen dat het HMT het project niet ondersteunde en zij geen extra tijd in iets wilde investeren wat niet gewaarborgd werd.

De therapeuten laten een grote toename in kennis en vaardigheden zien tijdens het laatste meetmoment. Zij gaven als reden op dat zij veel effecten zagen van deze werkwijze en hiermee wilden gaan oefenen. Ditzelfde geldt voor medewerkers van de dagbesteding. Zij gaven aan dat ze in eerste instantie niet goed wisten wat zij de deelnemers moesten aanbieden maar door de andere manier van werken hier steeds beter zicht op kregen.

Er zijn geen gegevens van de consultatiefase en nameting.

## 6.2.5 Context-evaluatie

In de evaluatie van de context van voorziening B worden de factoren vergeleken met factoren in de implementatie-omgeving van voorziening A. Omdat het implementatieproces binnen voorziening C na de implementatiefase is afgebroken worden in het hiernavolgende alleen gegevens over de implementatiefase gepresenteerd.

## Doelgroep

- Leeftijd
- Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen

De gemiddelde leeftijd van de cliënten van voorziening C en het repertoire aan mogelijkheden en beperkingen komt overeen met de kenmerken van de doelgroep in voorziening A. Geen opmerkelijke verschillen worden waargenomen (zie bijlagen II-4 en II-5).

## Zorgverleners

- Visie
- Opleidingsniveau
- Tijd werkzaam binnen een organisatie
- Leeftijd
- Arbeidssatisfactie

De **visie** waarmee wordt gewerkt is verschillend aan die in voorziening A (bijlage II-6). In voorziening C zijn meer medewerkers die een visie hanteren die gericht is op het realiseren van een relatie en minder op de groep. Dit heeft een bevorderende invloed op het opstellen van werkdoelen.

De verdeling in **opleiding** binnen voorziening C komt overeen met voorziening A. Dezelfde effecten als beschreven staan bij voorziening A, worden verwacht.

Wat betreft **de tijd die medewerkers werkzaam** zijn binnen de voorziening is in bijlage II-8 te zien dat de medewerkers van voorziening C minder tijd binnen de eigen voorziening werkzaam zijn dan de medewerkers van voorziening A. Verwacht wordt dat dit een bevorderende werking heeft op het opstellen van werkdoelen.

De **leeftijdsverdeling** binnen voorziening C komt overeen met voorziening A. Dezelfde effecten worden verwacht zoals deze beschreven zijn bij voorziening A.

In de beoordeling van **arbeidssatisfactie** gemeten tijdens de implementatiefase wordt eveneens geen verschil gezien met voorziening A. Dezelfde effecten worden verwacht zoals deze beschreven zijn bij voorziening A.

## Perceptie van het programma door zorgverleners

- Relatief voordeel
- Compatibiliteit
- Complexiteit
- Deelbaarheid
- Zichtbaarheid

Het **relatieve voordeel** dat directe zorgverleners ervaren aan het einde van de implementatiefase is zeer gering en komt niet overeen met voorziening A maar wel met voorziening B. Ook in voorziening C worden vele problemen gezien waarvoor aan het einde van de implementatiefase nog geen oplossing is gevonden. Dit heeft een negatief effect voor het beklijven van programmaresultaten.

Medewerkers ervaren de **compatibiliteit** van het Opvoedingsprogramma met de bestaande structuren binnen voorziening C als laag. Hun beoordeling is duidelijk lager dan de beoordeling van de compatibiliteit door medewerkers van voorziening A en B. Dit heeft een negatief effect op programmaresultaten.

De meerderheid van de medewerkers van voorziening C geven een iets lagere beoordeling aan de **complexiteit** van de werkwijze als de medewerkers van voorziening A. Met name de medewerkers van de woongroepen geven aan de werkwijze minder te beheersen en daardoor het programma als meer complex te ervaren. Deze factor heeft een negatieve invloed op het implementatieproces.

De **deelbaarheid** wordt hetzelfde ervaren als in voorziening B tijdens de consultatiefase. Dezelfde knelpunten werden gezien echter omdat het programma, zoals ook in voorziening B maar op beperkte schaal werd ingevoerd, was de noodzaak tot het aanbrengen van wijzigingen in de organisatiestructuur gering. Voorziening C heeft nauwelijks iets ondernomen om de implementatie van het programma te implementeren en te faciliteren. Dit had een belemmerende werking op het implementatieproces.

Een meerderheid van de medewerkers oordeelt dat de **zichtbaarheid** van de resultaten gering is. Er worden in vergelijking met voorziening A weinig werkdoelen opgesteld waardoor de zichtbaarheid van resultaten gering is. Dit heeft een negatief effect op het bereiken van de gewenste programmaresultaten.

## Organisatiekenmerken

- Programmatisch handelen
- Samenwerking
- Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling

In het **programmatisch handelen** worden dezelfde knelpunten gezien als in voorziening A. In voorziening C worden deze knelpunten niet opgepakt door het ZET-team zoals dat binnen voorziening A en B het geval was. Dit heeft een negatief effect op het bereiken van gewenste programmaresultaten.

## Samenwerking

### Intradisciplinaire samenwerking

De intradisciplinaire samenwerking krijgt in voorziening C in geringe mate een lagere beoordeling dan binnen voorziening A. Deze factor speelt tijdens de implementatiefase in voorziening C geen rol.

### Interdisciplinaire samenwerking

Binnen voorziening C is nauwelijks sprake van interdisciplinaire samenwerking. Eén keer per twee jaar is een individuele zorgplanbespreking per cliënt, maar medewerkers uit andere disciplines dan de woongroep namen hier nauwelijks aan deel. Dit werd veroorzaakt door een hoog ziekteverzuim in voorziening C, maar eveneens door de gehanteerde inzet van therapeuten. De beoordeling van de interdisciplinaire samenwerking binnen voorziening C komt overeen met voorziening A en B. Tijdens de cursusfase speelt deze factor nog nauwelijks een rol.

### Samenwerking met management (HMT)

Zoals in het conceptbeleidsplan 1999 van voorziening C staat vermeld is de wijze van besluitvorming zeer hiërarchisch en is er nauwelijks sprake van delegatie van bevoegdheden. Er is nauwelijks controle op de uitvoering van besluiten. Gezien wordt dat beslissingen die worden genomen nauwelijks worden uitgevoerd en iedere afdeling zijn eigen beslissingen neemt en eigen regels opstelt. Het gevolg is dat bijvoorbeeld woongroep C3 informeel besluit geen werkdoelen op te stellen voor cliënten en dat dit niet wordt gecorrigeerd. Een ander gevolg is dat woongroep C1 wél besluit werkdoelen uit te voeren maar hiervoor geen ondersteuning van management krijgt.

Uit de resultaten op de factor ondersteuning van hoger management (bijlage II-10, figuur II-10.5 wordt gezien dat medewerkers binnen voorziening C een lagere beoordeling geven dan voorziening A. Deze beoordeling komt overeen met de beoordeling van voorziening B. Dit heeft een negatief effect op het bereiken van programmaresultaten

Wat betreft de factor **taken en verantwoordelijkheden** ervaren alle medewerkers een zeer grote werkbelasting. Dit komt tot uiting in de notulen van de verschillende bijeenkomsten en het voorkomen van dit knelpunt op de vragenlijst Probleeminventarisatie. Uit de resultaten op de factor Werklast, wordt net als in voorziening A een hoge werklast ervaren. Dit heeft een belemmerende werking op het bereiken van programmaresultaten

### Microcontext

- Personele continuïteit

In tabel II-12.1 van bijlage II-12 is te zien dat tijdens de implementatiefase de personeelswisselingen hoog zijn. Er wordt niet alleen gewisseld in de nieuwe gezichten (invalkrachten die ingezet worden door het hoge ziekteverzuim) maar ook in de vertrouwde gezichten. Dit is een verschil met voorziening A en voorziening B. Deze hoge mate van personeelswisselingen heeft een negatief beeld op het bereiken van gewenste programmaresultaten.



## Relaties met andere organisaties

- Informatie-uitwisseling

Via de klankbordgroep en de interne begeleidingscommissie vond uitwisseling van informatie plaats tussen de drie voorzieningen. Deze uitwisseling heeft geen merkbare invloed gehad op het implementeren van het programma en wordt in de notulen van de verschillende bijeenkomsten in de adoptie- en implementatiefase nauwelijks besproken. Deze factor lijkt net als in voorziening A niet van invloed te zijn.

## Macrocontext

- Concurrerende vernieuwingen

Voorziening C functioneert evenals voorziening A en B als een autonome voorziening. Men heeft echter meer moeite dan voorziening A en B om financieel tegemoet te komen aan de verschillende tegelijkertijd verlopende ontwikkelingen zoals bijvoorbeeld de arbeidsduurverkortingen en het bekostigen van uitbreiding van dagbesteding voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. Eveneens hebben zij een veel hoger ziekteverzuim dan de voorzieningen A en B. Medewerkers van voorziening C geven aan een periode van rust te willen na de vele, voor hen niet op elkaar afgestemde, veranderingen. Tevens zien zij dat er steeds meer bezuinigd wordt op het wonen. In het zorgbeleidsplan van 1999 wordt aangegeven dat er prioriteiten gesteld moeten worden in de zorg en dat niet steeds maar alle nieuwe ontwikkelingen bekostigd moeten worden ten nadele van de directe zorg voor cliënten. Tijdens de consultatiefase wordt de keuze gemaakt het implementeren van het Opvoedingsprogramma voor onbepaalde tijd te onderbreken.

### 6.2.6 Context-impact-evaluatie

In tabel 6.5 wordt een overzicht gegeven van de factoren die binnen voorziening C werkzaam waren.

Tabel 6.5 Overzicht van gevonden beïnvloeding van programma-effecten door omgevingsfactoren in voorziening C

<b>Omgevingsfactoren</b>	<b>Beïnvloeding tijdens het implementatieproces</b>
	<b>Implementatiefase</b>
<b>Doelgroep</b>	
Leeftijd	P
Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen	P
<b>Zorgverlener</b>	
Visie	P
Opleidingsniveau	P
Tijd werkzaam binnen een organisatie	P
Leeftijd	N
Arbeidsatisfactie	P
<b>Perceptie van het programma door zorgverleners</b>	
Relatief voordeel	N
Compatibiliteit	N
Complexiteit	N
Deelbaarheid	N
Zichtbaarheid	N
<b>Organisatie</b>	
Programmatisch handelen	
Samenwerking	N
Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling	N
<b>Microcontext</b>	
Personele continuïteit	N
Relaties met andere organisaties	
Informatie-uitwisseling	
<b>Macrocontext</b>	
Concurrentie overige zorgvernieuwingen	N

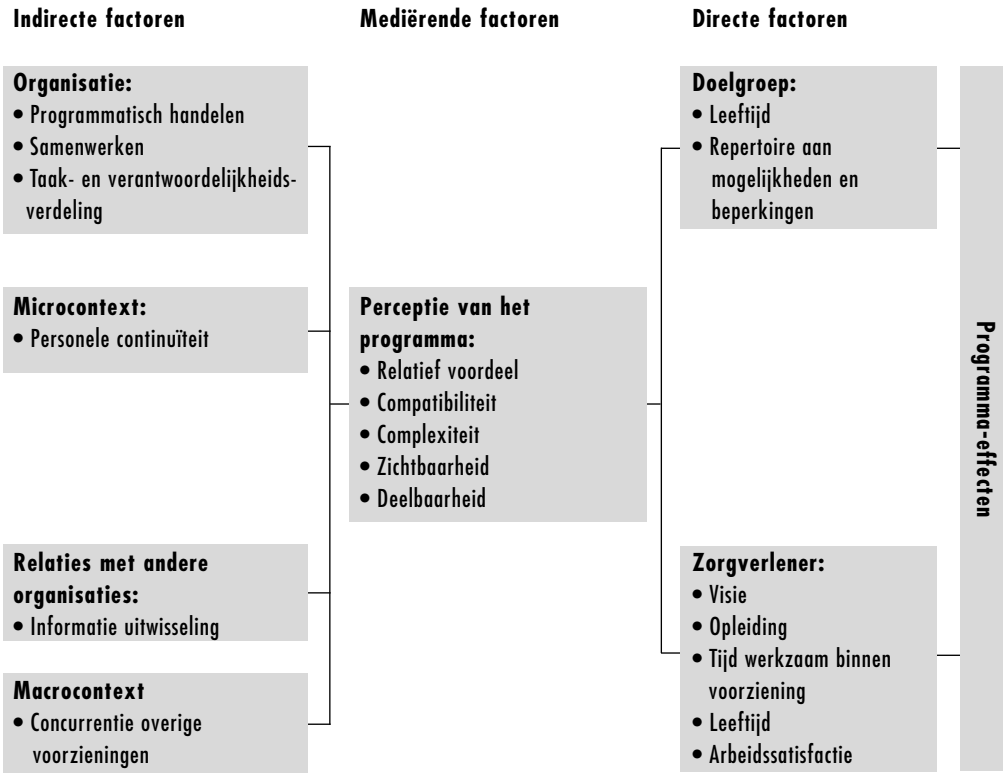
In voorziening C zijn in vergelijking met voorziening A meer factoren aanwezig die het implementatieproces beïnvloeden én heeft het merendeel van deze factoren een negatieve werking. Ook bij voorziening C wordt gezien dat bevorderende factoren op de domeinen van de 'Doelgroep' en 'Zorgverlener' aanwezig zijn en dat de belemmerende factoren veelal op de overige domeinen aanwezig zijn. De resultaten waren niet zichtbaar aan het einde van de implementatiefase waardoor medewerkers niet gemotiveerd waren het programma voort te zetten. Daarnaast ondernam het HMT geen gerichte actie (zoals in voorziening B) om pro-

blemen op te lossen waardoor medewerkers zelf beslissingen namen omtrent de voortgang van het project. In voorziening C waren ten slotte nog twee factoren meer aanwezig dan in voorziening B die de resultaten van het programma negatief beïnvloedden. Dit waren de ervaren 'Complexiteit van het programma', de hoge mate van 'Personeelwisselingen' én de 'concurrentie van overige zorgvernieuwingen'.

### **6.3 Voorlopige conclusie ten aanzien van de relevantie van de omgevingsfactoren in voorzieningen A, B en C**

Indien de resultaten van de drie voorzieningen naast elkaar worden gelegd wijzen de resultaten op een tweedeling in factoren die hiërarchisch geordend kunnen worden. De indirecte factoren (dit zijn de factoren op de domeinen 'Perceptie van het programma', 'Organisatie', 'Microcontext', 'Relaties met andere organisaties' en 'Macrocontext') hebben meer invloed op de voortgang van het implementatieproces dan de directe factoren (dit zijn de factoren op de domeinen 'Doelgroep' en 'Leeftijd'). De directe factoren spelen een rol zodra de indirecte factoren geen belemmerende invloed op het proces laten zien. De indirecte factoren hebben een grote invloed op de context waarbinnen de relatie tussen zorgverlener en de cliënt vormgegeven wordt. De perceptie van deze context door de zorgverlener lijkt van invloed te zijn op het aantal werkdoelen dat zorgverleners voor cliënten opstellen. Zodra echter binnen deze context nauwelijks belemmerende factoren aan te wijzen zijn, lijkt het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld bepaald te worden door kenmerken van zorgverleners en van de cliënten (de directe factoren). De indirecte factoren bevinden zich in de randvoorwaardelijke sfeer voor het implementeren van het programma. Zodra deze randvoorwaarden als goed gepercipieerd worden door zorgverleners, worden kenmerken van henzelf en van de cliënt pas van belang voor het behalen van de gewenste programma-effecten.

Naar aanleiding van de drie beschreven implementatieprocessen kunnen de relaties tussen omgevingsfactoren en programma-effecten weergegeven worden zoals in figuur 6.16. Aan de hand van deze figuur kunnen statistische modellen worden ontworpen waarmee de resultaten van hoofdstuk vijf en zes getoetst kunnen worden. In hoofdstuk zeven wordt per effectmaat en per fase een model opgesteld. In dit model wordt de statistische significantie van de omgevingsfactoren getoetst als verklarende variabelen voor de uitkomsten op de effectmaten. Binnen deze modellen worden alleen de directe factoren als verklarende variabelen meegenomen. Verwacht wordt dat in de fase, zoals in de implementatiefase, waar de indirecte factoren nog nauwelijks een rol spelen de significantie van directe factoren aangetoond kan worden. In de fasen (consultatiefase en nameting) waarin de indirecte factoren de overhand gaan krijgen wordt verwacht dat de relevantie van de directe factoren nauwelijks aangetoond kan worden.



Figuur 6.16 Visuele weergave van de beïnvloedende relaties tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten

In figuur 6.16 is te zien dat geen richting van de beïnvloeding kan worden weergegeven. Wel is duidelijk dat de indirecte factoren (evenals de directe factoren) elkaar onderling beïnvloeden. Deze onderlinge samenhang, die per implementatiecontext uniek is, heeft invloed op de wijze waarop de zorgverleners het Opvoedingsprogramma percipiëren. De perceptie van het programma lijkt dan ook een mediërende functie te hebben tussen enerzijds de indirecte factoren en anderzijds de directe factoren. De perceptie van het programma beïnvloedt vervolgens ook weer de wijze waarop de directe factoren met de programmaresultaten samenhangen.

## Hoofdstuk 7

---

# Het implementatieproces opnieuw bekeken: statistische exploratie

### Inleiding

De centrale vraag van het onderzoek is welke bevorderende en/of belemmerende relaties zijn aan te tonen tussen de kenmerken van de omgeving waarin het programma wordt geïmplementeerd (zoals zorgverlenerkenmerken) en resultaten van het programma. In hoofdstuk zes wordt in paragraaf 6.3 een model gepresenteerd waarin de beïnvloeding van programmare resultaten door omgevingskenmerken staat weergegeven. In dit hoofdstuk worden alleen de directe relaties getoetst. Dit wil zeggen dat alleen die omgevingsfactoren worden meegenomen waarvan wordt verwacht dat ze een direct meetbare invloed op de resultaten van het programma hebben.

In dit onderzoek zijn vijf effectmaten gebruikt (tabel 5.1) waarmee de resultaten van het programma worden beschreven. Voor iedere effectmaat wordt een model beschreven. Met behulp van deze modellen kan worden getoetst of de geselecteerde onafhankelijke variabelen (de predictoren) inderdaad van belang zijn voor het verklaren van behaalde programmaresultaten. Er wordt gekeken in hoeverre het beschreven model een goede weergave is van de gegevens. Een belangrijk uitgangspunt binnen dit onderzoek is dat de invloed van de predictoren op de effectmaten per fase verschillend kan zijn. Anders gezegd, er wordt verwacht dat de omgevingsfactoren niet in iedere fase de programmaresultaten in dezelfde mate beïnvloeden. Om deze reden wordt ieder model in iedere fase opnieuw getoetst, steeds met nieuwe data binnen dezelfde voorzieningen.

De modellen die in de hiernavolgende paragrafen worden beschreven zijn gebaseerd op de in hoofdstuk vijf en zes beschreven relaties. In dit hoofdstuk wordt voor het toetsen van de modellen tijdens de implementatiefasen een multiniveau analysetechniek toegepast. Bij de analyses in de consultatiefasen en de nametingen worden meervoudige regressie-analysetechnieken toegepast. Voor het terugvallen op regressie-analyse in dit hoofdstuk zijn twee redenen aan te wijzen. Ten eerste is er tijdens de consultatiefase en de nameting minder data beschikbaar door de uitval van voorziening C. Ten tweede zijn in een aantal gevallen de modellen te ingewikkeld gebleken om te kunnen toetsen door middel van multiniveau analyse. Met name vanwege de gekruiste random-effecten, die een adequate weerspiegeling leveren van de effecten van de cliënt, begeleidingsgroep, woongroep maar door de complexe datastructuur tot instabiliteit van het algoritme leiden. Bij het toepassen van meervoudige regressie-analyse wordt gebruik gemaakt van stapsgewijze regressie waarbij steeds groepen van factoren aan het model worden toegevoegd. De volgorde van toewijzing is dezelfde zoals die binnen de multiniveau modellen zijn gehanteerd. Het nadeel van het toepassen van meervoudige regressie-analyse is het verlies aan informatie. Hierdoor kunnen de bestaande relevante

verschillen ten onrechte als niet significant worden aangeduid. Om aan deze beperking tegemoet te komen, worden de significantieniveaus van 1%, 5% en 10% weergegeven. Ten slotte dient nog te worden opgemerkt dat bij de toepassing van meervoudige regressie-analyse de missing cases vervangen zijn door de gemiddelden. De reden hiervoor is dat te weinig data wordt overgehouden indien de cases verwijderd zouden worden die een missende waarde bevatten. Het nadeel van deze procedure is dat mogelijk aanwezig significante effecten niet aangetoond kunnen worden.

Voordat echter naar verklarende variabelen voor de resultaten van het programma wordt gekeken, wordt eerst naar de gehanteerde implementatiestrategie gekeken. In paragraaf 7.1 worden twee modellen getoetst die beschrijven welke factoren van invloed waren op de beoordeling van de cursus en beoordeling van de complexiteit van de nieuwe werkwijze. Hierbij wordt vooral gekeken naar verschillen tussen de drie voorzieningen. Indien immers de implementatiestrategie verschillend is toegepast voor de drie voorzieningen, is het nauwelijks te achterhalen in welke mate omgevingsfactoren van invloed waren op de resultaten van het programma.

In paragraaf 7.2 worden drie modellen beschreven die de relaties weergeven tussen de effectmaten op het gebied van de werkdoelen en omgevingsfactoren. Paragraaf 7.3 beschrijft twee modellen die de relaties weergeven tussen de effectmaten op het gebied van kennis en vaardigheden en omgevingsfactoren.

## 7.1 Predictoren voor de beoordeling van de implementatiestrategie

In deze paragraaf wordt gekeken in hoeverre de implementatiestrategie als verschillend is ervaren door de drie voorzieningen en welke onafhankelijke variabelen hiervoor verantwoordelijk zijn. De afhankelijke variabelen waarnaar gekeken wordt zijn (a) de beoordeling van de cursus en (b) de ervaren complexiteit van de nieuwe werkwijze. Voor beide afhankelijke variabelen wordt een model opgesteld met predictoren waarvan wordt verwacht dat ze een deel van de variantie zullen verklaren. Voor het toetsen van deze modellen wordt multiniveau analyse gebruikt. Met behulp van deze analysetechniek kan gecontroleerd worden voor de verschillende niveaus binnen de data. Binnen de twee modellen zijn twee niveaus van belang: het niveau van de zorgverlener en het niveau van de groepen. Met behulp van multiniveau analyse wordt nagegaan of bepaalde verbanden op het laagste niveau (zorgverlenerniveau) even sterk zijn als in elke eenheid van het hogere niveau (woongroep). Wanneer dit niet het geval is wordt gesproken van een zogenaamd random-effect. Als een variabele een random-effect heeft, dan is het effect ervan in de verschillende woongroepen van uiteenlopende sterkte, in sommige groepen hoger, in andere lager. De vaste effecten zijn vergelijkbaar met de parameters uit een lineaire regressievergelijking. Bij een vast effect gaat het om het verband tussen een bepaalde verklarende variabele en de afhankelijke variabele. In de gepresenteerde resultaten wordt, naast de vaste effecten, eveneens steeds aangegeven of er sprake is van dergelijke random-effecten. Indien er dergelijke verschillen blijken te zijn, dan wordt hierover gerapporteerd. Over de random-effecten zijn echter geen expliciete hypotheses geformuleerd. Wel kan aangenomen worden dat indien geen significante random-effecten worden waargenomen op woongroepniveau en op instellingsniveau, de gevonden resultaten meer generaliseerbaar

zijn naar andere groepen en instellingen dan indien wel dergelijke effecten worden aangetoond. Immers indien groepen en instellingen weinig verschillen wat betreft het effect van de diverse verklarende variabelen dan kunnen er meer algemene uitspraken over dit effect worden gedaan.

Bijna alle afhankelijke en onafhankelijke variabelen zijn of op cliëntniveau of op zorgverlenerniveau gemeten. Uitzonderingen hierop zijn 'Visie van de zorgverlener' en de 'Beoordeling van de relatie'. Deze twee onafhankelijke variabelen zijn gemeten op het niveau van zorgverlener-cliënt combinatie. Aangezien de begeleidingsgroep (dit is een subgroep binnen een woongroep van vaste begeleider voor een cliënt) van een cliënt de datastructuur bepaalt, dienen de onafhankelijke variabelen die gemeten zijn op zorgverlenerniveau gemiddeld te worden over een begeleidingsgroep. Bijvoorbeeld een cliënt heeft twee zorgverleners die ieder een gemiddelde somscore hebben op 'Arbeidsatisfactie'. Dan dienen deze beide scores te worden gemiddeld zodat een gemiddelde somscore voor dat begeleidingsgroepje wordt verkregen. Op deze manier wordt een variabele op zorgverlenerniveau 'opgetrokken' (geaggregeerd) naar het niveau van begeleidingsgroep en kunnen de modellen getoetst worden.

### 7.1.1 Predictoren voor de beoordeling van de cursus

In model één wordt gesteld dat de beoordeling van de cursus door zorgverleners afhankelijk is van:

- (a) opleidingsniveau;
- (b) visie van de zorgverlener;
- (c) beoordeling van de werksituatie vooraf; en
- (d) leeftijd van de zorgverlener.

Tijdens het toetsen van dit model wordt gecontroleerd voor de voorziening waarin de cliënten wonen. Bij deze analyse wordt niveau één gedefinieerd door de zorgverleners en niveau twee door de woongroep.

Uit tabel 7.1 kan worden afgelezen dat de totale variantie van het lege model 33.84 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 19.52. In totaal wordt 42% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. De variantie wordt vooral bepaald door de verschillen tussen de zorgverleners maar ook tussen de voorzieningen. Voorziening C scoort significant anders op de beoordeling van de cursus dan de overige voorzieningen. Een significant vast effect is de leeftijd van de zorgverlener. Er is geen variantie op groepsniveau.

### Conclusie

Tijdens de implementatiefase beoordelen de zorgverleners de cursus meer negatief indien ze ouder zijn en op voorziening C werken. Dit ondersteunt de data die in hoofdstuk zes is gevonden. De beoordeling van de cursus lijkt dan niet alleen afhankelijk van zorgverlenerkenmerken of van de wijze waarop de cursus is gepresenteerd (deze was immers in de drie voorzieningen hetzelfde) maar is ook afhankelijk van andere aanwezige factoren in de lokale implementatie-omgeving.

Tabel 7.1 Resultaten van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleidingsniveau', 'Visie van zorgverlener', 'Beoordeling van de werksituatie' en 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Beoordeling van de cursus' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		387.93
Random-deel	Schatting	S.E.
Op zorgverlenerniveau	33.84*	6.13
Op groepsniveau	0	0
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		354.38
Vaste effecten	Schatting	S.E.
Opleidingsniveau	0.55	0.68
Visie van de zorgverlener	-0.35	0.92
Beoordeling van de werksituatie vooraf	-0.39	0.25
Leeftijd van zorgverlener	-0.18*	0.08
Voorziening B	-1.05	1.77
Voorziening C	-6.69*	1.45
Random-deel		
Op zorgverlenerniveau	19.52	3.54
Op groepsniveau	0	0

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout \*  $p < .05$

### 7.1.2 Predictoren voor de beoordeling van de complexiteit van de werkwijze

Tabel 7.1 toont dat de beoordeling van de cursus binnen voorziening verschillend was van de beoordeling van de cursus door zorgverleners van voorziening A en B. Dit komt overeen met de observaties van hoofdstuk zes waarin naar voren komt dat medewerkers van voorziening C de cursus als meer complex beoordeelden dan de medewerkers van voorziening A en voorziening B. Het is dan ook van belang om te weten waardoor het verschil in beoordeling van complexiteit wordt verklaard.

In model twee wordt gesteld dat de beoordeling van de complexiteit van de werkwijze verklaard wordt door:

- (a) leeftijd van de zorgverlener;
- (b) opleidingsniveau;
- (c) de wijze waarop zorgverleners voorheen werkten; en
- (d) de zichtbaarheid van de resultaten.

Tijdens het toetsen van deze hypothese wordt gecontroleerd voor de voorziening waarin de cliënten wonen. Bij deze analyse wordt niveau één gedefinieerd door de zorgverleners en niveau twee door woongroep.



Tabel 7.2 Resultaten van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd zorgverlener', 'Opleidingsniveau', 'Wijze waarop zorgverleners voorheen werkten' en 'Zichtbaarheid van de resultaten' op de afhankelijke variabele 'Beoordeling van de complexiteit van de cursus' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		295.51
Random-deel	Schatting	S.E.
Op zorgverlenerniveau	15.05*	3.206
Op groepsniveau	0.43	1.507
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		279.46
Vaste effecten	Schatting	S.E.
Leeftijd zorgverlener	-0.17*	0.07
Opleidingsniveau	0.34	0.53
Wijze waarop ze voorheen werkten	0.06	0.15
Zichtbaarheid van de resultaten	0.19*	0.11
Voorziening B	1.55	1.35
Voorziening C	-1.03	1.14
Random-deel		
Op zorgverlenerniveau	11.42	2.22
Op groepsniveau	0	0

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \*  $p < .05$

Tabel 7.2 toont dat de totale variantie van het lege model ( $15.05 + 0.43$ ) 15.48 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 11.42. In totaal wordt 26% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. De variantie wordt vooral bepaald door de verschillen tussen de zorgverleners. Significante vaste effecten zijn 'Leeftijd van de zorgverlener' en 'Zichtbaarheid van de resultaten'. Oudere zorgverleners geven aan dat zij de werkwijze meer complex vinden dan jongere zorgverleners. Eveneens wordt de werkwijze als minder complex ervaren indien de resultaten meer zichtbaar zijn. Daarnaast hebben ook andere (onbekende) kenmerken van zorgverleners invloed op de wijze waarop ze de cursus beoordelen. Dit blijkt uit het grote effect op zorgverlenerniveau van het ingevulde model. Er bestaat geen verschil tussen de voorzieningen.

## Conclusie

De zichtbaarheid van de resultaten (naast de leeftijd van de zorgverlener) speelt dus een belangrijke rol bij de beoordeling van de complexiteit van de cursus. Indien zorgverleners meer resultaten zien, hebben zij het idee dat zij de werkwijze meer beheersen en daardoor minder complex vinden. De zichtbaarheid van de resultaten was in voorziening C zeer gering doordat weinig werkdoelen opgesteld waren.

Zoals ook uit hoofdstuk zes naar voren kwam, wordt ook in paragraaf 7.1 bevestigd dat de implementatiestrategie tot andere resultaten heeft geleid bij voorziening C in vergelijking met

voorziening A en B tijdens de implementatiefase. Ondanks dat eenzelfde implementatiestrategie wordt gehanteerd blijkt deze binnen voorziening C anders te worden ervaren dan binnen de twee overige voorzieningen. Dit hangt samen met de verminderde zichtbaarheid van de resultaten in voorziening C omdat daar minder werkdoelen zijn opgesteld dan in voorziening A en voorziening B. Het feit dat minder werkdoelen zijn opgesteld lijkt eerder samen te hangen met de aanwezigheid van indirecte factoren die negatieve invloed op het implementatieproces hadden.

## 7.2 Predictoren voor de effectmaten op het gebied van de werkdoelen

Er zijn binnen dit onderzoek drie effectmaten beschreven op het gebied van de werkdoelen. Dit zijn: (a) aantal opgestelde werkdoelen; (b) aantal formeel correcte werkdoelen; en (c) aantal werkdoelen met een positieve score. De resultaten op deze effectmaten worden in iedere fase opnieuw verzameld omdat binnen iedere fase verschillende factoren van invloed kunnen zijn op de effectmaat. Voor iedere effectmaat wordt per fase (implementatiefase, consultatiefase en nameting) een model opgesteld dat wordt getoetst. Dit betekent dat per effectmaat drie modellen worden opgesteld waarmee wordt getracht factoren op te sporen die bepalend zijn voor het behalen van de resultaten op de effectmaat.

### 7.2.1 Predictoren voor het aantal opgestelde werkdoelen

Met model drie wordt gesteld dat het verschil tussen totaal aantal werkdoelen en het gewenste aantal werkdoelen per cliënt verklaard wordt door:

- (a) leeftijd van de cliënt;
- (b) taxatie van zijn mogelijkheden;
- (c) leeftijd van de betrokken zorgverleners;
- (d) tijd die betrokken zorgverleners werkzaam zijn binnen de instelling; en
- (e) arbeidssatisfactie van betrokken zorgverleners.

### Implementatiefase

Model drie wordt in de implementatiefase getoetst met een multiniveau-analyse waarbij niveau één gedefinieerd wordt door de cliënten en niveau twee door de woongroepen. Niveau één wordt gekruist met begeleidingsgroepen. Het gekruiste random effects model (Snijders & Bosker, 1999) wordt geschat met MLwiN (Goldstein et al., 1998).

Tabel 7.3 toont dat de totale variantie ( $1.60 + 0.07 + 1.78$ ) 3.45 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 2.84. In totaal wordt 18% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. De variantie wordt vooral bepaald door verschillen tussen de begeleidingsgroepen en tussen de cliënten. Verschillen tussen woongroepen dragen hier nauwelijks aan bij. Significante vaste effecten zijn de (a) 'Mogelijkheden van de cliënt', (b) 'Leeftijd van zorgverleners in de begeleidingsgroep' en (c) 'Tijd die zorgverleners werkzaam zijn binnen de instelling per begeleidingsgroep'.

Tijdens de implementatiefase kan worden geconcludeerd dat er minder afgeweken wordt van het gewenst aantal werkdoelen indien een cliënt meer mogelijkheden heeft, de leeftijd van de zorgverlener toeneemt en de tijd die zorgverleners werkzaam zijn binnen de instelling toeneemt.

Tabel 7.3 Resultaten van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd van cliënt', 'Mogelijkheden van cliënt', 'Leeftijd van zorgverleners in begeleidingsgroep', 'Tijd die zorgverleners werkzaam zijn binnen de voorziening per begeleidingsgroep' en 'Arbeidssatisfactie per begeleidingsgroep' op de afhankelijke variabele 'Verschilscore tussen gewenst aantal en behaald aantal werkdoelen' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>			
Deviantie leeg model			488.57
Random-deel	Schatting		S.E.
Op cliëntniveau	1.60		0.27
Op groepsniveau	0.07		0.15
Gekruist effect			
Begeleidingsgroep	1.78*		0.56
<b>B. Ingevuld model</b>			
Deviantie ingevuld model			467.80
Vaste effecten	Schatting		S.E.
Algemeen gemiddelde	-1.41		0.24
Leeftijd cliënt	-0.01		0.01
Mogelijkheden cliënt	-0.41*		0.18
Leeftijd zorgverleners in begeleidingsgroep	-0.07*		0.04
Tijd werkzaam binnen instelling per begeleidingsgroep	-0.01*		0.01
Arbeidssatisfactie per begeleidingsgroep	0.09		0.12
Random-deel			
Op cliëntniveau	1.41		0.23
Op groepsniveau	0.06		0.13
Gekruist effect			
Begeleidingsgroep	1.37*		0.46

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \* p < .05

### Consultatiefase

Tabel 7.4 toont dat maar één significante predictor voor het aantal behaalde werkdoelen kan worden aangetoond. Dit is de 'Arbeidssatisfactie'. Uit tabel 7.4 kan worden afgeleid dat indien de arbeidssatisfactie van medewerkers tijdens de consultatiefase hoger is, er minder werkdoelen worden opgesteld. De totale variantie wordt echter maar voor bijna 3% verklaard. Schijnbaar zijn andere omgevingsfactoren meer bepalend voor het aantal werkdoelen dat wordt behaald dan de factoren die in dit model zijn beschreven.

Tabel 7.4 Resultaten in consultatiefase van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd cliënt', 'Mogelijkheden cliënt', 'Leeftijd zorgverleners', 'Tijd werkzaam binnen voorziening' en 'Arbeidssatisfactie' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal werkdoelen' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N = 91)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.16	.15	.13
Dummy variabele voorziening	-.09	-.11	-.10
Leeftijd cliënt		-.03	.00
Mogelijkheden cliënt		-.11	-.10
Leeftijd zorgverlener			-.08
Tijd werkzaam binnen de voorziening			-.12
Specifieke arbeidssatisfactie			-.20 *
Aangepaste R <sup>2</sup>	1%	0%	3%
F change	F(2, 88) = 1.567 p = 0.21	F(2, 86) = .638 p = 0.53	F(3, 83) = 1.686 p = 0.18

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10

### Nameting

Tabel 7.5 toont dat (op uitzondering van de controlevariabele 'Gewenst aantal werkdoelen') twee significante predictoren voor het aantal behaalde werkdoelen worden aangetoond. Dit zijn 'Leeftijd van de cliënt' en de 'Arbeidssatisfactie'. Indien cliënten ouder zijn, worden minder werkdoelen opgesteld. Daarnaast wordt gezien dat indien zorgverleners hun werksituatie meer positief beoordelen ze meer werkdoelen opstellen. Van de totale variantie wordt 14% verklaard door deze predictoren.

Tabel 7.5 Resultaten in de nameting van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd cliënt', 'Mogelijkheden cliënt', 'Leeftijd zorgverleners', 'Tijd werkzaam binnen voorziening' en 'Arbeidssatisfactie' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal werkdoelen' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N = 94)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.12	.24**	.22**
Dummy variabele voorziening	.17*	.18*	.16
Leeftijd cliënt		-.29***	-.27**
Mogelijkheden cliënt		-.10	-.06
Leeftijd zorgverlener			-.14
Tijd werkzaam binnen de voorziening			-.06
Arbeidssatisfactie			.18*
Aangepaste R <sup>2</sup>	3%	8%	14%
F change	F(2, 91) = 2.19 P = 0.12	F(2, 89) = 4.6 p = 0.01	F(3, 86) = 2.60 p = 0.06

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10. \*\* p < 0.05. \*\*\* p < 0.01.

## Conclusie

Het aantal opgestelde werkdoelen wordt per fase door verschillende factoren bepaald. Tijdens de implementatiefase wordt het aantal werkdoelen bepaald door (a) de mogelijkheden van de cliënt, (b) de leeftijd van zorgverleners in de begeleidingsgroep en (c) de tijd die zorgverleners werkzaam zijn binnen de instelling per begeleidingsgroep. In de consultatiefase wordt dit vooral bepaald door de 'Arbeidssatisfactie' en in de nameting door een combinatie van 'Arbeidssatisfactie' en de 'Leeftijd van de cliënt'. Het is opmerkelijk dat de zorgverleners beter aan de norm voldoen naarmate ze ouder worden en naarmate ze langer binnen de voorziening werkzaam zijn.

In de consultatiefase en de nameting kon het belang van de directe factoren niet worden aangetoond. Schijnbaar spelen hier dus andere factoren een grotere rol in het verklaren van het behalen van het aantal werkdoelen. Dit resultaat ondersteunt de bevindingen in hoofdstuk zes waarin wordt beweerd dat zodra de indirecte factoren een negatieve invloed uitoefenen op het bereiken van programmaresultaten dit de invloed van de directe factoren overschaduwde. Daarnaast is het opmerkelijk dat de 'arbeidssatisfactie' tijdens de consultatiefase een negatieve samenhang (indien medewerkers minder tevreden zijn, stellen ze meer werkdoelen op) en tijdens de nameting een positieve samenhang (hoe minder medewerkers tevreden zijn, hoe minder werkdoelen worden opgesteld) vertoont. De werking van de arbeidssatisfactie is dus wisselend per fase, schijnbaar afhankelijk van andere factoren.

### 7.2.2 Predictoren voor het aantal formeel correcte werkdoelen

Met model vier wordt gesteld dat het aantal correcte werkdoelen per cliënt afhankelijk is van

- (a) visie van betrokken zorgverleners;
- (b) opleidingsniveau;
- (c) beoordeling van de relatie tussen zorgverlener en cliënt;
- (d) beoordeling van de complexiteit van de werkwijze;
- (e) kennisniveau; en
- (f) vaardigheidsniveau.

### Implementatiefase

Model vier wordt tijdens de implementatiefase getoetst om te bekijken welke voorspellende variabelen van belang zijn om formeel correcte (dit is technische en inhoudelijk correcte) werkdoelen te kunnen opstellen. Voor het technische aspect lijken opleidingsniveau en beheersing van de werkwijze van belang. De beheersing van de werkwijze komt tot uitdrukking in de score op de effectmaat 'Kennis', 'Vaardigheden' en op de 'Beoordeling van de complexiteit van de werkwijze'. Voor het inhoudelijke aspect (dit is dat de werkdoelen goed bij de hoofdoelen aansluiten) lijkt met name 'Visie' van belang. De beoordeling van de relatie tussen de zorgverlener en cliënt wordt als controlevariabele meegenomen omdat verwacht wordt dat indien de zorgverlener een betere relatie heeft met de cliënt hierdoor meer werkdoelen opgesteld kunnen worden die passend zijn bij de cliënt.

Tabel 7.6 toont dat de totale variantie 3.14 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 1.20. In totaal wordt 62% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. Significante vaste effecten zijn de visie van zorgverleners op de zorg voor 'hun' cliënten, de beoordeling van de complexiteit van de werkwijze door de zorgverleners en het gewenst aantal doelen.

Een begeleidingsgroep stelt meer correcte werkdoelen op zodra de visie op de cliënt meer relationeel gericht is en ze de werkwijze als complexer beoordelen. Tijdens de implementatiefase stellen zorgverleners meer correcte werkdoelen indien ze onderkennen dat de nieuwe werkwijze niet makkelijk is en ze een visie in hun handelen tot uitdrukking laten komen die gericht is op het leren kennen van de cliënt. De toename van de variantiecomponent op cliëntniveau door het toevoegen van de verklarende variabelen hangt samen met het feit dat de verklarende variabelen juist op het groepsniveau een sterk effect hebben.

Tabel 7.6 Resultaten in de implementatiefase van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Visie zorgverleners', 'Opleidingsniveau', 'Relatie', 'Beoordeling van de complexiteit van de werkwijze', 'Kenniss', 'Vaardigheidsniveau' op de afhankelijke variabele 'Verschilscore tussen gewenst aantal formeel correcte doelen en behaald aantal formeel correcte werkdoelen' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		261.69
Random-deel	schatting	S.E.
Op cliëntniveau	0.48	0.22
Op groepsniveau	2.18*	0.58
Gekruist effect		
Begeleidingsgroep	0.48	0.31
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		215.78
Vaste effecten	schatting	S.E.
Visie zorgverleners	0.56*	0.23
Opleidingsniveau	-0.24	0.28
Relatie	0.24	0.20
Beoordeling van de complexiteit van de werkwijze	0.19*	0.09
Kennisniveau	-0.35	0.27
Vaardigheidsniveau	-0.13	0.28
Voorziening 2	-0.37	0.60
Voorziening 3	0.06	0.47
Gewenste aantal doelen	0.86*	0.12
Random-deel		
Op cliëntniveau	0.91	0.27
Op groepsniveau	0.20	0.22
Gekruist effect		
Begeleidingsgroep	0.08	0.14

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \*  $p < .05$

## Consultatie

In tabel 7.7 wordt model vier weer getoetst maar is een aantal variabelen weggelaten en toegevoegd. De variabelen die zijn weggelaten zijn de visie van de zorgverlener, de relatie

tussen zorgverlener en cliënt en de beoordeling van de complexiteit. Deze variabelen zijn alleen tijdens de implementatiefase gemeten en niet meer tijdens de andere fasen. De variabelen die zijn toegevoegd zijn de mogelijkheden van de cliënt en de leeftijd van de cliënt. Dit betekent dat het model dat in tabel 7.7 getoetst wordt er als volgt uitziet:

Het aantal correcte werkdoelen hangt af van:

- de mogelijkheden van een cliënt;
- de leeftijd van een cliënt;
- opleidingsniveau van zorgverlener;
- kennisniveau van zorgverlener; en
- vaardigheidsniveau van zorgverlener.

(het gewenst aantal werkdoelen en voorziening worden als controlevariabelen meegenomen)

Tabel 7.7 toont echter dat kan worden gezien dat in de consultatiefase het model nauwelijks iets oplevert. Alleen het kennisniveau is statistisch significant.

**Tabel 7.7** Resultaten in de consultatiefase van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd cliënt', 'Mogelijkheden cliënt', 'Opleidingsniveau', 'Kennis' en 'Vaardigheid' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal correcte werkdoelen' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N =91)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.09	.08	.10
Dummy variabele voorziening	-.16	-.18	-.16
Mogelijkheden cliënt		-.11	-.12
Leeftijd cliënt		-.05	-.02
Opleidingsniveau			.00
Kennis			.23*
Vaardigheden			-.13
Aangepaste R <sup>2</sup>	1%	0%	0%
F change	F(2, 88) = 1.57 p = 0.21	F(2,86) = .78 p = 0.46	F(3,83) = .97 p = 0.41

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \*p < .10. \*\*p < 0.05. \*\*\*p < 0.01.

### Nameting

In de nameting wordt hetzelfde model getoetst als in de consultatiefase. Tabel 7.8 toont dat in de nameting het aangepaste model vier niet geschikt is. Indien alleen gekeken wordt naar controlevariabelen en variabelen van de cliënt dan wordt 4,6% van de variantie verklaard. Voorziening B wijkt significant af van voorziening A wat betreft het opstellen van correct aantal werkdoelen. In de tweede regressiestap wordt gezien dat het correct aantal werkdoelen afhankelijk is van de leeftijd van de cliënt. Naarmate een cliënt ouder wordt, worden minder werkdoelen opgesteld. Dit effect valt echter weg zodra kenmerken van de zorgverlener worden toegevoegd.

Tabel 7.8 Resultaten in de nameting van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Leeftijd cliënt', 'Mogelijkheden cliënt', 'Opleidingsniveau', 'Kenniss', 'Vaardigheid', 'Beoordeling van de complexiteit' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal correcte werkdoelen' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N = 94)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.08	.16	.13
Dummy variabele voorziening	.18*	.19*	.22*
Mogelijkheden cliënt		-.08	-.08
Leeftijd cliënt		-.20*	-.18
Opleidingsniveau			-.01
Kennis			-.10
Vaardigheden			-.03
Beoordeling van de complexiteit van de werkwijze			.10
Aangepaste R <sup>2</sup>	2%	5%	2%
F change	F(2, 91) = 1.93 p = 0.15	F(2, 89) = 2.26 p = 0.11	F(4, 85) = .44 p = 0.78

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10

## Conclusie

Het aantal correcte werkdoelen wordt per fase door verschillende factoren bepaald. Tijdens de implementatiefase wordt het aantal correcte werkdoelen vooral bepaald door de gehanteerde visie van de zorgverlener op de cliënt en de ervaren complexiteit van de werkwijze. Tijdens de implementatiefase stellen zorgverleners meer correcte werkdoelen op indien ze onderkennen dat de nieuw te leren werkwijze niet makkelijk is en ze een visie in hun handelen tot uitdrukking laten komen die gericht is op het leren kennen van de cliënt. Tijdens de consultatiefase is het model niet geschikt. In de nameting is voor het aantal correcte werkdoelen de voorziening waarin gewerkt wordt van belang en de leeftijd van de cliënt. In de consultatiefase en in de nameting zijn de variabelen visie en complexiteit niet meegenomen. Mogelijk dat deze wel van invloed waren, gegeven de hoogte van de variantie die door deze variabelen in de implementatiefase werd verklaard.

### 7.2.3 Predictoren voor het aantal werkdoelen met een positieve score

In model vijf wordt gesteld dat het aantal werkdoelen met een positieve score afhankelijk is van: (a) mogelijkheden van de cliënt; en (b) visie van zijn zorgverleners. Tijdens het toetsen van dit model wordt tijdens de implementatiefase gecontroleerd voor de relatie tussen zorgverlener en cliënt. Tijdens de consultatiefase en de nameting worden een aantal variabelen niet meer meegenomen. Dit is de visie van de zorgverlener en de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Deze zijn beiden alleen bij aanvang van het project gemeten en niet meer tijdens de consultatiefase en nameting. Tijdens deze laatste twee fasen zijn andere kenmerken



van de cliënt (leeftijd) en zorgverlener (leeftijd, opleidingsniveau en tijd werkzaam binnen de organisatie) toegevoegd. Daarnaast is gecontroleerd voor het totaal aantal gewenste doelen en de voorziening waarin de cliënten wonen.

### Implementatiefase

Tijdens de implementatiefase wordt gekeken in hoeverre het aantal werkdoelen met een positieve score afhankelijk is van de visie van de zorgverlener en de mogelijkheden van de cliënt. De relatie tussen de cliënt en zorgverlener wordt als controlevariabele meegenomen omdat verwacht wordt dat deze variabele de resultaten zal beïnvloeden. In dit model is niveau één gedefinieerd door de begeleidingsgroep en niveau twee door cliënt. Immers, iedere begeleidingsgroep heeft per cliënt een score op de afhankelijke variabele. In deze analyse wordt tevens rekening gehouden met het gekruiste effect van begeleidingsgroep en cliënt.

Tabel 7.9 Resultaten in implementatiefase van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Relatie', 'Mogelijkheden van cliënt', en 'Visie van zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Verschilscore tussen gewenst aantal werkdoelen met positieve score en behaald aantal werkdoelen met positieve score' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		524.90
Random-deel	Schatting	S.E.
Op begeleidingsgroepniveau	0.79	0.26
Op cliëntniveau	0.50	0.18
Gekruist effect		
Begeleidingsgroep/cliënt	0.81*	0.26
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		479.75
Vaste effecten	Schatting	S.E.
Relatie	0.29*	0.12
Mogelijkheden van cliënt	-0.19	0.13
Visie van zorgverlener	0.36*	0.15
Random-deel		
Op begeleidingsgroepniveau	0.80	0.15
Op cliëntniveau	0.04	0.09
Gekruist effect		
Begeleidingsgroep/cliënt	0.68*	0.21

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \* p < .05

In tabel 7.9 staan de resultaten van het model beschreven. In dit model is het aantal werkdoelen met een positieve score afhankelijk van de relatie tussen de cliënt en zorgverlener, de mogelijkheden van de cliënt, de visie van de zorgverlener. Er kan worden afgelezen dat de totale variantie ( $0.79 + 0.50 + 0.81$ ) 2.10 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 1.52. In totaal wordt 28% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. De variantie wordt vooral bepaald door de verschillen tussen begeleidingsgroepen en het gekruist effect. Verschillen tussen cliënten dragen hier nauwelijks aan bij. Deze worden blijkbaar goed gerepresenteerd door de vaste effecten. Significante vaste effecten zijn de relatie tussen zorgverlener en cliënten en de visie van zorgverleners op de zorg voor 'hun' cliënt.

Tijdens de implementatiefase kan worden geconcludeerd dat de discrepantie tussen behaald en gewenst aantal werkdoelen met een positieve score kleiner is (en dus meer positieve werkdoelen worden gescoord) indien de relatie tussen cliënt en zorgverlener beter wordt beoordeeld en de visie op de cliënt relationeel gericht is (in plaats van persoons- of groepsgericht). Dit betekent dat zorgverleners beter in staat zijn werkdoelen op te stellen die aansluiten bij de behoeften van de cliënt zodra ze de cliënt beter kennen en een visie in hun handelen tot uitdrukking laten komen die gericht is op het in relatie treden met de cliënt.

### Consultatie

Tijdens de consultatiefase wordt getoetst of het aantal werkdoelen met een positieve score afhankelijk is van de mogelijkheden van een cliënt, de leeftijd van een cliënt, de opleiding van de zorgverlener, het aantal jaren dat de zorgverlener werkzaam is op de voorziening en zijn leeftijd. Er wordt gecontroleerd voor de voorziening en het gewenst aantal werkdoelen.

Tabel 7.10 toont dat het aantal werkdoelen met een positieve score vooral afhankelijk is van de voorziening. In voorziening B worden minder werkdoelen met een positieve score opgesteld dan in voorziening A. Dit betekent dat zorgverleners in voorziening A beter in staat zijn werkdoelen op te stellen die tegemoetkomen aan de behoeften van de cliënten dan de zorgverleners in voorziening B. Er worden geen overige significante effecten gezien.

Tabel 7.10 Resultaten in de consultatiefase van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Mogelijkheden cliënt', 'Leeftijd cliënt', 'Opleiding zorgverlener', 'Aantal jaar werkzaam op de voorziening', 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal werkdoelen met positieve score' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N =91)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.14	.11	.12
Dummy variabele voorziening	-.23**	-.24**	-.27**
Mogelijkheden cliënt		-.10	-.11
Leeftijd cliënt		-.06	-.05
Opleiding zorgverlener			.02
Aantal jaren werkzaam op voorziening			-.15
Leeftijd zorgverlener			-.04
Aangepaste R <sup>2</sup>	5%	4%	4%
F change	F(2, 88) = 3.33 P = 0.04	F(2, 86) = .73 P = 0.48	F(2, 83) = .95 P = 0.42

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \*\* p < .05

### Nameting

In de nameting wordt hetzelfde model getoetst als in de consultatiefase. Er worden geen statistisch significante effecten gevonden.

Tabel 7.11 Resultaten in de nameting van de meervoudige regressie analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Mogelijkheden cliënt', 'Leeftijd cliënt', 'Opleiding zorgverlener', 'Aantal jaar werkzaam op de voorziening', 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Behaald aantal werkdoelen met positieve score' wordt getoetst met 'Voorziening' en 'Gewenst aantal werkdoelen' als controlevariabelen (N =91)

Variabelen	Regressiestappen		
	1	2	3
Gewenst aantal werkdoelen	.01	.09	.09
Dummy variabele voorziening	.16	.15	.13
Mogelijkheden cliënt		-.08	-.10
Leeftijd cliënt		-.18	-.17
Opleiding zorgverlener			-.02
Aantal jaren werkzaam op voorziening			-.14
Leeftijd zorgverlener			-.08
Aangepaste R <sup>2</sup>	0%	2%	2%
F change	F(2,91) = 1.14 p = 0.32	F(2,89) = 1,79 p = 0.17	F(4,85) = 0,95 p = 0.45

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \*\* p < .05

## Conclusie

Tijdens de implementatiefase kan worden geconcludeerd dat een relationeel gerichte visie van de zorgverlener en de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt bepalend is voor het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld met een positieve score. Het model is in de consultatiefase niet geschikt en in de nameting wordt gezien dat voorziening A meer werkdoelen heeft met een positieve score dan voorziening B. Het aantal werkdoelen met een positieve score is niet afhankelijk van de voorspellende variabelen die in dat model zijn getoetst. Er zijn dus andere factoren van meer belang. Mogelijk dat de variabele 'Visie' en 'Relatie' eveneens van invloed zijn tijdens de consultatiefase en de nameting. Gegevens over deze variabelen zijn tijdens deze fasen niet verzameld. Echter ook de aanwezigheid van de indirecte factoren tijdens de consultatie- en nameting kunnen hierbij een rol spelen.

## 7.3 Predictoren voor de effectmaten Kennis en Vaardigheden

### 7.3.1 Predictoren voor het behaalde kennisniveau

In model zes wordt gesteld dat het niveau dat zorgverleners behalen op kennis afhankelijk is van (a) opleidingsniveau en (b) arbeidssatisfactie.

#### Implementatiefase

Dit model wordt getoetst met een multiniveau-analyse waarbij niveau één gedefinieerd wordt door de zorgverleners en niveau twee door de woongroepen. Tijdens toetsing wordt gecontroleerd voor de voorziening. Dit betekent dat de voorziening als vast effect wordt meegenomen binnen het ingevuld model.

Tabel 7.12 toont dat de totale variantie ( $0.58 + 0.11$ ) 0.69 is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 0.48. In totaal wordt 30% van de variantie verklaard door de vaste effecten van het ingevulde model. Een significant vast effect is 'Opleiding'. Tijdens de implementatiefase kan worden geconcludeerd dat zorgverleners een hoger kennisniveau halen indien het opleidingsniveau hoger is. De onverklaarde variantie van het ingevulde model wordt vooral bepaald door onbekende verschillen tussen zorgverleners onderling.

Tabel 7.12 Resultaten van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleidingsniveau zorgverlener' en 'Arbeidssatisfactie' op de afhankelijke variabele 'Kenniss' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		87.73
Random-deel	Schatting	S.E.
Op zorgverlenerniveau	0.58	0.17
Op groepsniveau	0.11	0.14
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		75.65
Vaste effecten	Schatting	S.E.
Algemeen gemiddelde	3.23	1.12
Opleidingsniveau zorgverleners	0.41*	0.14
Arbeidssatisfactie	0.03	0.05
Random-deel		
Op zorgverlenerniveau	0.48	0.11
Op groepsniveau	0.00	0.00

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \* p < .05

### Consultatiefase

In de consultatiefase wordt met behulp van meervoudige regressie-analyse dezelfde predictoren gebruikt als in de implementatiefase. Tevens worden twee predictoren toegevoegd namelijk de leeftijd van de zorgverlener en het aantal jaren dat een zorgverlener op een voorziening werkzaam is. De reden hiervoor is dat tijdens de implementatiefase uit de resultaten van de analyse naar voren komt dat ook andere dan de getoetste variabelen op zorgverlenerniveau, van belang zijn. Bij toetsing van deze hypothese wordt echter geen statistisch significant effect gevonden. Ook niet voor de predictor 'Opleiding'. Dit betekent dat de effectmaat 'Kenniss' tijdens de consultatiefase niet voorspeld kan worden aan de hand van de variabelen die binnen dit onderzoek zijn gehanteerd.

Tabel 7.13 Resultaten in de consultatiefase van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleiding zorgverlener', 'Beoordeling Arbeidssatisfactie', 'Aantal jaren werkzaam op de voorziening', 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Kenniss' wordt getoetst met 'Voorziening' (N =94)

<b>Variabelen</b>	<b>Regressiestappen</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>
Dummy variabele voorziening	-.04	-.06
Opleiding zorgverlener		.15
Aantal jaren werkzaam op de voorziening		-.12
Leeftijd zorgverlener		-.00
Aangepaste R <sup>2</sup>	1%	0%
F change	F(1,89) = .15 p = .70	F(3,86) = 1.09 p = .36

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10 \*\* p < .05

## Nameting

In de nameting wordt hetzelfde model getoetst als in de consultatiefase. Er wordt bekeken of het kennisniveau afhankelijk is van de opleiding van de zorgverlener, het aantal jaren dat die werkzaam is en de leeftijd van de zorgverlener. De variabele 'Voorziening' wordt meegenomen als controlevariabele.

Tabel 7.14 toont dat maar 3,9% van de totale variantie verklaard kan worden aan de hand van predictoren uit het model. Dit is de voorziening waarin een zorgverlener werkt en de leeftijd van een zorgverlener. Voorziening B heeft tijdens de nameting meer kennis omtrent het werken met het programma dan voorziening A. Daarnaast neemt het kennisniveau toe naarmate medewerkers ouder worden.

Tabel 7.14 Resultaten in de nameting van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleiding zorgverlener', 'Beoordeling Arbeidsatisfactie', 'Aantal jaren werkzaam op de voorziening', 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Kennis' wordt getoetst met 'Voorziening' (N =94)

Variabelen	Regressiestappen	
	1	2
Dummy variabele voorziening	.19*	.24**
Opleiding zorgverlener		.03
Beoordeling arbeidsatisfactie		.09
Aantal jaren werkzaam op de voorziening		-.05
Leeftijd zorgverlener		.26*
Aangepaste R <sup>2</sup>	3 %	4 %
F change	F(1, 92) = 3.39 p = .07	F (4, 88) = 1.33 p = .27

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \*  $p < .10$  \*\*  $p < .05$

## Conclusie

Het behaalde kennisniveau wordt in de implementatiefase vooral bepaald door de opleiding van de zorgverleners. In de consultatiefase levert het model niets op. In de nameting wordt het kennisniveau vooral bepaald door de leeftijd van de zorgverlener en de voorziening waar wordt gewerkt.

### 7.3.2 Predictoren voor het behaalde vaardigheidsniveau

In model zeven wordt gesteld dat het niveau dat zorgverleners behalen op 'Vaardigheid' afhankelijk is van opleidingsniveau en de beoordeling van de totale arbeidssatisfactie.

## Implementatiefase

Model zeven wordt in de implementatiefase getoetst door middel van een multiniveau-analyse waarbij niveau één gedefinieerd wordt door de zorgverleners en niveau twee door de woongroepen. Tijdens toetsing wordt gecontroleerd voor de voorziening. Dit betekent dat de voorziening als vast effect wordt meegenomen binnen het ingevuld model

Tabel 7.15 Resultaten van de multiniveau analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleidingsniveau zorgverlener', 'Arbeidssatisfactie' op de afhankelijke variabele 'Vaardigheid' wordt getoetst

<b>A. Basismodel</b>		
Deviantie leeg model		95.03
Random-deel	Schatting	S.E.
Op zorgverlenerniveau	0.75	0.15
Op groepsniveau	0.07	0.15
<b>B. Ingevuld model</b>		
Deviantie ingevuld model		79.95
Vaste effecten	Schatting	S.E.
Algemeen gemiddelde	5.52	1.19
Opleidingsniveau zorgverleners	0.47*	0.15
Arbeidssatisfactie	-0.12*	0.05
Random-deel		
Op zorgverlenerniveau	0.54	0.15
Op groepsniveau	0.00	0.08

Noot. De coëfficiënten zijn ongestandaardiseerde coëfficiënten. De S.E. is de standaardfout. \*  $p < .05$

De totale variantie is 0.82. De onverklaarde variantie van het ingevulde model is 0.54. In totaal wordt 34% van de variantie verklaard door de vaste effecten 'Opleiding' en 'Arbeidssatisfactie'. Het model laat zien dat het vaardigheidsniveau voorspeld wordt uit het opleidingsniveau en de beoordeling van het werk zelf waarbij geldt dat indien zorgverleners zich negatiever uitlaten op het werk dit bijdraagt aan een hoger vaardigheidsniveau. Medewerkers die voor de implementatie een minder positief oordeel hebben over het werk zelf, zijn aan het einde van de implementatiefase vaardiger in het opstellen, uitvoeren en evalueren van werkdoelen. Daarnaast geldt dat zorgverleners met een hoger opleidingsniveau eveneens beter in staat zijn tot deze taken.

### Consultatie

In de consultatiefase worden met behulp van meervoudige regressie-analyse dezelfde predictoren gebruikt zoals die in model zeven beschreven staan. Aan dit model worden echter twee predictoren toegevoegd namelijk de 'Leeftijd van de zorgverlener' en het 'Aantal jaren dat een zorgverlener op een voorziening werkzaam' is. De reden hiervoor is dat tijdens de implementatiefase uit de resultaten van de analyse naar voren komt dat ook andere dan de getoetste variabelen op zorgverlenerniveau van belang zijn.

Bij toetsing van dit model in de consultatiefase wordt echter geen statistisch significant effect gevonden. Ook niet voor de predictoren die tijdens de implementatiefase wel statistisch significant waren ('Opleiding' en 'Arbeidssatisfactie'). Dit betekent dat de effectmaat 'Vaardigheid' tijdens de consultatiefase niet afhankelijk is van de variabelen die binnen dit

model zijn getoetst.

Tabel 7.16 Resultaten in de consultatiefase van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleiding zorgverlener', 'Beoordeling Arbeidssatisfactie', 'Aantal jaren werkzaam op de voorziening', en 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Vaardigheid' wordt getoetst met 'Voorziening' (N =94)

Variabelen	Regressiestappen	
	1	2
Dummy variabele voorziening	.09	.05
Opleiding zorgverlener		.11
Aantal jaren werkzaam op de voorziening		-.08
Leeftijd zorgverlener		-.13
Aangepaste R <sup>2</sup>	0%	1%
F change	F(1,89) = .73 p = .40	F(3,86) = 1.27 p = .29

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10 \*\* p < .05

### Nameting

In de nameting wordt eveneens gekeken of het vaardigheidsniveau afhankelijk is van de kenmerken van de zorgverlener ('Opleiding', 'Aantal jaar werkzaam' en 'Leeftijd') met 'Voorziening' als controlevariabele. In de nameting levert dit model niets op.

Tabel 7.17 Resultaten in de nameting van de meervoudige regressie-analyse waarmee de statistische significantie van de voorspellende variabelen 'Opleiding zorgverlener', 'Beoordeling Arbeidssatisfactie', 'Aantal jaren werkzaam op de voorziening', en 'Leeftijd zorgverlener' op de afhankelijke variabele 'Vaardigheid' wordt getoetst met 'Voorziening' (N =94)

Variabelen	Regressiestappen	
	1	2
Dummy variabele voorziening	.16	.20*
Opleiding zorgverlener		-.03
Beoordeling arbeidssatisfactie		.06
Aantal jaren werkzaam op de voorziening		-.11
Leeftijd zorgverlener		.21
Aangepaste R <sup>2</sup>	2%	0%
F change	F(1, 92) = 2.37 p = .13	F(4, 88) = .64 p = .64

Noot. De coëfficiënten zijn gestandaardiseerde coëfficiënten. \* p < .10 \*\* p < .05

### Conclusie

In de implementatiefase wordt de variantie in vaardigheid voornamelijk bepaald door het opleidingsniveau en de beoordeling van de arbeidssatisfactie. Tijdens de consultatiefase en de nameting levert het model niets op. Er spelen andere factoren een rol dan die in het model zijn opgenomen.



## Hoofdstuk 8

# Conclusie en discussie

### Inleiding

In hoofdstuk één werd de algemene vraagstelling van het onderzoek als volgt geformuleerd: Kunnen de relevante omgevingsfactoren achterhaald worden bij implementatie van het Opvoedingsprogramma en kunnen deze, indien mogelijk, positief worden beïnvloed? Deze vraag werd nader toegespitst in drie onderzoeksvragen. De eerste twee vragen worden beantwoord op basis van de resultaten die in hoofdstuk vijf tot en met hoofdstuk zeven zijn gepresenteerd. Deze vragen zijn gericht op het onderkennen van relevante factoren en op het inzicht krijgen in de relatie tussen programmaresultaten en omgevingsfactoren. De derde onderzoeksvraag betreft het gericht beïnvloeden van relevante omgevingsfactoren zodat een implementatie van het programma meer succesvol is. Deze vraag kan binnen dit onderzoek niet rechtstreeks worden beantwoord omdat de gekozen onderzoeksopzet geen rechtstreekse beïnvloeding mogelijk maakte. Aan deze vraag wordt wel tegemoetgekomen zodra de relevantie van de gevonden resultaten voor de praktijk wordt besproken (paragraaf 8.3).

### 8.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

#### 8.1.1 Onderzoeksvraag 1

##### Onderzoeksvraag 1

**Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aantoonbaar binnen de context waarin het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd?**

Deze vraag is opgedeeld in twee subvragen:

##### Subvraag 1.1

**Welke factoren worden in de literatuur aangeduid als mogelijk bevorderend en/of belemmerend tijdens het implementatieproces?**

Voor het beantwoorden van deze vraag werd gezocht naar wetenschappelijke literatuur op het gebied van de implementatie van vernieuwingen. De literatuur op dit terrein is gebaseerd op verschillende theorieën zoals die bestaan binnen de sociale wetenschappen, de economie en de organisatiekunde. De wetenschappelijke onderbouwing van deze theorieën is echter beperkt, zeker wat betreft hun effectiviteit en toepasbaarheid binnen de gehandicaptenzorg. Voor het selecteren van relevante factoren betekent dit het volgende. Ten eerste is het aantal factoren dat van belang wordt geacht groot en is het niet duidelijk wat het relatieve belang van iedere factor afzonderlijk is op het behalen van programmaresultaten. Ten tweede is vanuit de

literatuur geen eenduidige beschrijving te vinden op welk moment een bepaalde factor van invloed is en wat de richting van de beïnvloeding is (positief of negatief). Ten derde worden in de literatuur nauwelijks aanwijzingen gevonden over de onderlinge beïnvloeding van factoren en de consequenties hiervan op de programmaresultaten. Ten slotte is nog nauwelijks onderzoek uitgevoerd naar het belang van eerder aangetoonde relevante factoren in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Vanwege deze tekortkomingen werd in hoofdstuk drie gekozen voor een eclecticische benadering waarmee de voor dit onderzoek van belang geachte factoren geselecteerd kunnen worden. Centraal in deze benadering staat de theorie-gestuurde programma-evaluatie van Chen (1990) en de normatieve theorie over de gewenste implementatiecontext van het Opvoedingsprogramma. Met behulp van deze twee kaders konden van belang geachte omgevingsfactoren worden geselecteerd. Deze factoren werden in zeven domeinen geclusterd. De domeinen betreffen:

- (a) de personen met ernstige meervoudige beperkingen;
- (b) de zorgverlener;
- (c) de perceptie van het programma door zorgverleners;
- (d) de organisatie;
- (e) de microcontext;
- (f) relaties met andere organisaties; en
- (g) de macrocontext.

Voor een overzicht van factoren wordt verwezen naar tabel 3.3. De wijze waarop de geselecteerde factoren zijn geoperationaliseerd in concrete waarneembare variabelen wordt in hoofdstuk vier (en bijlage I-4) beschreven. Er zijn twee typen factoren aan te duiden. Het eerste type factoren is te operationaliseren in directe waarneembare variabelen, binnen dit onderzoek aangeduid als 'de directe factoren'. Het tweede type factoren kan niet weergegeven worden in direct waarneembare variabelen en spelen meer een rol in de randvoorwaardelijke sfeer. Binnen dit onderzoek worden zij als 'indirecte factoren' aangeduid.

## Subvraag 1.2

### **Welke factoren manifesteren zich tijdens het implementeren en bestendigen van het Opvoedingsprogramma?**

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat de factoren zoals deze vanuit de literatuur geselecteerd zijn, relevant zijn binnen dit onderzoek. De relevantie van een factor is echter niet op ieder moment hetzelfde en niet steeds in dezelfde mate. De relevantie van iedere factor (dat wil zeggen wel of geen beïnvloeding van programmaresultaten), de mate waarin de factoren de programmaresultaten beïnvloeden en de richting van beïnvloeding van programmaresultaten (bevorderend dan wel belemmerend) kan per fase en per implementatie-omgeving verschillend zijn (zie tabel 5.4, tabel 6.3 en tabel 6.5).

Ten eerste laat het onderzoek zien dat de relevantie van factoren bepaald wordt door de fase waarin het implementatieproces zich bevindt. Ten tweede is de mate van beïnvloeding door een factor per fase verschillend. Factoren kunnen in meerdere fasen van invloed zijn op het behalen van programmaresultaten maar de mate van beïnvloeding is wisselend.

Daarnaast wordt de mate van beïnvloeding eveneens bepaald door de combinatie van aanwezige factoren. Opmerkelijk is dat soms relatief weinig positieve factoren de aanwezigheid van relatief veel belemmerende factoren kunnen compenseren. Dit wordt geïllustreerd aan de

hand van de implementatieprocessen van de voorzieningen B en C. In voorziening B waren bij aanvang van de adoptiefase twee factoren aanwezig die een bevorderende invloed hadden, namelijk 'Zichtbaarheid van de resultaten' en 'Samenwerking'. Deze twee factoren hadden een voldoende bevorderende werking om het opstellen van werkdoelen te stimuleren. Binnen voorziening C waren geen bevorderende factoren aan te wijzen. De aanwezigheid van alleen maar belemmerende factoren tijdens de implementatiefase en de afwezigheid van bevorderende factoren aan het einde van de implementatiefase resulteerden in het afbreken van het implementatieproces. Ten derde ligt de richting van beïnvloeding door een factor niet op voorhand vast maar wordt medebepaald door de fase waarin het implementatieproces zich bevindt en de aanwezigheid van andere omgevingsfactoren. Een illustratie hiervan is de factor 'Arbeidssatisfactie'. Deze hangt tijdens de consultatiefase negatief samen met het behalen van correcte werkdoelen, tijdens de nameting wordt een positieve samenhang gezien. Dit hangt samen met de aanwezigheid van andere belemmerende factoren in die implementatiefase zoals bijvoorbeeld verminderd programmatisch handelen, zwakke samenwerking met het management en een onduidelijke taak- en verantwoordelijkheidstoedeling.

### **Beantwoording van vraag 1**

Naar aanleiding van het bovenstaande luidt de beantwoording van onderzoeksvraag 1 als volgt. Met behulp van het kader dat in hoofdstuk drie is geschetst, zijn de omgevingsfactoren achterhaald die invloed hebben op het bereiken van gewenste resultaten van het Opvoedingsprogramma. De mate van beïnvloeding kan echter niet per factor eenduidig worden weergegeven. Dit is afhankelijk van de fase waarin het implementatieproces zich bevindt en de aanwezigheid van andere factoren.

## **8.1.2 Onderzoeksvraag 2**

### **Onderzoeksvraag 2**

**Welke bevorderende en belemmerende relaties zijn aantoonbaar tussen de effecten van het Opvoedingsprogramma en de implementatiecontext?**

Om deze vraag te beantwoorden wordt eerst antwoord gegeven op de vier subvragen benoemd in hoofdstuk één.

#### **Subvraag 2.1**

**Voldoet de gehanteerde implementatiestrategie aan de formele en inhoudelijke eisen?**

De implementatiestrategieën die in de voorzieningen A en B werden gehanteerd voldoen aan de inhoudelijke en formele eisen. De implementatiestrategie in voorziening C voldeed wél aan de inhoudelijke eisen maar níet aan de formele eisen. De duur van het implementatietraject en aantal deelnemers per cursusbijeenkomst was afwijkend. Een afwijkende implementatiestrategie binnen voorziening C kan als verklaring dienen voor de discrepantie in het aantal behaalde en gewenste werkdoelen. Een afwijkende implementatiestrategie kan echter niet worden gehanteerd als verklaring voor de discrepanties op de effectmaten 'formeel correcte werkdoelen', 'aantal werkdoelen met een positieve score', 'kennis' en 'vaardigheden'. De zorg-

verleners van voorziening C die deelnamen aan de cursus hebben gemiddeld genomen evenveel training en informatie ontvangen als de zorgverleners van de overige voorzieningen.

## Subvraag 2.2

### Wat zijn de gewenste en behaalde resultaten per fase?

Gewenste effectmaten tijdens de adoptiefase zijn 'Adoptie van het Opvoedingsprogramma' en 'Overeenstemming in beschreven en gesignaleerde problemen'. De adoptie van het programma door medewerkers van voorziening A was matig tot redelijk (paragraaf 5.2.1). De adoptie door medewerkers van voorziening B en C was zwak (paragraaf 6.1.2 en 6.2.2). Er bestond een verschil in overeenstemming in beschreven en gesignaleerde problemen. De theorie van het Opvoedingsprogramma gaat uit van inhoudelijke problemen terwijl zorgverleners voor het merendeel organisatorische problemen benoemen.

Ten aanzien van de gewenste effectmaat I (68% van het totaal aantal gewenste werkdoelen is opgesteld) kan worden gesteld dat tijdens de implementatiefase alleen de woongroepen van voorziening A voldoen aan deze gewenste effectmaat. Tijdens de consultatiefase en de nameting voldoet geen enkele voorziening aan de gewenste effectmaat. Tijdens alle fasen worden veel minder werkdoelen opgesteld dan is gewenst.

Ten aanzien van effectmaat II (68% van het totaal aantal werkdoelen is formeel correct) kan worden gesteld dat de drie voorzieningen over het algemeen tijdens alle fasen aan deze effectmaat voldoen (figuur 5.3, figuur 6.3 en tabel II-2.1 van bijlage II).

Ten aanzien van effectmaat III (68% van het totaal aantal correct opgestelde werkdoelen heeft een positieve score) wordt het volgende gezien. De meerderheid van de medewerkers van voorziening A en B voldoet tijdens alle fasen aan dit criterium. De meerderheid van de medewerkers van voorziening C voldoet niet aan dit criterium.

Ten aanzien van effectmaat IV (behalen van score 4 op de effectmaat 'Kennis') wordt in zowel voorziening A als B dezelfde geleidelijke stijging gezien (figuur 5.5 en figuur 6.5). De meerderheid behaalt de criteriumscore van 4 aan het einde van de consultatiefase. Opvallend is echter de daling in score tijdens de nameting in voorziening A. Ditzelfde wordt niet gezien in voorziening B. De medewerkers van voorziening C voldoen in de implementatiefase niet aan het criterium (tabel II-3.1 van bijlage II-3) en scoren opvallend slecht in vergelijking met de overige twee voorzieningen. Opvallend is ook de inbreng van de therapeuten in voorziening A. Zij laten aan het begin van de implementatiefase een relatief hoge score zien maar blijven tijdens de nameting onder de norm presteren. De activiteitenbegeleiders laten geen hoog beginniveau zien en bereiken tijdens de nameting ook het criterium niet.

Ten aanzien van effectmaat V (behalen van score 4 op de effectmaat 'Vaardigheid') wordt gezien dat tijdens de consultatiefase een meerderheid van de medewerkers van voorziening A en B het gewenste criterium van vier bereikt (figuur 5.6 en figuur 6.6). Tijdens de nameting wordt gezien dat de stijgende trend bij een meerderheid van de medewerkers in voorziening A niet wordt doorgezet en er zelfs dalingen in scores te constateren vallen. Dit is nauwelijks het geval bij medewerkers van voorziening B. Opvallend is dat de therapeuten van voorziening A tijdens het gehele implementatietraject niet aan het gewenste criterium van score vier voldoen. In voorziening C voldoen de therapeuten heel goed aan de norm tijdens de implementatiefase. Dit in tegenstelling tot de overige medewerkers van voorziening C die, met uitzondering van de therapeuten, niet aan de norm voldoen (tabel II-3.2).

### Subvraag 2.3

#### Welke factoren uit de implementatie-omgeving hangen samen met de discrepantie tussen gewenste en behaalde resultaten?

Zoals bij de beantwoording van vraag 1b duidelijk werd, kan de invloed van een factor op de programmaresultaten niet in absolute termen beschreven worden maar is afhankelijk van de fase waarin het implementatietraject verkeert en de aanwezigheid van andere factoren. Toch wordt, bij de beantwoording van deze vraag, per factor kort de relevantie en de mate en richting van beïnvloeding op de programmaresultaten beschreven. Bij de beantwoording van subvraag 2.4 volgt een verdere nuancering. Bij de beantwoording van deze subvraag wordt gebruikgemaakt van de (beschrijvende) gegevens uit hoofdstuk vijf en zes en de meer kwantitatieve gegevens uit hoofdstuk zeven.

#### Kenmerken van de doelgroep

De leeftijd van de cliënt en het repertoire aan mogelijkheden hebben invloed op de programmaresultaten. Voorafgaand aan het onderzoek werd gedacht dat de leeftijd een rol zou spelen omdat het programma was ontwikkeld voor kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. Voor oudere personen met ernstige meervoudige beperkingen werden tijdens alle fasen minder werkdoelen verwacht. Dit is echter niet het geval. Tijdens de implementatiefase worden voor zowel de kinderen, jongvolwassenen als ouderen dezelfde hoeveelheid werkdoelen opgesteld. Leeftijd lijkt dan geen rol te spelen. Tijdens de consultatiefase en de nameting echter, wordt het voor begeleiders moeilijker om werkdoelen te blijven opstellen voor de oudere cliënten. Medewerkers geven aan dat na een halfjaar geen nieuwe vaardigheden meer gezien en/of ontwikkeld kunnen worden bij oudere cliënten. Het opstellen van werkdoelen voor het instandhouden of uitbreiden van vaardigheden, wordt niet van belang geacht. Dit omdat er te veel werk in het opstellen en reflecteren op werkdoelen gaat zitten in relatie tot de opbrengst van deze werkdoelen. Tijdens de consultatiefase en de nameting heeft leeftijd een negatieve invloed op het opstellen van werkdoelen. Deze beschrijving wordt bevestigd door de gegevens uit hoofdstuk zeven. Tijdens de implementatiefase wordt leeftijd niet als een statistisch significante voorspeller aangeduid. Dit is eveneens het geval tijdens de consultatiefase. Echter tijdens de nameting blijkt de variabele leeftijd wel een statistisch significante voorspeller te zijn voor de discrepantie tussen behaalde en gewenste resultaten.

Het repertoire aan mogelijkheden van een cliënt heeft invloed op het aantal werkdoelen dat wordt opgesteld. Medewerkers geven meermalen aan het moeilijk te vinden werkdoelen op te stellen en te blijven opstellen voor cliënten met weinig mogelijkheden. De variabele 'Mogelijkheden van de cliënt' is een statistisch significante voorspeller voor de discrepantie in behaalde en gewenste resultaten. Hoe minder mogelijkheden iemand heeft (of toebedacht worden), hoe groter de discrepantie in resultaten. De statistische significantie van deze voorspeller kon alleen tijdens de implementatiefase worden aangetoond, niet tijdens de consultatiefase en nameting.

#### Kenmerken van de zorgverleners

Uit de observaties tijdens de cursus komt naar voren dat een relatiegerichte visie een positieve invloed heeft op het opstellen van formeel inhoudelijk correcte werkdoelen (dit zijn werkdoelen die goed aansluiten bij de behoeften van de cliënt) en deze zorgverleners lijken even-

eens meer werkdoelen op te stellen met een positieve score. Deze visie lijkt voor alle implementatiefasen van belang. Uit de resultaten van hoofdstuk zeven blijkt dat de visie van de zorgverlener een statistisch significante positieve voorspeller is voor het opstellen van formeel correcte werkdoelen en werkdoelen met een positieve score. Een visie die meer overeenkomt met die van het Opvoedingsprogramma (dit is een visie gericht op het bewerkstelligen en instandhouden van een relatie met de cliënt) heeft een positieve invloed op het aantal formeel correcte werkdoelen en het aantal werkdoelen met een positieve score. De variabele visie is alleen tijdens de adoptiefase gemeten en kon om deze reden tijdens de consultatiefase en nameting niet meer meegenomen worden in de analyses.

Opleidingsniveau lijkt uit de resultaten van hoofdstuk vijf en zes een positieve invloed te hebben op het opstellen van formeel correcte werkdoelen en op de maten 'Kennis' en 'Vaardigheden' tijdens de cursusfase. Tijdens de overige fasen is het onduidelijk wat de invloed is van het opleidingsniveau. Uit de resultaten van hoofdstuk zeven komt naar voren dat het opleidingsniveau een statistisch significante positieve voorspeller is tijdens de implementatiefase voor de programmaresultaten 'Kennis' en 'Vaardigheden'. Dit is echter niet het geval voor het opstellen van formeel correcte werkdoelen. Tijdens de consultatiefase en de nameting kon de statistische significantie van de factor opleidingsniveau niet worden aangetoond.

De tijd die medewerkers binnen de voorziening werkzaam zijn, is van invloed op de programmaresultaten. Uit hoofdstuk vijf en zes komt naar voren dat indien een zorgverlener langer binnen een voorziening werkt, zij meer afwachtend zijn ten opzichte van het programma. Zorgverleners die korter werkzaam zijn, reageren meer enthousiast en ondernemen sneller actie. Het is echter opmerkelijk dat uit hoofdstuk zeven naar voren komt dat naarmate zorgverleners langer binnen een voorziening werken zij meer aan het gewenste effectcriterium voldoen. Dit betekent dat zorgverleners die langer binnen de voorziening werkzaam zijn, tijdens de implementatiefase minder enthousiast en meer afwachtend zijn maar wel beter aan de norm voldoen dan de medewerkers die een kortere tijd werkzaam zijn. Tijdens de consultatiefase en de nameting zijn echter geen aanwijzingen gevonden voor de mate en de richting van de invloed van deze factor op programmaresultaten.

De leeftijd van medewerkers heeft eveneens invloed op het behalen van programmaresultaten. De leeftijd van zorgverleners hangt samen met de beoordeling van de cursus en de perceptie van de complexiteit van de werkwijze. Naarmate zorgverleners ouder zijn is de beoordeling van de cursus lager en vinden ze de werkwijze meer complex. Opvallend is dat tijdens de implementatiefase zorgverleners die ouder zijn meer aan de gewenste effectmaat voldoen dan jongere zorgverleners. Ook wordt gezien dat naarmate zorgverleners ouder zijn, zij tijdens de nameting meer kennis van het programma hebben dan de jongere zorgverleners. Dit wordt door de resultaten in hoofdstuk vijf en hoofdstuk zes bevestigd. Tijdens de implementatiefase zijn zorgverleners naarmate ze ouder zijn, meer afwachtend en minder enthousiast. Tijdens de consultatiefase en de nameting echter lijkt leeftijd juist een positieve rol te spelen. Uit de observaties komt naar voren dat oudere medewerkers meer werkdoelen blijven opstellen dan de jongere medewerkers.

De arbeidssatisfactie is ook van invloed op het behalen van programmaresultaten. Uit hoofdstuk vijf en zes komt naar voren dat een lage arbeidssatisfactie in de adoptiefase een positieve invloed heeft op het behalen van het aantal gewenste werkdoelen. Medewerkers met een relatief hoge arbeidssatisfactie lijken minder werkdoelen op te stellen. Tijdens de consultatiefase en de nameting ligt dit anders. Een lage arbeidssatisfactie in deze fasen heeft een negatieve invloed op het behalen van het aantal gewenste werkdoelen. De arbeidssatisfactie wisselt gedurende het implementatieproces in voorzieningen A en B en uit de observaties komt naar voren dat de veranderingen in arbeidssatisfactie van invloed lijken te zijn op de programmaresultaten. Uit de resultaten van hoofdstuk zeven komt naar voren dat arbeidssatisfactie tijdens de implementatiefase een statistisch significante negatieve voorspeller is voor de effectmaat 'Vaardigheid'. Dit betekent dat naarmate een zorgverlener tijdens de adoptiefase hoger scoort op 'Arbeidssatisfactie' een lagere score op 'Vaardigheid' zal worden gezien tijdens de implementatiefase. Tijdens de consultatiefase wordt gezien dat de arbeidssatisfactie een statistisch significante negatieve voorspeller is voor het behalen van het gewenste aantal werkdoelen. Dit betekent dat er meer werkdoelen worden opgesteld indien de arbeidssatisfactie lager is. In de nameting is arbeidssatisfactie een statistisch significant positieve voorspeller voor het behalen van het gewenste aantal werkdoelen. Dit betekent dat indien in de nameting een zorgverlener hoger scoort op arbeidssatisfactie, deze zorgverlener ook meer werkdoelen opstelt.

### **De perceptie van het programma door zorgverleners**

In dit domein werden voor dit onderzoek vijf omgevingsfactoren geselecteerd: het relatieve voordeel, de compatibiliteit, de complexiteit, de deelbaarheid en de zichtbaarheid. Met uitzondering van de factor 'Zichtbaarheid' zijn op basis van de onderzoeksresultaten geen eenduidige relaties te beschrijven tussen deze factoren en de programmaresultaten. De factor 'Zichtbaarheid' hangt positief samen met de wijze waarop de cursus als complex wordt ervaren. De mate en de richting van de beïnvloeding door alle factoren zijn echter afhankelijk van de fase en de context waarbinnen het programma wordt geïmplementeerd. De wijze waarop het programma door zorgverleners ervaren wordt, is eerder een graadmeter voor de wijze waarop de zorgverleners de aansluiting tussen het programma en de organisatiekenmerken ervaren.

### **Organisatiekenmerken**

De factoren binnen dit domein (programmatisch handelen, samenwerking en taak- en verantwoordelijkheidstoedeling) hebben invloed op het bereiken van programmaresultaten. Op basis van de onderzoeksresultaten binnen dit onderzoek komt naar voren dat indien er geen programmatisch handelen op de verschillende niveaus binnen een voorziening aanwezig is, dit belemmerend werkt. Dit geldt tevens voor een taak- en verantwoordelijkheidstoedeling die niet helder is. Wat betreft de samenwerking kan worden geconstateerd dat vooral de samenwerking tussen directe zorgverleners en management van belang is. Indien het management onvoldoende adequaat reageert op de cruciale momenten heeft deze factor een negatieve invloed. Op basis van de onderzoeksresultaten kan worden gesteld dat de factoren binnen dit domein zich in de randvoorwaardelijke sfeer bevinden om de programmaresultaten te bereiken.

### Microcontext

In dit onderzoek komt naar voren dat veel personeelwisselingen op woongroepniveau niet van invloed hoeven te zijn op het bereiken van programmaresultaten. De invloed van personeelwisselingen is afhankelijk van het type zorgverlener dat wisselt (medewerkers die er niet werken of medewerkers die al langere tijd op de groep werken) en de combinatie van wisselingen. Indien een hoge frequentie van wisseling veroorzaakt wordt door alleen maar nieuwe zorgverleners (zoals invalkrachten, stagiaires) heeft dit geen invloed op het bereiken van gewenste programmaresultaten. Zorgverleners ervaren de wisselingen echter wel als negatief omdat steeds weer nieuwe mensen moeten worden ingewerkt. Indien de wisselingen veroorzaakt worden door een combinatie van nieuwe medewerkers en medewerkers die er al langer werken, heeft dit wel een negatieve invloed.

### Relaties met andere organisaties

Binnen dit onderzoek heeft een negatieve informatie-uitwisseling over het project een negatieve invloed gehad op het bereiken van programmaresultaten. De negatieve informatie-uitwisseling veroorzaakte onrust waardoor het management van voorziening B en C niet voldoende flexibel meer reageerde op benodigde aanpassingen van hun organisatie op de eisen van het Opvoedingsprogramma.

### Macrocontext

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de factor 'Concurrerende vernieuwingen' een grote invloed heeft op het bereiken van gewenste programmaresultaten. Binnen dit onderzoek vonden veel en tegelijkertijd verlopende vernieuwingen op verschillende niveaus plaats zonder een duidelijke inhoudelijke en organisatorische afstemming. Binnen dit onderzoek was deze factor het meest verantwoordelijk voor het niet bereiken van programmaresultaten tijdens de nameting.

## Subvraag 2.4

### Op welke wijze hangen deze factoren onderling samen?

Binnen dit onderzoek zijn twee type factoren aan te duiden. Factoren waarvan een duidelijke directe relatie met programmaresultaten is aan te tonen en factoren waarvan de invloed alleen indirect via beschrijvingen is aan te tonen. De directe factoren zijn de factoren binnen de domeinen 'Kenmerken van de doelgroep' en 'Kenmerken van de zorgverlener'. De indirecte factoren zijn de factoren van de overige domeinen. De indirecte factoren bevinden zich in de randvoorwaardelijke sfeer: indien hieraan niet wordt voldaan, hebben deze een belemmerende invloed op de programmaresultaten. Indien aan deze factoren wel wordt voldaan, kan vervolgens de invloed van de directe factoren op de programmaresultaten worden bepaald. Ter illustratie kan het volgende voorbeeld worden gehanteerd. Tijdens de implementatiefase spelen in voorziening A de indirecte factoren nog nauwelijks een rol. Hierdoor kan inzicht verkregen worden in de werking van de directe factoren. Indien echter problemen ontstaan met de aansluiting van het programma met de implementatieomgeving dan blijken de indirecte factoren van meer belang te zijn voor het bereiken van programmaresultaten dan de directe factoren. Uit de statistische analyses komt naar voren dat de spreiding in de resultaten niet verklaard kan worden aan de hand van de werking van directe factoren. Andere, niet in de ana-



lysen meegenomen factoren zijn op dat moment meer van belang. Vanuit de beschrijving in hoofdstuk vijf en zes komt naar voren dat dit de factoren op de domeinen 'Perceptie van het programma door zorgverleners', 'Organisatiekenmerken', 'Microcontext', 'Relaties met andere organisaties' en 'Macrocontext' zijn. Indien alle factoren op een bepaald moment een negatieve invloed hebben, worden nauwelijks nog programmaresultaten bereikt. Echter, indien een aantal factoren een positieve werking heeft kan dit als tegenhanger dienen voor de overige factoren en kunnen alsnog goede programmaresultaten worden bereikt.

### **Beantwoording van vraag 2**

Omdat de gehanteerde implementatiestrategie binnen voorziening A en voorziening B overeenkwam met de geplande implementatiestrategie, konden relaties tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten worden achterhaald. Het blijkt dat een relatie tussen een omgevingsfactor en een programmaresultaat afhankelijk is van de overige aanwezige omgevingsfactoren binnen een lokale implementatiecontext en de fase van het implementatieproces. Op grond van de resultaten kan wel worden geconcludeerd dat een onderscheid dient te worden gemaakt tussen de directe en de indirecte factoren. De mate van beïnvloeding door de directe factoren (doelgroep- en zorgverlenerkenmerken) wordt bepaald door de aanwezigheid van belemmerende indirecte factoren. De factoren op het domein van 'de perceptie van het programma' kunnen worden gezien als mediërende factoren tussen enerzijds de indirecte factoren en anderzijds de directe factoren.

### **Beantwoording van de algemene vraagstelling**

Met behulp van dit onderzoek kan maar gedeeltelijk antwoord worden gegeven op de centrale onderzoeksvraag. In dit onderzoek konden relevante omgevingsfactoren achterhaald worden bij de implementatie van het Opvoedingsprogramma. De selectie van deze factoren staat beschreven in het antwoord op onderzoeksvraag 1. De werking van deze factoren, dit is de mate en richting van beïnvloeding, staat beschreven in het antwoord op onderzoeksvragen 2.3 en 2.4. De wijze waarop deze factoren mogelijk positief te beïnvloeden zijn, kon binnen dit onderzoek niet worden beantwoord. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kan wel nader inzicht gegeven worden in de wijze waarop de factoren positief kunnen worden beïnvloed. Dit wordt in paragraaf 8.3 beschreven waarin op basis van de gevonden resultaten aanbevelingen worden gedaan.

## **8.2 Beschouwing van de onderzoeksresultaten**

Volgens Wensing en Grol (2002) is een goede manier om belemmerende en bevorderende factoren voor verandering te identificeren, een combinatie te gebruiken van gedetailleerde bestudering van enkele gevallen om mogelijke relevante factoren op te sporen. Hiervoor kunnen verschillende manieren van dataverzameling (zoals observatie, vragenlijsten, interviews) en data-analysetechnieken (kwalitatief versus kwantitatief) worden gebruikt. Bij aanvang van dit onderzoek (maar ook op dit moment nog) was nog weinig wetenschappelijk onderzoek gericht naar de waarde van de diverse methoden. In paragraaf 8.2.1 wordt hier nader op in gegaan door de consequenties van gebruikte methode van onderzoek te bespreken.

Vervolgens worden in paragraaf 8.2.2 de onderzoeksresultaten nader bekeken. In dit onderzoek is nagegaan welke factoren van invloed zijn op het behalen van de gewenste resultaten met het Opvoedingsprogramma. Uit de onderzoeksresultaten komt naar voren dat de invloed van iedere factor niet zozeer van invloed is maar dat het juist gaat om de relaties tussen factoren onderling die het succes van een vernieuwing bepalen. Er zijn gewoonweg geen factoren aan te wijzen die altijd een bevorderende en/of belemmerende invloed hebben op de resultaten. Het gaat erom dat je de aanwezige factoren inventariseert en vooraf een idee vormt over de wijze waarop deze factoren elkaar binnen een lokale context gaan beïnvloeden. Hierbij kan het opgestelde model met zeven omgevingsdomeinen als leidraad dienen.

### 8.2.1 Opmerkingen bij de methode van onderzoek

Binnen dit onderzoek is met behulp van theoriegestuurde programma-evaluatie getracht belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van het Opvoedingsprogramma te identificeren en te analyseren. Voor deze onderzoeksmethode is gekozen omdat binnen dit onderzoek verschillende dataverzamelingsstrategieën en analysetechnieken met elkaar gecombineerd konden worden. De keuze voor de binnen dit onderzoek gehanteerde methode van onderzoek heeft bepaalde consequenties. Deze hebben betrekking op de selectie van de onderzoekseenheden, het niet gebruiken van controlegroepen, de dubbelrol van onderzoeker en implementator, de gebruikte dataverzamelingsmethoden en de gebruikte analysemethoden. Deze worden achtereenvolgens kort besproken:

1. De selectie van de onderzoekseenheden. Binnen dit onderzoek werd het Opvoedingsprogramma geïmplementeerd in de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen. Een stichting heeft zich hiervoor vrijwillig aangemeld. Dit betekent dat vooraf de drie voorzieningen, de betrokken woongroepen en de betrokken zorgverleners vastlagen. Deze konden dus niet aselekt worden gekozen en moeten opgevat worden als gepaarde waarnemingen. Dit kan consequenties hebben voor de externe validiteit van het onderzoek. Mogelijk dat de gevonden onderzoeksresultaten niet generaliseerbaar zijn naar en over andere voorzieningen, woongroepen of zorgverleners heen. Deelname op vrijwillige basis kan de respons verhogen, maar kan ook betekenen dat de onderzoekspopulatie sterk gemotiveerd is om zich voor het onderwerp in te zetten. Deze zogenaamde selectiebias kan de resultaten van het onderzoek verstoren. Binnen dit onderzoek echter wordt bij de analyse van de beginsituatie zo'n diversiteit in waarden op relevante omgevingsfactoren gezien dat verwacht wordt dat deze selectiebias een kleine rol speelt. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van multiniveau analyse waarbij juist gekeken wordt of verschillen tussen zorgverleners, cliënten, woongroepen en voorzieningen significant zijn.
2. Het niet gebruiken van controlegroepen. Met behulp van controlegroepen kan een aantal bedreigingen van de interne validiteit worden gereduceerd zoals historie (tijdens de duur van het onderzoek een natuurlijke toename in het opstellen van werkdoelen), en testeffect (medewerkers gaan meer werkdoelen opstellen omdat ze hierop worden bekeken). In dit onderzoek is geen gebruikgemaakt van controlegroepen omdat niet het aantonen van de effectiviteit van het programma centraal stond maar het achterhalen van factoren die van invloed waren op de behaalde effecten.

3. De dubbelrol van onderzoeker en implementator. Binnen dit onderzoek is de onderzoeker tevens de implementator geweest van het Opvoedingsprogramma. Dit kan invloed hebben op de uitgevoerde implementatiestrategieën en de verzamelde onderzoeksgegevens. Om na te gaan of de implementator dezelfde implementatiestrategie heeft gehanteerd in de drie voorzieningen is een implementatiestrategie-evaluatie uitgevoerd. Hieruit bleek dat de implementatiestrategie door voorziening A en B hetzelfde werd ervaren ondanks de verschillen in de aanvangssituaties. De implementatiestrategie in voorziening C werd echter anders ervaren dan in voorziening A en B. De belangrijkste oorzaak lijkt de afwezigheid van deelname door zorgverleners te zijn, echter een eventuele invloed van de rol van de implementator kan niet worden achterhaald. Daarnaast is het onduidelijk in welke mate de dubbelrol van onderzoeker en implementator van invloed is geweest op de kwaliteit van dataverzameling.
4. De gebruikte dataverzamelingmethoden. Binnen dit onderzoek is een aantal dataverzamelingstechnieken gehanteerd waarvan de validiteit en betrouwbaarheid niet in eerder onderzoek is aangetoond (zoals de vragenlijst 'Beoordeling Werksituatie'). Daarnaast werden verschillende technieken naast elkaar gebruikt (interviews, vragenlijsten en observaties) zodat het niet altijd mogelijk was de verschillende data (en hiermee de factoren) met elkaar te vergelijken.
5. Ten aanzien van de statistische analysetechnieken kunnen een aantal opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste is tijdens de implementatiefase gebruikgemaakt van multiniveau analysetechnieken. Het voordeel van deze methode is dat rekening gehouden wordt met (random) verschillen op het cliëntniveau, alsook met random verschillen tussen woongroepen en voorzieningen. Dit betekent onder andere dat met deze methode wordt tegengegaan dat door de samenhang in de data, verschillen ten onrechte als significant worden aangeduid. Het was echter tijdens de consultatiefase en de nameting niet mogelijk multiniveau analyse te gebruiken. De statistische modellen waren soms te ingewikkeld om te toetsen. Dit kwam enerzijds door het grote aantal onafhankelijke variabelen en anderzijds door een ontbrekende hoeveelheid data (mede door het wegvallen van de gegevens uit voorziening C). Tijdens de consultatiefase en de nameting werd gebruikgemaakt van meervoudige regressie-analyse. Het nadeel van deze methode is het verlies aan informatie. Hierdoor zijn mogelijk bestaande, relevante verschillen ten onrechte als niet significant aangeduid. Dit kan de reden zijn waarom tijdens de consultatiefase en de nameting weinig statistisch significante verschillen worden gevonden bij factoren die tijdens de implementatiefase wel significant bleken te zijn. Het niet vinden van bestaande relevante verschillen tijdens de consultatiefase en de nameting wordt ook belemmerd door het feit dat de onderzoekers de keuze hebben gemaakt de missende waarden te vervangen door de gemiddelde waarden bij de meervoudige regressie-analysen. Tevens wordt met meervoudige regressie-analyse eveneens niet gecontroleerd voor de afhankelijkheid in de waarneming (meerdere variabelen worden bij dezelfde cliënt of zorgverlener gemeten).  
 Ten tweede was het door deze manier van onderzoek doen mogelijk kwalitatieve onderzoeksmethoden te combineren met meer kwantitatieve methoden. Dit is een zinvolle combinatie gebleken. De drie implementatieprocessen konden hierdoor goed beschreven worden én er konden goed onderbouwde uitspraken gedaan worden over de samenhang tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten. Dit heeft een statusverhogend effect voor implementatie-onderzoek.

Ten slotte heeft dit onderzoek een hoge mate van ecologische validiteit. Het onderzoek is uitgevoerd in een natuurlijke situatie. Dit bracht met zich mee dat de onderzoekers op verschillende momenten verschillende knelpunten zijn tegengekomen die situatiespecifiek waren. Echter dit is een situatie die ook binnen andere voorzieningen wordt tegengekomen en die kenmerkend is voor het implementeren van vernieuwingen binnen een bestaande situatie.

### 8.2.2 De onderzoekresultaten nader bekeken

In figuur 6.16 in hoofdstuk zes staat een model beschreven dat een visuele weergave is van de beïnvloedende relaties tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten. Dit model is bruikbaar gebleken om inzicht te verkrijgen in de samenhang tussen de omgevingsfactoren en de beïnvloeding van deze factoren op programmaresultaten. De factoren die in dit model staan weergegeven bleken relevant voor het implementeren van het Opvoedingsprogramma. In dit model is echter geen richting van beïnvloeding aangegeven omdat deze binnen iedere fase en onder andere omstandigheden wisselende effecten bleek te hebben. Het model is ook bruikbaar gebleken voor het opstellen van hypothesen die in hoofdstuk zeven konden worden getoetst. Ook de resultaten in dit hoofdstuk bevestigen dat de invloed van een factor wisselt, afhankelijk van de fase in het proces en de omstandigheden.

Op basis van dit onderzoek kan worden aangegeven dat een programma de meeste effecten oplevert zes maanden na de start van de implementatiefase. Twaalf maanden na de start van de implementatie worden de resultaten al minder en dit is achttien maanden na de start van de implementatie helemaal het geval.

Zes maanden na de start van het implementeren van het Opvoedingsprogramma hangen de effecten vooral samen met een combinatie van cliënt en zorgverlenerskenmerken. Indien medewerkers tijdens de adoptiefase een visie hanteren waarbij het leren kennen en het opbouwen van een relatie centraal staat, levert dit de meeste effecten op. Zodra medewerkers een groeps- of persoonsgerichte visie hanteren, zijn de effecten direct na invoering minder duidelijk aanwezig. Eveneens spelen de mogelijkheden van een cliënt en diens leeftijd een rol. Indien de cliënt meer beperkingen kent en ouder is worden minder effecten gezien, zeker indien medewerkers niet gericht zijn op het in contact treden met de cliënt maar op het ontwikkelen van vaardigheden of op het (groepsgericht) verzorgen van de cliënt. Bijzonder is dat leeftijd van zorgverleners hierbij eveneens een rol speelt. Zodra zorgverleners ouder zijn worden meer effecten bewerkstelligd. Oudere medewerkers zijn beter in staat programma-effecten vast te houden. Dit kan verklaard worden door het feit dat oudere medewerkers tijdens de implementatiefase meer sceptisch staan ten opzichte van het programma. Ze doen goed mee tijdens de cursus om een goede indruk te krijgen van het programma. Daarnaast vinden ze zelf dat ze niet zo snel leren als jongere collega's. Ze oefenen meer omdat ze vinden dat ze meer oefening nodig hebben dan jongere collega's. Hierdoor zijn de medewerkers die wat ouder zijn meer intensief met het programma aan de slag waardoor ze tijdens de nameting meer kennis van het programma hebben dan zorgverleners die jonger zijn. Dit betekent dat oudere medewerkers het leren werken met de nieuwe werkwijze niet onderschatten en dat dit positief bijdraagt aan het behalen van programmaresultaten. Dit lijkt een pro-innovation bias tegen te gaan.

Twaalf maanden na de start van de implementatie worden factoren van belang die zich in de randvoorwaardelijke sfeer bevinden. Dit zijn organisatiekenmerken zoals samenwerking met het management, een goede programmatische afstemming tussen de verschillende niveaus binnen een voorziening en een heldere taak en verantwoordelijkheidstoedeling. Indien zorgverleners zien dat het management een actieve bijdrage levert om deze structuren meer bij het programma te laten aansluiten wordt het programma door hen als meer positief gepercipieerd. Het programma wordt dan bijvoorbeeld als minder complex ervaren. Opmerkelijk is dat de invloed van personeelwisselingen op het programma niet kon worden aangetoond. Er dient gekeken te worden naar het type zorgverlener dat wisselt en de combinatie van wisselingen. Desondanks ervaren zorgverleners personeelwisselingen als een extra belasting. Zeker in situaties waarin nauwelijks ondersteuning wordt ervaren van management, de taak en verantwoordelijkheden niet helder zijn en de werkzaamheden op de verschillende niveaus niet op elkaar zijn afgestemd.

Achttien maanden na de start wordt een duidelijke terugval in resultaten gezien. Een belangrijke samenhang wordt gezien met de vele vernieuwingen die elkaar in korte tijd opvolgen. Medewerkers lijken overspoeld te raken door de verschillende projecten terwijl tegelijkertijd wordt gezien dat bij oudere cliënten en cliënten met minder mogelijkheden het moeizamer wordt om na achttien maanden nieuwe werkdoelen te blijven opstellen.

### 8.3 Relevantie voor de praktijk

Dit onderzoek laat zien dat het welslagen van de implementatie in de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen op een complexe manier afhangt van velerlei factoren. Niet zo zeer tijdens het eerste half jaar nadat een vernieuwing is ingezet maar juist in die periode daarna. Het blijkt moeilijk te zijn doelgericht te blijven werken voor mensen die veel beperkingen kennen en al wat ouder zijn. Dit is in overeenstemming met resultaten van eerdere studies die lieten zien dat de kwaliteit van geboden zorg samenhangt met het repertoire aan mogelijkheden en beperkingen van een cliënt (Seys, Duker, Saleminck & Franken-Wijnhoven, 1998; Hile & Walbran, 1991). Dit is op zich een zorgelijk gegeven waarmee in de toekomst rekening moet worden gehouden. De huidige zorg voor deze specifieke doelgroep schiet op dit moment op verschillende terreinen tekort en hier is de laatste tijd ook de nodige aandacht voor (IZG, 2000; Schuurman, 2002). Uit dit onderzoek blijkt echter dat het niet voldoende is om oplossingen voor deze knelpunten te bedenken en deze vervolgens te implementeren. Er dient juist aandacht besteed te worden aan de borging van deze oplossingen minstens een jaar na implementatie. Indien men hierop niet bedacht is, zijn de voorgestelde veranderingen niet meer dan schijnoplossingen en blijven de echte problemen zich onverminderd voordoen, weliswaar meer bedekt. Zodra men denkt een vernieuwing te hebben afgerond begint het eigenlijke werk pas. Het blijkt dan vooral van belang te zijn de verschillende vernieuwingsprojecten op elkaar af te stemmen zowel inhoudelijk als in tijd. De meeste voorzieningen doen meerdere projecten tegelijkertijd. Het is dan ook van belang dat de vernieuwingsprojecten zo dienen te worden gekozen en uitgevoerd dat voldoende aandacht is voor de integratie van resultaten van eerdere projecten in de hierop volgende projecten. Op deze manier worden voorzieningen gedwongen zich te realiseren op welke wijze vernieuwin-

gen met elkaar samenhangen en hoe deze vertaald dienen te worden naar een doelgroep waarop nieuwe inzichten niet zo makkelijk zijn toe te passen. Dit betekent vooral keuzen durven maken en een inhoudelijk innovatiebeleid ontwikkelen dat permanent in beweging blijft waarbij het monitoren van resultaten essentieel is. Een speerpuntenbeleid maken waarbij deze doelgroep gedurende een aantal jaren in de schijnwerpers staat is een goed begin maar onvoldoende en na verloop van tijd bovenal demotiverend. Er wordt dan veel energie gestoken in het succesvol afronden van een project waarna de resultaten waarschijnlijk snel weer verdwijnen.

Bovenstaande betekent dat het aanstellen van een beleidsfunctionaris speciaal voor deze doelgroep binnen een voorziening noodzakelijk is. Deze persoon dient de ontwikkelingen op de verschillende niveaus van een voorziening in de gaten te houden en aan te geven wat voor consequenties deze hebben voor de directe begeleiding van personen met ernstige meervoudige beperkingen.

Daarnaast dient aandacht te bestaan voor de samenstelling van het team van professionals. In dit team moet voortdurend een goede balans bestaan tussen de verschillende kenmerken van deze professionals. Zo dient een team divers te zijn wat betreft de leeftijd van zorgverleners. Zorgverleners die jonger zijn beginnen graag aan iets nieuws en kunnen worden gezien als de zogenaamde voorlopers. Zorgverleners die wat ouder zijn, bieden juist tegenwicht zodat niet halsoverkop in iets nieuws wordt gestapt maar dat de vernieuwing voor deze doelgroep goed doordacht wordt. Oudere medewerkers lijken een meer realistische inschatting van het leerproces te maken. Daarnaast zijn zowel de tijd die mensen werkzaam zijn op de groep alsook de visie van de zorgverlener van belang. Personen met ernstige meervoudige beperkingen zijn afhankelijk van andere mensen waarmee ze een relatie hebben kunnen opbouwen. Dit betekent dat binnen een team van zorgverleners altijd medewerkers aanwezig moeten zijn die al wat langer op de woongroep werken. Personeelwisselingen hoeven geen invloed te hebben mits er voldoende voor de cliënt vertrouwde zorgverleners overblijven. Daarnaast stelt het hebben van een relatie ook eisen aan de visie die zorgverleners hanteren. Personen met meervoudige beperkingen hebben zorgverleners nodig die gericht zijn op de persoon en niet op zijn onmogelijkheden. Dit vereist wel degelijk een bepaald denkniveau en er dient een bepaalde beroepshouding te worden ontwikkeld die gericht is op het leren kennen van de persoon in tegenstelling tot een houding die alleen maar gericht is op het zo goed mogelijk verzorgen en/of ontwikkelen. Permanente scholing is hierbij van belang. Deze permanente scholing dient aan te sluiten bij de leerbehoeften, leerstijlen en de motivatie tot leren bij de zorgverleners.

Vernieuwingen bij deze groep mensen zijn alleen zinvol indien deze structureel geïntegreerd zijn in het beleid van de voorziening. Het management dient duidelijke keuzen te maken en zij dienen afspraken hieromtrent regelmatig op alle niveaus terug te halen. Voor het evalueren van deze afspraken dient men te beschikken over voldoende en heldere informatie. Deze informatie moet gebaseerd zijn op de gegevens die verzameld zijn binnen alle niveaus van een voorziening, dus ook de gegevens op het niveau van de zorgverlener en de cliënt. Indien deze gegevens in het beleid worden meegenomen kunnen de denk- en beslisprocessen bij zowel het management als de zorgverleners op grond van relevante informatie plaatsvinden. Ten slotte vraagt een verandering op microniveau ook een blijvende actieve rol van het management. Zij dienen de (financiële, personele en structurele) voorwaarden in de praktijk te scheppen om continu leren of veranderen mogelijk te maken. Dit vergt een actieve betrokkenheid van managers.

## 8.4 Aanbevelingen voor nader wetenschappelijk onderzoek

Dit onderzoek laat zien dat implementeren niet alleen maar het verspreiden van kennis is. Er komt veel meer bij kijken en vele factoren spelen hierbij een rol. Binnen dit onderzoek zijn veel factoren onderzocht op relevantie. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op deze factoren afzonderlijk en kunnen nagaan of door manipulatie van deze factoren implementatie-effecten beter bekliven. De voorbeeldrol van management zou een goede aanleiding tot onderzoek zijn. Een vraag die hierbij centraal zou kunnen staan is welke kwaliteiten een manager zou moeten bezitten om vernieuwingen in deze specifieke zorg succesvol te kunnen managen. Daarnaast is het interessant te onderzoeken welke factoren bij de zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen gestimuleerd kunnen worden zodat een beroep op zorgverleners wordt gedaan om in contact met hen te blijven. Gezien de huidige aandacht die bestaat voor deze groep mensen is het interessant om te onderzoeken welke nieuwe ontwikkelingen gaande zijn, hoe deze zich tot elkaar verhouden en hoe voorzieningen waar personen met ernstige meervoudige beperkingen verblijven (wonen of dagbesteding krijgen) hiermee omgaan.

Ten slotte is het Opvoedingsprogramma binnen dit onderzoek in drie residentiële voorzieningen geïmplementeerd. Op basis van het onderzoeksdesign en de wijze waarop de resultaten zijn geanalyseerd mag worden aangenomen dat deze resultaten redelijk generaliseerbaar zijn naar andere residentiële voorzieningen. Op dit moment is de tendens echter dat ook personen met ernstige meervoudige beperkingen zo min mogelijk gebruik moeten (gaan) maken van deze voorzieningen en op andere plaatsen moeten worden opgevangen (zoals gezinsvervangende tehuizen, dagverblijven, scholen). Het is dan ook van belang na te gaan of de resultaten die gevonden zijn binnen dit onderzoek ook toepasbaar zijn op die locaties. Immers, ondanks een andere organisatie van randvoorwaarden is het proces hetzelfde en kunnen mogelijk dezelfde omgevingsdomeinen worden aangewezen.





## Referentielijst

---

- American Association on Mental Retardation (1992). *Mental Retardation: Definition Classification and Systems of Support*. Washington DC: AAMR.
- Arts, W.F.M. (1999). Epilepsie. In H. Evenhuis & L. Nagtzaam (Eds.), *Wetenschap en geneeskunde voor mensen met een verstandelijke handicap: een nieuw ontgonnen gebied in de Nederlandse gezondheidszorg*. Den Haag: NWO.
- Barnhoorn, H. & Walda, R. (1992). *De eerste lijn op spitzten: zorgvernieuwing in de praktijk*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Beenackers, A.A.J.M. (1986). *Project-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Dissertatie Utrecht, Delft: Eburon.
- Beenackers, A.A.J.M. (1992). *Eenvoudig sturingsmodel voor de gezondheidszorg ten behoeve van management en evaluatie*. Delft: Eburon.
- Beumer, H. (2000). *Goede Zorg: Tevreden? Onderzoek naar de beoordeling van de werksituatie in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Scriptie in het kader van het doctoraal examen Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Böhmer, C.J.M., Niezen-de Boer, M.C., Klinkenberg-Knol, E.C., Devillé, W.L.J.M., Nadorp, J.H.S.M. & Meuwissen, S.G.M. (1999). The prevalence of gastro-oesophagael reflux disease in institutionalised intellectually disabled individuals. *American Journal on Gastroenterology*, 94, 804 - 810.
- Boonstra, J.J., Steensma, H.O. & Demeint, M.I. (1998). *Ontwerpen en ontwikkelen van organisatie: theorie en praktijk van complexe veranderingsprocessen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1990). Quality of life of persons with severe or profound mental retardation. In R.L. Schalock & M.J. Begab (Eds.), *Quality of life. Perspective and issues*. Washington: AAMR.
- Braddock, D. & Mitchell, D. (1992). *Residential services and developmental disabilities in the United States. A national survey of staff compensation, turnover and related issues*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Bradley, V.N., Taylor, M., Mulkern, V. & Leff, J. (1997). In R.L. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume II. Applications to persons with disabilities*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Buntinx, W.H.E. (1994). *Direct care staff turnover in residential services for people with mental handicap: the resident's perspective*. Paper presented at the Annual meeting of the American Association on Mental Retardation, Region IX, Boston, June.
- Buntinx, W.H.E. & Hoogeveen, J. (1997). *Onderzoek naar wisselingen bij leefgroep-medewerkers in residentiële zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Heel: intern onderzoeksrapport.
- Bromely, S.M. (2000). Smell and taste disorder: a primary care approach. *American Family Physician*, 15 - 1.
- Bijker, H.G. (1999). *Elke verandering is een .....*, Oratie, Twente: Universiteit Twente.

- Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening*. Leiden: DSWO Press.
- Chen, H.T. (1990). *Theory-driven Evaluations*. Newbury Park: Sage Publications.
- Chen, H.T. (1995). Designing interdisciplinary action programs through theory-driven perspective. In J.G. Bos, H.M.E. Hendrickx, K. Reyders & G.A. Schaperclaus (Eds.), *Terugblikken en Vooruitzien: verslag van een symposium ter ere van het 10-jarig bestaan van de Werkgroep Bewegingswetenschappen*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Clark, H.B., Ichinose, C.K. & Naiman, D.E. (1990). Ecobehavioral Engineering: Considerations in designing and organising residential and day treatment programs. In S.R. Schroeder (Ed.), *Ecobehavioral analysis and developmental disabilities: the twenty first century*. New York: Springer Verlag.
- Cook, T.D. & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation. Design & analysis issues for field settings*. Chicago: Rand MacNally.
- Diden, R. & Curfs, L.M.G. (2002). Slaapproblemen bij mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 28, 91 - 103.
- Dungen, M.G.M. van den (1992). Van orthopedagogische organisatie naar orthopedagogisch beleid. In *Handboek Orthopedagogiek*, 9, Assen: Wolters-Noordhoff.
- Emerson, E. & Emerson, C. (1987). Barriers to the effective implementation of habilitative behavioural programmes in an institutional setting, *Mental Retardation*, 25, 101-106.
- Evenhuis, H., Theunissen, M., Denkers, I., Verschuure, H. & Kemme, H. (2001). prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalised population with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 457 - 464.
- Evenhuis, H.M. & Nagtzaam, L.M.D. (Eds.) (1999). *Onderzoeksprogramma Chronisch Zieken. Wetenschap en geneeskunde voor mensen met een verstandelijke handicap: een nieuw ontgonnen gebied in de Nederlandse Gezondheidszorg*. Den Haag: NWO.
- Felce, D., Lowe, K. & Beswick, J. (1993). Staff turnover in ordinary housing services for people with severe or profound mental handicaps. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 143 - 152.
- Froese, P., Richardson, M., Romer, L.T. & Schwank, M. (1999). Comparing Opinions of people with developmental disabilities and significant persons in their lives using the individuals support identification System (ISIS). *Disability and Society*, 14, 831 - 843.
- Fullan, M. (1983). The meaning of educational change: a synopsis. *Pedagogisch Tijdschrift Forum voor Opvoedkunde*, 8, 454 - 464.
- Gemert, G. van (1997). Visies op zorgverlening. In G.H. Van Gemert & R.B. Minderaa (Eds.), *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum
- Gemert, G. van & Vlaskamp, C. (1997). Individuele planning van zorg. In G.H. Van Gemert & R.B. Minderaa (Eds.), *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.
- Gennep, A. van & Steman, C. (1997). *Beperkte Burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: NIZW.
- Gennep, A. van (1997). *Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Oratie, Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Gennep, A. van (2002). *De tweedeling*. Afscheidsrede Universiteit Maastricht: Unigraphic.
- Goldstein, H., Rasbash, J., Plewis, I., Draper, D., Browne, W., Yang, M., Woodhouse, G. & Healy, M. (1998). *"A user's guide to MLwiN"*. London: Multilevel Models Project, Institute of Education, University of London.

- Goode, D. & Hogg, J. (1994). Towards an understanding of holistic Quality of life in people with profound intellectual and multiple disabilities. In: D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities. International Perspectives and Issues*. Cambridge M.A.: Brookline Books Inc.
- Grandlund, M. (1993). *Communicative competence in persons with profound mental retardation. Intervention focused on the social context*. Dissertatie. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Grandlund, M. & Olsson, C. (1997). *Eerst observeren, dan communiceren. Over de beoordeling van het communicatieniveau van mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Grimshaw, J.M., Freemantle, N., Wallace, S., Russell, I., Hurwitz, B., Watt, I., Long, A. & Sheldon, T. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4, 55-64.
- Grol, R. (1996). Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in Health Care*, 5, 235 – 242.
- Grol, R.T.P.M, Everdingen, J.J.E. van & Casparie, A.F. (1994). *Invoering van richtlijnen en veranderingen; een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001). Factoren van invloed op implementatie van veranderingen. R. Grol & M. Wensing (Eds.), *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001). Effectieve implementatie: een model. In R. Grol & Wensing, M. (Eds.), *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R. & Wensing, M. (2001). Selectie van strategieën. In R. Grol & Wensing, M. (Eds.), *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hackman, J.R. & Oldham, G.R. (1974). *The job diagnostic survey; an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Yale University: Department of Administrative Sciences.
- Hammond, S. (1995). Using psychometric tests. In G.M. Breakwell, S. Hammond & C. Fife-Schaw (Eds.), *Research Methods in Psychology* (pp. 194 - 212). London: Sage.
- Hastings, R.P. & Remington, B. (1993). Is there anything on.....Why "good" behavioural programmes fail? *Clinical Psychology Forum*, 55, 9-11.
- Hile, G.H. & Walbran, B.B. (1991). Observing staff-resident interactions: what staff do, what residents receive. *Mental Retardation*, 29, 35 - 41.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1996). *Beleidsplan, 1996 - 2000*. Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Ernstig meervoudig gehandicapt en dán?* Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Janicki, M.P. & Dalton, A.J. (1998). Sensory impairments among older adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23, 3 - 11.
- Kayzel, R. (1998). *Veranderen met verstand en gevoel: een inleiding in de kunst van organisatieverandering*. Bussum: Coutinho.

- Kiernan, C.C. & Jones, M.C (1982). *Behaviour Assessment Battery. Assessment of the cognitive, communicative and selfhelp skills of the severely mentally handicapped*. Oxford: N.F.E.R.-Nelson.
- Klaassen, M., Leeftang, I., Wullems, R., Musch, R., Brouwer, H., Wijdeven, M. van de & Vermeer, A. (2000). De effecten van een bewegingsprogramma in een dagcentrum voor verstandelijk gehandicapten. *Bewegen en Hulpverlening*, 17, 42 - 53.
- Klazinga, N. (1994). Concerted action programme on quality assurance in Hospitals 1990 – 1993 (COMAC/HSR/QA). Global results of the Evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 6, 219 – 230.
- Maat, S. van der (1992). *Communicatie tussen personen met een diep mentale handicap en hun opvoed(st)ers*. Dissertatie. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Maussart, A. (1995). *Kwaliteitsmanagement en innovatie in zorginstellingen*. Delft: Eburon.
- McFadden, D.L. & Burke, E.P. (1991). Developmental Disabilities and the new paradigm; directions for the 1990s. *Mental Retardation*, 29, III-VI.
- Meininger, H.P. & Reinders, J.S. (1997). Educating and caring: a different morality? *European Journal of mental Disability*, 4, 13-18.
- Melief, M., Hoekstra, M., Langerak, E., Sijben N. & Wevers I. (1979). *Doelen stellen en evalueren*. Alphen aan de Rijn: Samson.
- Meurs, P.L., Splunteren, P.T. van & Werf, Q.T.P.F. van der (1999). De uitdagingen van effectieve implementatie. *Medisch Contact*, 54, 199-200.
- Meurs, P.L., Splunteren, P.T. van & Werf, Q.T.P.F. van der (1998). *Disseminatie en Implementatie van kennis*. Utrecht/Den Haag: KNMG/ZON.
- Ministerie van VWS (1991). *Verstandig veranderen. Zorginnovatie verstandelijk gehandicapte Personen*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Ministerie van VWS (1996). *Actualisatie 1996*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Munro, J.D., Duncan, H. & Seymour, L. (1983). Effects of front-line staff turnover on the behavior of time budget studies. *Social Indicators Research*, 30, 229 - 244.
- Nakken, H. (1983). *Psychomotore trainingsprogramma's*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nakken, H. (Ed.) (1993). *Meervoudig gehandicapten. Een zorg apart*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Nakken, H. (1997). The education of individuals with profound multiple disabilities. *European Journal on mental Disability*, 4, 19-26.
- Nakken, H. (1997). Opvoeden van kinderen met verstandelijke beperkingen. In G.H. Van Gemert & R.B. Minderaa (red.), *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. Assen: Van Gorcum.
- Nakken, H. & Vlaskamp, C. (2001). Competentiebeleving van kinderen met ernstige meervoudige beperkingen. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 40, 603- 610.
- NZI (1998). *Statistiek personeelssterkte 1997*. Utrecht, NZI.
- Ploeg, J. van der & Scholte, E. (1997). *Arbeidssatisfactie onder groepsleiders*. Utrecht: NIZW.
- Ploeg, J. van der & Scholte, E. (1998). Arbeidssatisfactie onder groepsleiders. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 37, 404 - 421.
- Pool, J. & Hesselink, M. (1998). Kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg: zorgcoördinatie in de gehandicaptenzorg als voorbeeld. In J.J. Boonstra, H.O. Steensma & M.I. Demenint (Eds.), *Ontwerpen en ontwikkelen van organisaties: theorie en praktijk van complexe veranderingsprocessen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

- Punte, L. (1995). *Implementatie van innovaties in de gezondheidszorg: een onderzoek naar factoren die de implementatie van innovaties in de gezondheidszorg bevorderen en belemmeren*. Scriptie in het kader van doctoraal examen Sociologie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Reid, D.H., Phillips, J.F. & Green, C.W. (1991). Teaching persons with profound multiple handicaps: a review of the effects of behavioral research. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 319 - 336.
- Reinders, J.S. (1993). De verstandelijke gehandicapte als persoon. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 3, 161 -172.
- Reinders, J.S. (1999). De toekomst van de Nederlandse gehandicaptenzorg. Bespiegelingen over zorg, burger- en vriendschap. In G.H.M.M. Ten Horn, W.H.E. Buntinx, P. Van Lieshout, E.Th. Van Klapwijk, A. Vos-Olyslager & B. Van Zijderveld (Eds.), *Handboek Mogelijkheden*, 7, I 7.1-1 - I 7.1-24.
- Reynders, K. (1992). *Kinderrevalidatie in pedagogisch perspectief*. Groningen: Kinderstudies
- Roelofsen, E. (2001). *The Rehabilitation Activities Profile for Children: development, implementation and evaluation*. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- Rogers, E.M. (1983). *Diffusion of innovations*. New York: The free press.
- Rossum, J.H.A., Musch, E. & Vermeer, A. (1999). Waargenomen motorische competentie alleen is niet genoeg. *Bewegen en Hulpverlening*, 16, 3 - 17.
- Ruyter, P.A., de (1993). Pedagogische hulpverleningsvisies. In *Handboek Orthopedagogiek*, 9, Assen: Wolters-Noordhoff.
- Schalock, R.L. (Ed.) (1996). *Quality of Life. Volume I. Conceptualization and Measurement*. Washington: AAMR.
- Schalock, R.L. (Ed.), (1997). *Quality of life. Volume II. Application to persons with disabilities*. Washington: AAMR.
- Schein, E.H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schermer, A. (1991). *Implementatie van een onderwijsvernieuwing: case veldwerk: theorie en praktijk. Een theorieboek voor praktische begeleiders*. Amsterdam: Algemeen Pedagogische Studiecentrum.
- Schrojenstein Lantman - de Valk, H.M.M, Akker, M. van den, Maaskant, M.A., Haveman, M.J., Urling, H.F.J., Kessels, A.G.H. & Crebolder, F.J.M. (1997). Prevalence and incidence of health problems in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 42 - 51.
- Seys, D., Duker, P., Salemink & W., Franken-Wijnhoven, J. (1998). Resident behaviors and characteristics as determinants of quality of residential care: an observational study. *Research in Developmental Disabilities*, 19, 261 - 273.
- Shortell, S.M., O'Brien, J.L., Carman, J.M., Foster, R.W., Hughes, E.F.X., Boerstler, H. & O'Conner, E.J.O. (1995). Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. *Health Service Research*, 30, 377 - 401.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sluijs, E.M., Bakker, D.H. de & Dronkers, J. (1994). *Kwaliteitssystemen in uitvoering*. Utrecht: Nivel.
- Snijders, T.A.B. & Bosker, R.J.B. (1999). *Multilevel Analysis: An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London: SAGE Publications Ltd.

- Splunteren, P. van, Bosselaar, H., Koster, A. & Boer, N. de (1998). *Werken aan vernieuwing: handreiking voor de ontwikkeling en implementatie van vernieuwingen in de ouderenzorg*. Zon: Ipsefacto.
- Stancliffe, R.J., Hayden, M.F. & Lakin, K.C. (1999). Effectiveness and Quality of individual planning in residential settings: an analysis of outcomes. *Mental Retardation*, 37, 104 – 116.
- Steeneken, M. (1998). *Programmatisch handelen in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Scriptie in het kader van het doctoraal examen Orthopedagogiek, Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Tronto, J.C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York/London: Routledge.
- Veer, A., de, Bakker, D.H. de & Peters, P. (1992). Vernieuwingsprojecten in de gezondheidszorg: een globaal overzicht. *Medisch Contact*, 47, 1033- 1037.
- Velthausz, F.J.M. (1987). *Sociaal gedrag, sociale interactie en communicatie bij diepzwakzinnigen: een observatie-onderzoek*. Dissertatie. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief: methodieontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Assen: Van Gorcum.
- Vlaskamp, C. (1997). The implementation of care programme for individuals with profound multiple disabilities. *European Journal on Mental Disability*, 4 (13), 3-12.
- Vlaskamp, C. (1999). *Een eigen perspectief*. Assen: Van Gorcum.
- Vlaskamp, C., Meulen, B.F. van der & Smrkovsky, M. (1999). *Het GedragsTaxatie-instrument (GTI): Ten behoeve van personen met ernstige meervoudige beperkingen*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Vlaskamp, C., Meulen, B.F. van der & Zijlstra, H.P. (2002). De instrumentele realisering van het GedragsTaxatieInstrument. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 41, 22 - 31.
- Vlaskamp, C. & Nakken, H. (1996). Implementatie als probleem: een gevalsbeschrijving uit de zorg voor meervoudig gehandicapten. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 12 (1), 52 – 63.
- Vlaskamp, C. & Nakken, H. (1999). Missing in execution: Therapies and activities for individuals with profound multiple disabilities. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 45, 99 – 109.
- Vlaskamp, C., Uunk, H. & Nakken, H. (1995). *Het verbeteren van de zorg voor meervoudig gehandicapten. Eindrapport deelproject 't Heechhout, locatie Beetsterzwaag*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Vlaskamp, C. & Verkerk, M. (2000). Zorg voor mensen met ernstige meervoudige Beperkingen. Over zorgpraktijken en zorgvocabulaires. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorgaan verstandelijke gehandicapten*, 26, 4-16.
- Vlaskamp, C. & Wijck, R. van (1994). *Inventarisatie persoonsbeeld en zorg*. Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Vossen, H. & Kluytmans, F. (1994). De effectiviteit van veranderingsprojecten. In J. Gerrichhauzen, A. Kampermann & F. Kluytmans (Eds.), *Interventies bij organisatieverandering*. Heerlen: open universiteit.
- Wieverink, C.H. & Dukkers van Emden, D.M. (1996). Institutionaliseren van zorgvernieuwingsprojecten. Hoe vergaat het zorgvernieuwing op de lange termijn? *Medisch Contact*, 51, 644 - 646.

- Wensing, M., Weijden, T., van der & Grol, R. (1998). Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? *British Journal of General Practice*, 48, 991 – 997.
- Wiggs, L. & Sotres, G. (1996). Severe sleep disturbances and daytime challenging behaviour in children with severe learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 40, 518 - 528.
- Willems, J.B.H.G. (1996). *Kijk op communicatie. Constructie van een meetinstrument voor communicatie van mensen met een verstandelijke handicap*. Dissertatie. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Wirtz, F. & Doorne-Huisjes, A. van (1999). Vrouwelijke pioniers in het organisatie advieswerk. *Management en Organisatie*, 1, 49 -54.
- Woodhouse, J.M., Griffiths, C. & Gedling, A. (2000). The prevalence of ocular defects and the provision of eye care in adults with learning disabilities living in the community. *Ophthalmic Physiology and Optics*, 20, 79 - 89.
- Wijck, R. van & Vlaskamp, C. (1991). *Vragenlijst Arbeidssatisfactie*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek (interne publicatie).
- Wijck, R. van, Vlaskamp, C., Nakken, H. & Smrkovsky, M. (1991). *Het verbeteren van de zorg voor meervoudig gehandicapten*. Deelonderzoek I en II. Groningen, Rijksuniversiteit, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Wijck, R. van & Vlaskamp, C. (1993). *De vragenlijst evaluatie werkwijze*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek (interne publicatie).
- Wijck, R. van, Vlaskamp, C., Nakken, H. & Smrkovsky, M. (1993). *Het verbeteren van de zorg voor meervoudig gehandicapten. Deelonderzoek III en IV*. Vierhouten: Stichting Philadelphia Voorziening.
- Wijck, R. van & Vlaskamp, C. (1994). *Beoordeling Werksituatie*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek (interne publicatie).
- Yang, M., Rasbash, J. & Goldstein, H. (1998). *MlwiN Macros for Advanced Multilevel modeling*. London: Multilevel Models Project, Institute of Education, University of London.
- Zaharia, E.F. & Baumeiser, A.A. (1978). Technician turnover and absenteeism in public residential facilities. In: R. Jenkins, J. Rose & C. Lovell (1997). Psychological well-being of staff working with people who have challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 502-511.
- ZonMw (2001). *Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: Zonmw.
- Zijlstra, H.P.R., Vlaskamp, C. & Buntinx, W.H.E. (2000). Direct service professionals turnover: An indicator of the quality of life of individuals with profound multiple disabilities. *European Journal on Mental Disability*, 22, 39-56.





# Bijlage I

---

## Bijlage I-1 Cliëntkenmerken

Tabel I-1 Overzicht van het aantal cliënten per woongroep, hun leeftijd en geslacht bij aanvang van het onderzoek

Instelling woongroep	Aantal	Gemiddelde leeftijd	SD leeftijd	Geslacht	
				M	V
A1	12	57,4	6,1	-	12
A2	12	44,6	9,4	2	10
A3	9	29,2	8,4	1	8
A4	12	38,9	7,4	3	9
A5	8	27,4	6,7	-	8
A6	7	9,0	4,8	5	2
B1	13	32,7	4,3	7	6
B2	13	40,0	9,7	5	8
C1	12	44,6	10,4	5	7
C2	11	31,1	12,6	4	7
C3	11	16,5	10,9	4	7
<b>Totaal: 11</b>	<b>120</b>	<b>35,2</b>	<b>14,9</b>	<b>36</b>	<b>84</b>

**Bijlage I-2 Overzicht aantal en leeftijd van zorgverleners per woongroep en instelling**

Tabel I-2.1 Overzicht aantal zorgverleners per woongroep en persoonskenmerken bij aanvang van het onderzoek

Instelling woongroep	Aantal	Gemiddelde leeftijd	SD leeftijd	Geslacht	
				M	V
A1	6	38,7	12	1	5
A2	8	32,3	8,4	2	6
A3	7	27,7	4,9	-	7
A4	5	30,8	4,9	1	4
A5	6	27	4,5	-	6
A6	6	30,8	8,1	-	6
B1	5	28,7	7,6	1	4
B2	5	27,6	2,7	1	4
C1	11	34,6	8	1	10
C2	10	36,5	8,5	-	10
C3	9	30,2	7	-	9
<b>Totaal: 11</b>	<b>78</b>	<b>31,9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>71</b>

Tabel I-2.2 Overzicht aantal therapeuten en persoonskenmerken bij aanvang van het onderzoek

Instelling woongroep	Aantal	Gemiddelde leeftijd	SD leeftijd	Geslacht	
				M	V
Instelling A	3	36,5	2,1	1	2
Instelling B	10	31,6	6,2	1	9
Instelling C	5	30,4	1,1	0	5
<b>Totaal: 3</b>	<b>18</b>	<b>31,8</b>	<b>5,1</b>	<b>2</b>	<b>16</b>

Tabel I-2.3 Overzicht aantal activiteitenbegeleiders en persoonskenmerken bij aanvang van het onderzoek

Instelling woongroep	Aantal	Gemiddelde leeftijd	SD leeftijd	Geslacht	
				M	V
Instelling A	16	37,0	9,6	3	13
Instelling B	11	28,7	10,5	3	8
Instelling C	16	36,5	8,2	6	10
<b>Totaal: 3</b>	<b>43</b>	<b>34,7</b>	<b>8,7</b>	<b>12</b>	<b>31</b>

## **Bijlage I-3 Gewenste programma-effecten**

### **Gewenste effecten per fase**

#### **Adoptiefase**

- Adoptie van programma en strategie.
- Overeenstemming in beschreven problemen en gesignaleerde problemen.

#### **Implementatiefase**

- 68% van het gewenste aantal werkdoelen is opgesteld. Vanuit het onderzoek is het gewenst dat iedere betrokken zorgverlener per drie weken een werkdoel opstelt, uitvoert en evalueert. Het totaal aantal werkdoelen dat een zorgverlener in een fase voor een cliënt dient op te stellen wordt berekend door het totaal aantal weken per fase te delen door drie.
- 68% van het aantal opgestelde werkdoelen is formeel en inhoudelijke correct. Dit wil zeggen dat een werkdoel voldoet aan technische eisen (als doel geformuleerd, activiteit sluit aan bij doel, rapportagepunten sluiten aan bij doel en activiteit) en inhoudelijke eisen (het werkdoel is passend bij het gekozen hoofddoel).
- 68% van het aantal formeel correcte werkdoelen heeft een positieve score. Dit wil zeggen dat de werkdoelen op de doelbereiksschaal een score van +1 of +2 moet hebben.
- Criteriumscore 4 op kennis en vaardigheden.

#### **Consultatiefase en Nameting**

In deze twee fasen worden dezelfde effectmaten verzameld als tijdens de implementatiefase.

### Bijlage I-4 Dataverzamelmethode ten behoeve van de relevante omgevingsfactoren

Dimensies	Factoren	Operationalisatie
Personen met ernstige meervoudige beperkingen	Leeftijd	Jaren
	Repertoire aan mogelijkheden en beperkingen	Indeling in drie categorieën op basis van GTI profiel
Zorgverleners	Visie	Indeling van opgestelde doelen door een zorgverlener in drie categorieën: groeps, persoons-/ontwikkelingsgericht of pedagogisch/relatie gericht
	Opleiding	Indeling in categorieën op basis van opleidingsniveau
	Tijd werkzaam binnen de groep	Tijd in jaren
	Leeftijd	Leeftijd in jaren
	Arbeidstevredenheid	Score op subschaal van de BWS: specifieke arbeidssatisfactie
	Werklast	Score op subschaal van BWS; Werklast
Perceptie van het programma door zorgverleners	Relatief voordeel	Indeling in drie categorieën op basis van IPZ
	Compatibiliteit	Probleeminventarisatie
	Complexiteit	Score op subschaal van de VEW: uitspraken over de werkwijze
	Deelbaarheid Zichtbaarheid	Score op subschaal van de VEW: beheersing van de werkwijze Beschrijven Score op twee subschalen van de VEW: effecten van de werkwijze op de cliënten en effecten van de werkwijze op eigen handelen
Organisatiekenmerken	Programmatisch handelen	Beschrijven aan de hand van criteria vermeld in bijlage I-5
	Samenwerking met management Intra disciplinaire samenwerking	Score op subschaal van de BWS: de leiding Score op subschaal van de BWS; samenwerking met collega's
	Interdisciplinaire samenwerking	Score op subschaal van de BWS: samenwerking met staf en therapeuten
	Taak- en verantwoordelijkheidstoedeling	Beschrijven
Microcontext	Continuïteit in personen	Vertrekindices
Relaties met andere organisaties	Informatie uitwisseling	Beschrijven
Macrocontext	Concurrerende vernieuwingen	Beschrijven

## Bijlage 1-5 Criteria voor programmatisch handelen op groeps- en instellingsniveau (Steeneken, 1998)

Tabel 1-5.1 Criteria voor programmatisch handelen op groepsniveau

### I Beeldvorming

Er is sprake van beeldvorming wanneer aan alle criteria wordt voldaan:

- 1 Er is een beschrijving waarin het gemeenschappelijke of het elkaar aanvullende van de groepsleden naar voren komt.
- 2 Dit groepsbeeld is gebaseerd op pedagogische uitgangspunten.
- 3 Het groepsbeeld is in overleg totstandgekomen.

### II Doelstelling

Er is sprake van een groepsdoelstelling wanneer aan het eerste en minimaal 67% van de overige criteria voldaan wordt:

- 1 Er is een doelstelling voor de groep geformuleerd.
- 2 De doelstelling wordt gestuurd door pedagogische uitgangspunten.
- 3 De doelstelling is gebaseerd op de informatie uit het groepsbeeld.
- 4 De doelstelling is in overleg totstandgekomen.
- 5 De doelstelling is geformuleerd in eindtermen.
- 6 De doelstelling ligt schriftelijk vast.

### III Activiteiten

Er is sprake van activiteiten wanneer aan een van de criteria voldaan wordt:

- 1 Het groepsdoel kan bereikt worden door bewonersdoelen te realiseren.
- 2 Er zijn (handelings)regels geformuleerd voor de groep als geheel om het doel te bereiken.

### IV Evaluatie

Er is sprake van evaluatie wanneer aan minimaal twee criteria voldaan wordt:

- 1 Het groepsdoel is voorzien van een evaluatiedatum.
- 2 Er zijn toetsbare criteria geformuleerd waarmee bepaald kan worden of het groepsdoel bereikt is.
- 3 Bij het evalueren van het groepsdoel wordt gebruikgemaakt van evaluatiegegevens van bewonersdoelstellingen.

### V Bijstelling

- 1 Naar aanleiding van de evaluatiegegevens worden keuzes gemaakt met betrekking tot een nieuwe doelstelling.

Tabel I-5.2 Criteria voor programmatisch handelen op voorzieningniveau

### **I Beeldvorming**

Er is sprake van beeldvorming wanneer aan alle criteria wordt voldaan:

- 1 Er bestaat een beschrijving van de voorziening.
- 2 Dit voorzieningsbeeld is gebaseerd op pedagogische uitgangspunten.
- 3 Het voorzieningsbeeld is totstandgekomen met behulp van informatie uit andere organisatieniveaus.

### **II Doelstelling**

Er is sprake van een groepsdoelstelling wanneer aan het eerste en minimaal 67% van de overige criteria voldaan wordt:

- 1 Er is een doelstelling voor de voorziening geformuleerd.
- 2 De doelstelling wordt gestuurd door pedagogische uitgangspunten.
- 3 De doelstelling is gebaseerd op de informatie uit het voorzieningbeeld.
- 4 De doelstelling is in overleg totstandgekomen.
- 5 De doelstelling is geformuleerd in eindtermen.
- 6 De doelstelling ligt schriftelijk vast.

### **III Activiteiten**

Er is sprake van activiteiten wanneer aan een van de criteria voldaan wordt:

- 1 De doelstelling kan bereikt worden door groepsdoelen te realiseren.
- 2 Er zijn afspraken geformuleerd voor de voorziening als geheel om het doel te bereiken.

### **IV Evaluatie**

Er is sprake van evaluatie wanneer aan twee criteria voldaan wordt:

- 1 Er is een evaluatiedatum voor het voorzieningsdoel vastgelegd.
- 2 Er zijn toetsbare criteria geformuleerd waarmee bepaald kan worden of het voorzieningsdoel bereikt is.
- 3 Bij het evalueren van het voorzieningsdoel wordt gebruikgemaakt van evaluatiegegevens van bewoners- en groepsdoelstellingen.

### **V Bijstelling**

- 1 Naar aanleiding van de evaluatiegegevens worden keuzes gemaakt met betrekking tot een nieuwe doelstelling.

## Bijlage I-6 Gegevens over de vragenlijst 'Beoordeling Werksituatie'

Tabel I-6.1 Responspercentages vragenlijst 'beoordeling van de werksituatie' versie zorgverleners

	Adoptiefase	Consultatiefase	Nameting
<b>Instelling I</b>			
Directe zorgverleners	57%	46%	43%
Therapeuten	50%	50%	83%
Activiteitendienst	53%	27%	37%
ZET	56%	50%	75%
<b>Instelling II</b>			
Directe zorgverleners	48%	57%	43%
Therapeuten	100%	9%	27%
Activiteitendienst	58%	47%	42%
ZET	0%	88%	63%
<b>Instelling III</b>			
Directe zorgverleners	88%		
Therapeuten	71%		
Activiteitendienst	89%		
ZET	83%		

Tabel I-6.2 Aantal ingevulde vragenlijsten Instelling A

	Woongroepen						Therapeuten	Activiteiten- dienst	ZET
	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6			
Adoptiefase	6	8	7	5	6	6	3	16	9
Consultatiefase	4	9	8	4	3	3	3	8	8
Nameting	7	7	5	4	2	4	5	11	12

Tabel I-6.3 Aantal ingevulde vragenlijsten Instelling B

	Woongroepen		Therapeuten	Activiteiten- dienst	ZET
	B 1	B 2			
Adoptiefase	5	6	11	11	0
Consultatiefase	8	5	1	9	7
Nameting	6	4	3	8	5

Tabel I-6.4 Aantal ingevulde vragenlijsten instelling C

	Woongroepen			Therapeuten	Activiteiten- dienst	ZET
	C1	C2	C3			
Adoptiefase	11	10	9	5	16	5

## Bijlage I-7 Gegevens over de 'Vragenlijst Evaluatie Werkwijze'

Tabel I-7.1 Responspercentages 'vragenlijst evaluatie werkwijze' versie zorgverleners

	Implementatiefase	Nameting
<b>Instelling A</b>		
Directe zorgverleners	67,3%	53,8%
Therapeuten	66,7%	83,3%
Activiteitendienst	42,9%	50%
ZET		
<b>Instelling B</b>		
Directe zorgverleners	72,2%	42,9%
Therapeuten	57,1%	60%
Activiteitendienst	41,7%	100%
ZET		
<b>Instelling C</b>		
Directe zorgverleners	60,6%	
Therapeuten	61,7%	
Activiteitendienst	66,7%	

Tabel I-7.2 Aantal ingevulde vragenlijsten instelling A

	Woongroepen						Therapeuten	Activiteitendienst
	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6		
Implementatiefase	6	7	5	8	3	6	4	12
Nameting	5	7	4	5	3	0	5	15

Tabel I-7.3 Aantal ingevulde Vragenlijsten Evaluatie Werkwijze instelling B

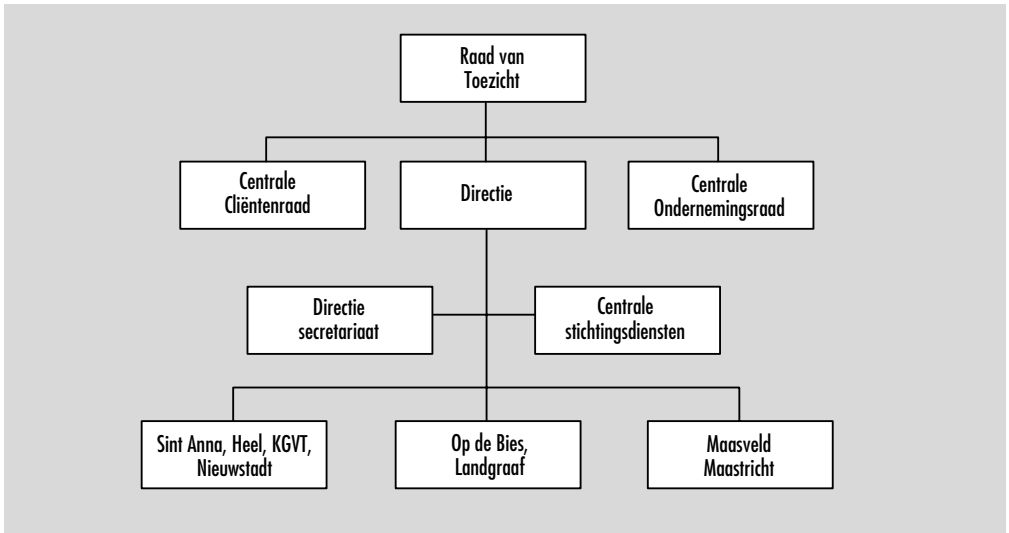
	Woongroepen		Therapeuten	Activiteitendienst
	B 1	B 2		
Implementatiefase	8	5	4	5
Nameting	5	4	3	8

Tabel I-7.4 Aantal ingevulde vragenlijsten instelling C

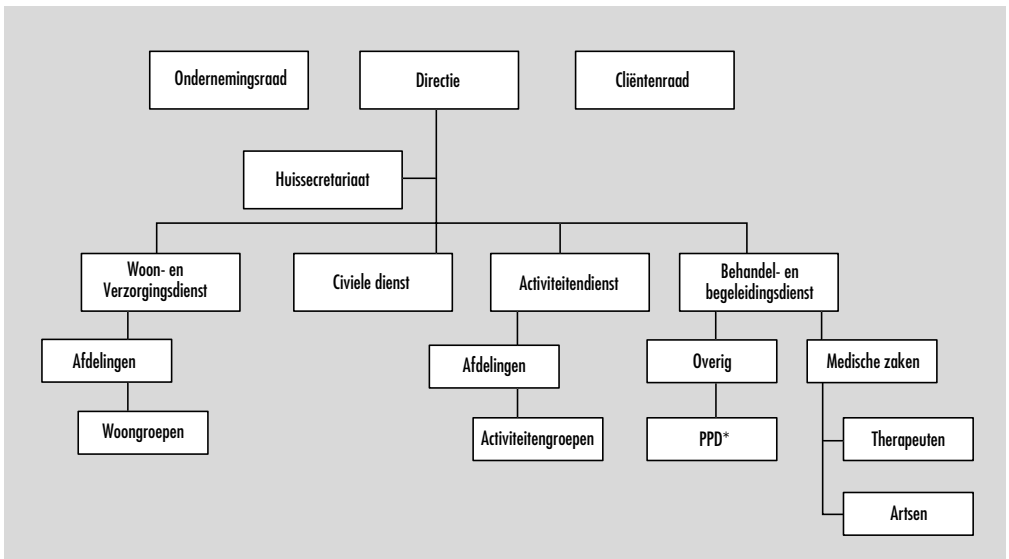
	Woongroepen			Therapeuten	Activiteitendienst
	C 1	C 2	C 3		
Implementatiefase	6	7	7	4	12



**Bijlage I-8 Organogrammen**



Figuur I-8.1 Organogram van de Stichting



\*PPD = Psycho-/pedagogische discipline

Figuur I-8.2 Vereenvoudigde organogram van een residentiële voorziening

**Bijlage I-9 Communicatiestructuren binnen het project**

<b>Naam</b>	<b>Doel</b>	<b>Frequentie van samenkomst</b>	<b>Participanten</b>
Interne begeleidingscommissie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Draagvlak creëren binnen de drie residentiële voorzieningen</li> <li>• Informatie-uitwisseling</li> </ul>	Twee keer per jaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drie directeuren zorgverlening</li> <li>• Directeur onderzoek en ontwikkeling</li> <li>• Onderzoekers</li> </ul>
ZET-team	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewaken en stimuleren van het werken met het Opvoedingsprogramma</li> <li>• Per afdeling en voorziening wordt een ZET-team opgericht</li> </ul>	Maandelijks	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psycholoog/pedagoog</li> <li>• Afgevaardigde van de therapeuten</li> <li>• Afdelingshoofd</li> <li>• Afgevaardigde van activiteitendienst</li> <li>• Projektmedewerkster werkzaam bij de Stichting</li> </ul>
Klankbordgroep	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatievoorziening binnen de voorziening en tussen de voorzieningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halfjaarlijks per voorziening</li> <li>• Jaarlijks stichtingsbreed</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zetleden</li> <li>• Afgevaardigden van ouders</li> <li>• Onderzoekers</li> <li>• Projektmedewerkers</li> </ul>
Wetenschappelijke begeleidingscommissie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewaking voortgang project</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Halfjaarlijks</li> </ul>	Afgevaardigden van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stichting Sint Anna</li> <li>• Universiteiten</li> <li>• Ziekenfondsraad</li> <li>• IZG</li> <li>• SPD Midden Limburg</li> <li>• Federatie van Oudervereniging</li> <li>• VGN</li> </ul>

## Bijlage II

### Bijlage II.1 Resultaten Vragenlijst Probleeminventarisatie

Tabel II-1.1 Percentage problemen vermeld op de vragenlijst Probleeminventarisatie van zorgverleners

	Gebrek aan opvoedingsperspectief		Ontoereikende kennis en vaardigheden		Onvoldoende afstemming tussen zorginhoud en organisatie	
	T1	T3	T1	T3	T1	T3
<b>Instelling A</b>						
A1	11	9	5	27	84	64
A2	22	41	0	24	78	35
A3	35	7	6	41	60	64
A4	40	33	0	0	60	77
A5	0	0	0	0	100	100
A6	11	-	17	0	72	89
Therapeuten	16	0	3	10	81	90
Activiteitendienst	22	44	0	33	78	22
<b>Instelling B</b>						
B1	5	6	5	13	90	80
B2	0	73	18	0	82	27
Therapeuten	15	25	30	0	56	75
Activiteitendienst	14	33	5	10	51	60
<b>Instelling C</b>						
C1	6	0	3	0	90	100
C2	5	0	13	19	82	81
C3	0	0	0	0	100	100
Therapeuten	0	0	0	0	100	100
Activiteitendienst	3	8	7	0	90	92

Noot. T1= adoptiefase  
T3= consultatiefase

## Bijlage II-2 Overzicht resultaten op de werkdoelen

Tabel II-2.1 Overzicht resultaten op de werkdoelen tijdens de implementatiefase

	Werkdoelen			Formeel juiste doelen		Positieve werkdoelen	
	Gewenst aantal	Totaal opgesteld	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>Instelling A</b>							
A1	35	29	83	29	100	26	90
A2	26	33	127	28	85	24	86
A3	19	17	90	11	65	10	90
A4	39	39	100	25	64	20	80
A5	20	8	40	4	50	4	100
A6	31	31	100	17	55	13	77
Therapeuten	105	39	37	18	46	10	56
Activiteitendienst	224	79	35	51	65	44	86
<b>Instelling B</b>							
B1	24	11	46	11	100	6	55
B2	24	12	50	10	83	9	90
Therapeuten	5	1	20	1	100	1	100
Activiteitendienst	48	40	83	35	88	16	46
<b>Instelling C</b>							
C1	24	10	42	7	70	5	71
C2	24	12	50	11	92	6	55
C3	24	15	63	12	80	4	33
Therapeuten	37	22	60	19	86	11	58
Activiteitendienst	97	48	50	39	81	22	56

Tabel II-2.2 Overzicht resultaten op de werkdoelen tijdens de consultatiefase

	Werkdoelen			Formeel juiste doelen		Positieve werkdoelen	
	Gewenst aantal	Totaal opgesteld	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>Instelling A</b>							
A1	84	55	65	54	98	48	89
A2	81	51	64	45	88	35	78
A3	63	49	78	43	88	35	81
A4	126	73	58	67	92	57	85
A5	72	37	51	20	54	18	90
A6	80	39	49	33	85	30	91
Therapeuten	226	56	25	38	68	27	71
Activiteitendienst	445	203	46	176	87	144	82
<b>Instelling B</b>							
B1	94	36	38	25	69	19	76
B2	87	52	60	45	87	34	76
Therapeuten	35	5	14	5	100	5	100
Activiteitendienst	299	65	22	60	92	53	88
<b>Instelling C</b>							
C1	-	-	-	-	-	-	-
C2	-	-	-	-	-	-	-
C3	-	-	-	-	-	-	-
Therapeuten	-	-	-	-	-	-	-
Activiteitendienst	-	-	-	-	-	-	-

Tabel II-2.3 Overzicht van resultaten op de werkdoelen tijdens de nameting

	Werkdoelen			Formeel juiste doelen		Positieve werkdoelen	
	Gewenst aantal	Totaal opgesteld	%	Aantal	%	Aantal	%
<b>Instelling A</b>							
A1	67	13	19	12	92	11	92
A2	90	23	26	20	87	16	80
A3	81	38	47	34	90	29	85
A4	120	64	53	57	89	43	75
A5	80	50	63	28	56	16	57
A6	64	20	31	12	60	9	75
Therapeuten	194	8	4	7	88	5	71
Activiteitendienst	450	98	22	83	85	67	81
<b>Instelling B</b>							
B1	108	45	42	32	71	20	63
B2	124	88	71	83	94	53	64
Therapeuten	49	12	25	5	42	4	80
Activiteitendienst	379	158	42	132	84	109	83
<b>Instelling C</b>							
C1	-	-	-	-	-	-	-
C2	-	-	-	-	-	-	-
C3	-	-	-	-	-	-	-
Therapeuten	-	-	-	-	-	-	-
Activiteitendienst	-	-	-	-	-	-	-

Tabel II-3.1 Overzicht van resultaten op 'Kennis van het Opvoedingsprogramma'

	Meetmomenten				
	T2a	T2b	T2c	T3	T4
<b>Instelling A</b>					
A1	3,0	2,9	3,7	3,7	4,0
A2	2,3	2,7	4,0	4,0	4,7
A3	2,3	3,1	3,8	4,3	4,6
A4	2,8	3,3	3,3	-	3,0
A5	1,8	2,3	3,3	3,5	3,0
A6	2,5	3,3	4,7	4,4	4,2
Therapeuten	3,3	3,0	3,0	4,0	3,2
Activiteitendienst	2,5	3,6	3,7	5,0	3,0
<b>Instelling B</b>					
B1	1,8	3,3	2,8	3,6	4,5
B2	2,1	2,7	3,0	4,6	4,7
Therapeuten					
Activiteitendienst	2,4	2,9	3,6	4,0	4,5
<b>Instelling C</b>					
C1	2,8	2,7	2,0	-	-
C2	3,3	3,2	3,3	-	-
C3	2,8	3,3	3,1	-	-
Therapeuten	2,8	3,3	4,9	-	-
Activiteitendienst	2,8	3,7	3,5	-	-

Noot. T2a = implementatiefase (negen maanden na begin adoptiefase)  
T2b = implementatiefase (10 maanden na begin adoptiefase)  
T2c = implementatiefase (12 maanden na begin adoptiefase)  
T3 = einde consultatiefase (1,5 jaar na begin adoptiefase)  
T4 = nameting (2,0 jaar later na begin adoptiefase)

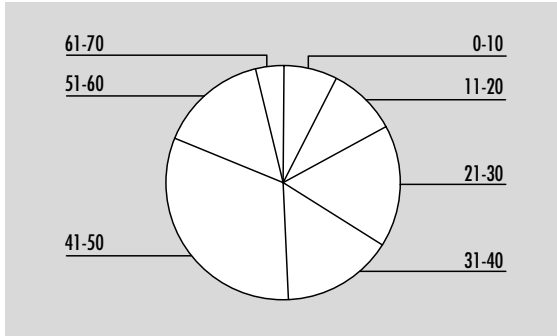
Tabel II-3.2 Overzicht van resultaten op 'Vaardigheid van het Opvoedingsprogramma'

	Meetmomenten				
	T2a	T2b	T2c	T3	T4
<b>Instelling A</b>					
A1	3,3	3,0	2,2	3,8	3,9
A2	2,7	2,6	2,8	5,0	4,7
A3	2,9	2,9	2,5	5,2	4,8
A4	2,8	3,3	3,7	-	3,0
A5	1,9	2,4	3,1	3,7	3,4
A6	2,6	3,2	4,3	4,3	4,5
Therapeuten	3,0	3,5	3,6	3,2	3,5
Activiteitendienst	2,6	3,6	3,8	4,8	3,7
<b>Instelling B</b>					
B1	1,8	3,4	3,2	3,6	4,5
B2	1,9	2,6	3,0	4,7	4,5
Therapeuten					
Activiteitendienst	2,7	2,7	3,8	4,3	4,5
<b>Instelling C</b>					
C1	3,2	2,8	1,7	-	-
C2	3,7	3,0	3,1	-	-
C3	2,6	3,0	2,9	-	-
Therapeuten	2,4	2,9	4,8	-	-
Activiteitendienst	4,0	2,9	3,9	-	-

- Noot. T2a = implementatiefase (negen maanden na begin adoptiefase)  
T2b = implementatiefase (10 maanden na begin adoptiefase)  
T2c = implementatiefase (12 maanden na begin adoptiefase)  
T3 = einde consultatiefase (1,5 jaar na begin adoptiefase)  
T4 = nameting (2,0 jaar later na begin adoptiefase)

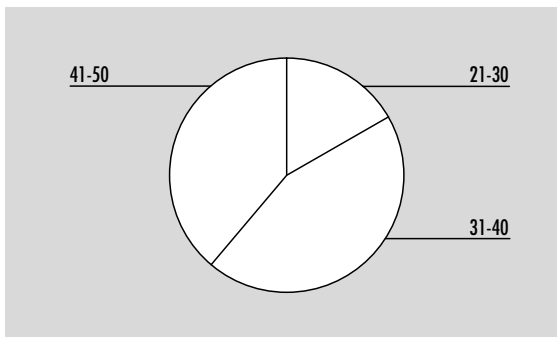


## Bijlage II-4 Leeftijdsverdeling van de cliënten



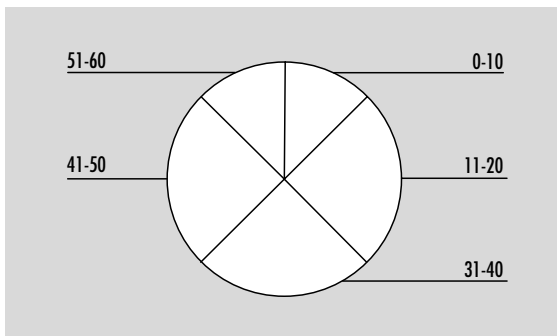
Noot. N=53

Figuur II-4.1 Leeftijdsverdeling van cliënten binnen voorziening A



Noot. N=18

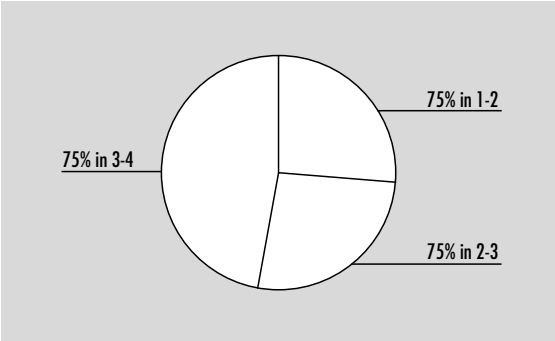
Figuur II-4.2 Leeftijdsverdeling van cliënten binnen voorziening B



Noot. N=8

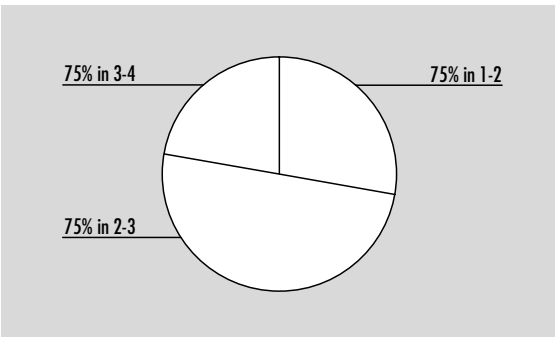
Figuur II-4.3 Leeftijdsverdeling van cliënten binnen voorziening C

## Bijlage II-5 Repertoire aan mogelijkheden en besprekingen van cliënten



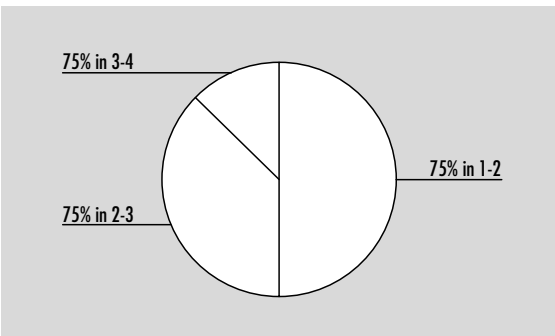
Noot. N=53

Figuur II-5.1 Repertoire aan mogelijkheden en besprekingen van cliënten gemeten met de GTI binnen voorziening A



Noot. N=18

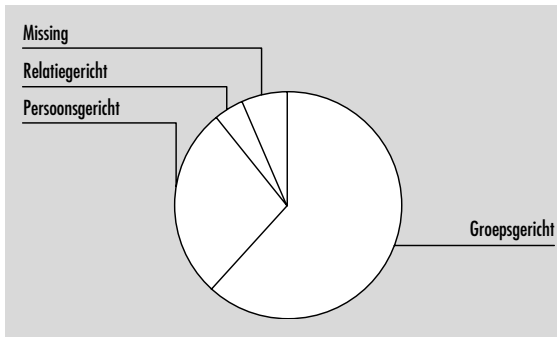
Figuur II-5.2 Repertoire aan mogelijkheden en besprekingen van cliënten gemeten met de GTI binnen voorziening B



Noot. N=8

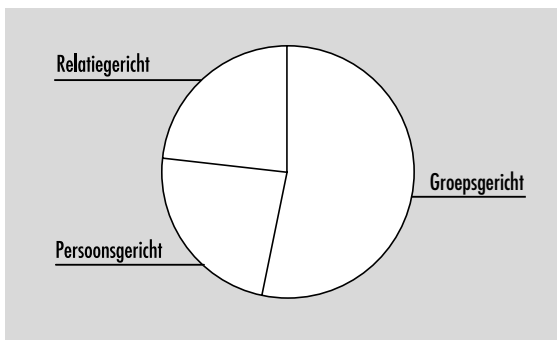
Figuur II-5.3 Repertoire aan mogelijkheden en besprekingen van cliënten gemeten met de GTI binnen voorziening C

## Bijlage II-6 Visie van medewerkers



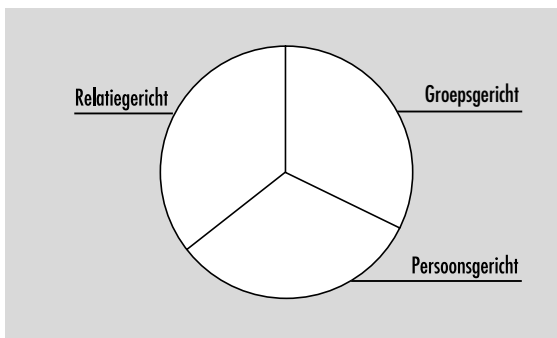
Noot. N=72

Figuur II-6.1 De visie van medewerkers binnen instelling A



Noot. N=39

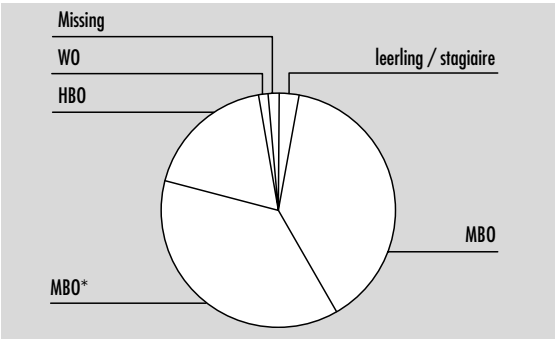
Figuur II-6.2 De visie van medewerkers binnen instelling B



Noot. N=51

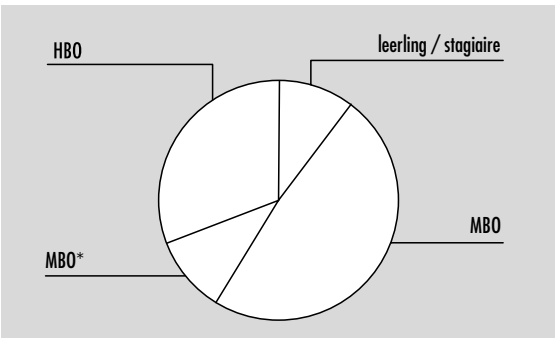
Figuur II-6.3 De visie van medewerkers binnen instelling C

### Bijlage II-7 Opleidingsniveau van medewerkers



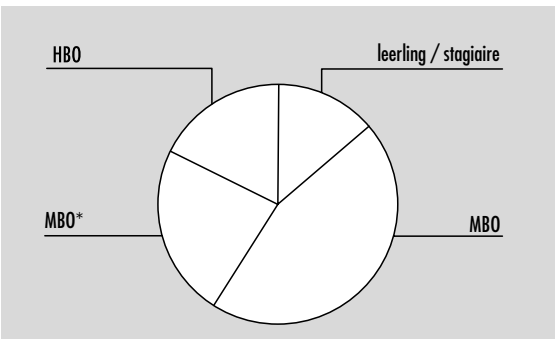
Noot. N=72

Figuur II-7.1 Het opleidingsniveau van medewerkers binnen instelling A



Noot. N=39

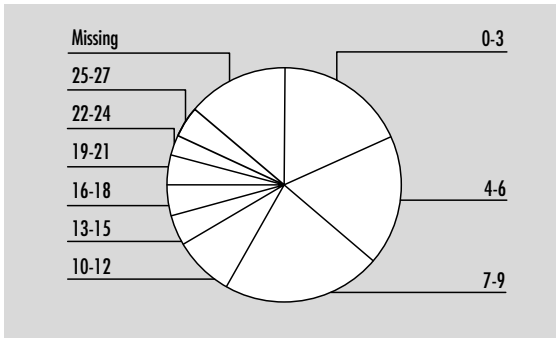
Figuur II-7.2 Het opleidingsniveau van medewerkers binnen instelling B



Noot. N=51

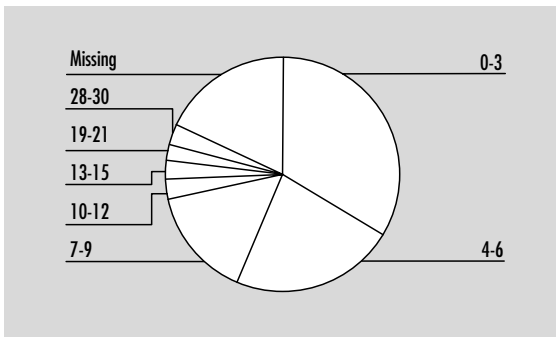
Figuur II-7.3 Het opleidingsniveau van medewerkers binnen instelling C

**Bijlage II-8 Het aantal jaar dat medewerkers werkzaam zijn binnen de instelling**



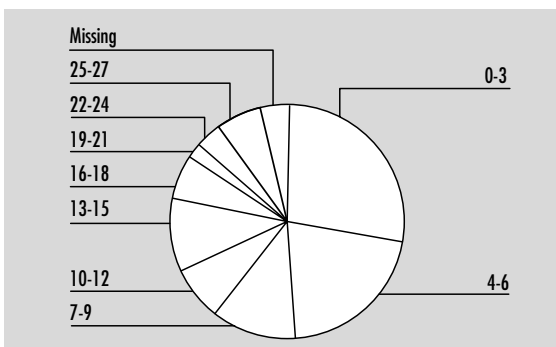
Noot. N=72

Figuur II-8.1 Het aantal jaar dat medewerkers werkzaam zijn binnen instelling A



Noot. N=39

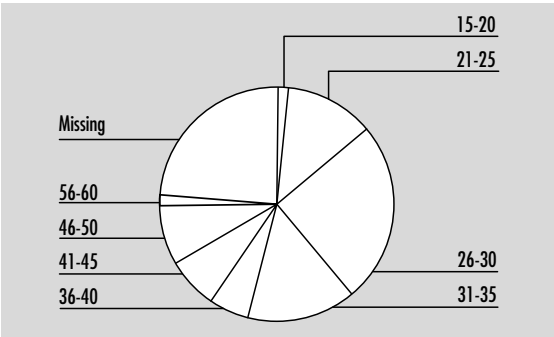
Figuur II-8.2 Het aantal jaar dat medewerkers werkzaam zijn binnen instelling B



Noot. N=51

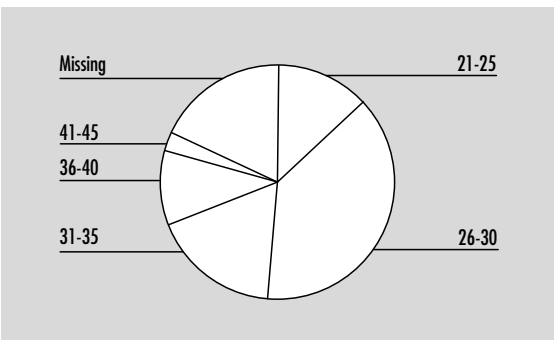
Figuur II-8.3 Het aantal jaar dat medewerkers werkzaam zijn binnen instelling C

## Bijlage II-9 leeftijdsverdeling van medewerkers



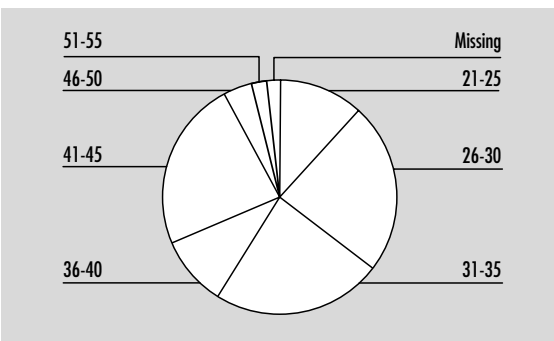
Noot. N=72

Figuur II-9.1 De leeftijdsverdeling van medewerkers binnen instelling A



Noot. N=39

Figuur II-9.2 De leeftijdsverdeling van medewerkers binnen instelling B



Noot. N=51

Figuur II-9.3 De leeftijdsverdeling van medewerkers binnen instelling C

## Bijlage II-10 Vragenlijst Beoordeling Werksituatie

Tabel II-10.1 Resultaten op de factor Arbeidssatisfactie gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	Meetmomenten		
	T1	T3	T4
<b>Instelling A</b>			
A1	4,0	4,0	4,2
A2	3,6	3,6	3,6
A3	3,8	3,4	3,9
A4	3,9	3,5	3,9
A5	4,2	4,2	4,3
A6	4,4	4,3	4,4
Therapeuten	3,5	3,1	3,5
Activiteitendienst	3,7	3,5	4,2
<b>Instelling B</b>			
B1	3,8	4,0	3,8
B2	4,1	3,7	3,6
Therapeuten	3,9	4,0	4,4
Activiteitendienst	3,8	4,4	4,3
<b>Instelling C</b>			
C1	3,8	-	-
C2	3,7	-	-
C3	3,7	-	-
Therapeuten	3,8	-	-
Activiteitendienst	3,7	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase

T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Tabel II-10.2 Resultaten op de factor Beoordeling van de werksituatie gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	Meetmomenten		
	T1	T3	T4
<b>Instelling A</b>			
A1	3,6	3,8	3,9
A2	3,5	3,7	3,7
A3	3,5	3,9	3,9
A4	3,2	3,5	4,1
A5	3,6	3,9	4,2
A6	4,0	4,2	4,1
Therapeuten	3,3	3,1	3,8
Activiteitendienst	3,3	3,7	3,5
<b>Instelling B</b>			
B1	3,4	4,2	3,6
B2	4,0	4,0	3,2
Therapeuten	3,9	3,8	4,0
Activiteitendienst	3,5	4,1	4,2
<b>Instelling C</b>			
C1	3,6	-	-
C2	3,5	-	-
C3	3,6	-	-
Therapeuten	3,7	-	-
Activiteitendienst	3,5	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase  
T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)  
T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)



## Effecten op organisatieniveau

Tabel II-10.3 Resultaten op de factor Samenwerking met collega's gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	Meetmomenten		
	T1	T3	T4
<b>Instelling A</b>			
A1	4,1	4,3	4,7
A2	2,7	3,4	3,3
A3	4,5	3,7	3,8
A4	4,5	3,5	4,5
A5	4,6	4,7	4,8
A6	4,9	4,7	4,9
Therapeuten	4,1	3,7	4,2
Activiteitendienst	4,5	4,4	4,8
<b>Instelling B</b>			
B1	4,4	4,7	4,6
B2	4,1	4,7	4,7
Therapeuten	4,2	4,3	4,1
Activiteitendienst	4,1	4,4	4,4
<b>Instelling C</b>			
C1	3,7	-	-
C2	4,1	-	-
C3	4,1	-	-
Therapeuten	4,4	-	-
Activiteitendienst	4,1	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase

T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Tabel II-10.4 Resultaten op de factor samenwerking met andere disciplines gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	Meetmomenten		
	T1	T3	T4
<b>Instelling A</b>			
A1	3,7	3,7	3,7
A2	3,2	3,4	3,3
A3	3,2	3,7	3,5
A4	3,6	3,6	3,7
A5	4,1	4,2	4,2
A6	4,2	4,2	4,2
Therapeuten	3,1	3,7	3,4
Activiteitendienst	3,1	2,9	3,6
<b>Instelling B</b>			
B1	3,6	3,8	3,3
B2	3,7	4,5	4,6
Therapeuten	3,1	3,7	3,8
Activiteitendienst	3,0	3,3	3,2
<b>Instelling C</b>			
C1	3,6	-	-
C2	3,2	-	-
C3	3,4	-	-
Therapeuten	3,5	-	-
Activiteitendienst	2,9	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase  
T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)  
T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Tabel II-10.5 Resultaten op de factor Ondersteuning van hoger management gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	<b>Meetmomenten</b>		
	<b>T1</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>
<b>Instelling A</b>			
A1	3,3	3,4	3,3
A2	3,3	3,2	3,0
A3	3,4	2,6	3,2
A4	3,2	3,3	3,0
A5	3,4	3,2	3,0
A6	3,4	3,3	2,9
Therapeuten	3,1	3,0	2,8
Activiteitendienst	3,2	3,1	3,2
<b>Instelling B</b>			
B1	2,8	3,5	3,2
B2	3,0	3,4	3,0
Therapeuten	3,2	2,8	3,4
Activiteitendienst	2,7	3,6	3,4
<b>Instelling C</b>			
C1	3,0	-	-
C2	2,9	-	-
C3	2,8	-	-
Therapeuten	2,8	-	-
Activiteitendienst	3,2	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase

T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Tabel II-10.6 Resultaten op de factor Werklast gemeten met de vragenlijst Beoordeling Werksituatie

	Meetmomenten		
	T1	T3	T4
<b>Instelling A</b>			
A1	4,2	4,3	4,3
A2	4,5	4,3	4,5
A3	4,3	4,0	4,1
A4	4,0	3,7	4,6
A5	4,7	4,6	4,6
A6	4,3	4,4	4,8
Therapeuten	4,5	4,2	4,5
Activiteitendienst	4,4	4,5	4,7
<b>Instelling B</b>			
B1	3,8	4,2	4,3
B2	4,8	3,2	4,6
Therapeuten	4,6	4,1	4,5
Activiteitendienst	3,6	4,2	4,4
<b>Instelling C</b>			
C1	4,2	-	-
C2	4,3	-	-
C3	4,2	-	-
Therapeuten	4,5	-	-
Activiteitendienst	4,6	-	-

Noot. T1= begin adoptiefase  
T3= einde consultatiefase (1,5 jaar later dan begin adoptiefase)  
T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

## Bijlage II-11 Vragenlijst Evaluatie Werkwijze

Tabel II-11.1 Resultaten op de subcategorie 'Uitspraken over de werkwijze' van de vragenlijst Evaluatie Werkwijze (Factor 'Compatibiliteit')

	Meetmomenten	
	T2	T4
<b>Instelling A</b>		
A1	10,7	13,8
A2	12,8	14,7
A3	13,0	16,0
A4	11,9	11,3
A5	13,3	15,0
A6	15,0	-
Therapeuten	12,8	11,3
Activiteitendienst	10,8	11,9
<b>Instelling B</b>		
B1	12,3	11,8
B2	10,6	12,3
Therapeuten	10,7	11,4
Activiteitendienst	15,5	14,3
<b>Instelling C</b>		
C1	10,0	-
C2	13,4	-
C3	9,5	-
Therapeuten	9,8	-
Activiteitendienst	11,0	-

Noot. T2= einde implementatiefase (1,0 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Scorerange: 0 – 22

Tabel II-11.2 Resultaten op de subcategorie 'Beheersing van de werkwijze' op de vragenlijst Evaluatie Werkwijze (Factor 'Complexiteit')

	Meetmomenten	
	T2	T4
<b>Instelling A</b>		
A1	19,0	23,3
A2	22,0	22,4
A3	21,8	23,8
A4	19,0	22,5
A5	21,3	23,0
A6	19,7	-
Therapeuten	19,5	20,5
Activiteitendienst	21,3	22,9
<b>Instelling B</b>		
B1	22,7	21,2
B2	21,0	20,8
Therapeuten	19,5	21,1
Activiteitendienst	21,0	22,8
<b>Instelling C</b>		
C1	15,3	-
C2	18,5	-
C3	19,7	-
Therapeuten	21,1	-
Activiteitendienst	21,0	-

Noot. T2= einde implementatiefase (1,0 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Scorerange: 0 - 24

Tabel II-11.3 Resultaten op de subcategorie 'Effecten van de werkwijze op eigen handelen en op bewoners' op de vragenlijst Evaluatie Werkwijze (factor 'Zichtbaarheid van de resultaten')

	Meetmomenten	
	T2	T4
<b>Instelling A</b>		
A1	7,2	12,0
A2	15,6	14,3
A3	6,6	12,0
A4	5,7	12,5
A5	7,8	13,0
A6	11,0	-
Therapeuten	7,8	6,8
Activiteitendienst	7,0	7,0
<b>Instelling B</b>		
B1	9,0	15,2
B2	6,3	11,8
Therapeuten	2,7	9,3
Activiteitendienst	6,0	16,3
<b>Instelling C</b>		
C1	6,0	-
C2	10,9	-
C3	8,0	-
Therapeuten	5,8	-
Activiteitendienst	6,7	-

Noot. T2= einde implementatiefase (1,0 jaar later dan begin adoptiefase)

T4= einde nameting (2,0 jaar later dan begin adoptiefase)

Scorerange: 0 - 20

Tabel II-11.4 Resultaten op de subcategorie 'Beoordeling van de cursus' op de vragenlijst Evaluatie Werkwijze

<b>Meetmomenten</b>	
<b>T2</b>	
<b>Instelling A</b>	
A1	23,3
A2	25,0
A3	25,7
A4	22,9
A5	26,5
A6	24,7
Therapeuten	22,2
Activiteitendienst	24,1
<b>Instelling B</b>	
B1	24,7
B2	24,7
Therapeuten	22,6
Activiteitendienst	22,0
<b>Instelling C</b>	
C1	19,1
C2	16,9
C3	20,5
Therapeuten	20,2
Activiteitendienst	19,2

Noot. T2= einde implementatiefase  
(1,0 jaar later dan begin adoptiefase)  
Scorerange: 0 – 28

Tabel II-11.5 Resultaten op de subcategorie 'Gegeven informatie' op de vragenlijst Evaluatie Werkwijze

<b>Meetmomenten</b>	
<b>T2</b>	
<b>Instelling A</b>	
A1	9,3
A2	8,4
A3	9,8
A4	9,1
A5	10,0
A6	9,8
Therapeuten	9,3
Activiteitendienst	9,0
<b>Instelling B</b>	
B1	9,7
B2	9,3
Therapeuten	9,8
Activiteitendienst	8,5
<b>Instelling C</b>	
C1	7,6
C2	7,0
C3	8,7
Therapeuten	8,3
Activiteitendienst	6,8

Noot. T2= einde implementatiefase  
(1,0 jaar later dan begin adoptiefase)  
Scorerange: 0 – 10



Tabel II-11.6 Resultaten op de subcategorie 'Trainings-  
gesprekken' op de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze

<b>Meetmomenten</b>	
<b>T2</b>	
<b>Instelling A</b>	
A1	3,6
A2	4,0
A3	3,8
A4	3,7
A5	3,8
A6	3,7
Therapeuten	3,3
Activiteitendienst	3,4
<b>Instelling B</b>	
B1	4,0
B2	3,7
Therapeuten	3,7
Activiteitendienst	4,0
<b>Instelling C</b>	
C1	3,0
C2	3,1
C3	3,5
Therapeuten	3,5
Activiteitendienst	3,3

Noot. T2= einde implementatiefase  
(1,0 jaar later dan begin adoptiefase)  
Scorerange: 0 – 4

Tabel II-11.7 Resultaten op de subcategorie 'Schriftelijke aan-  
wijzingen' op de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze

<b>Meetmomenten</b>	
<b>T2</b>	
<b>Instelling A</b>	
A1	5,0
A2	6,6
A3	6,7
A4	4,4
A5	6,8
A6	5,3
Therapeuten	5,3
Activiteitendienst	5,1
<b>Instelling B</b>	
B1	5,7
B2	5,7
Therapeuten	4,0
Activiteitendienst	4,5
<b>Instelling C</b>	
C1	4,0
C2	5,2
C3	4,2
Therapeuten	4,7
Activiteitendienst	4,2

Noot. T2= einde implementatiefase  
(1,0 jaar later dan begin adoptiefase)  
Scorerange: 0 – 8

Tabel II-11.8 Resultaten op de subcategorie 'Ondersteuning' op de Vragenlijst Evaluatie Werkwijze

<b>Meetmomenten</b>	
<b>T2</b>	
<b>Instelling A</b>	
A1	5,7
A2	6,0
A3	5,6
A4	5,6
A5	6,0
A6	5,8
Therapeuten	5,0
Activiteitendienst	5,4
<b>Instelling B</b>	
B1	5,3
B2	6,0
Therapeuten	5,0
Activiteitendienst	5,0
<b>Instelling C</b>	
C1	4,5
C2	4,8
C3	4,2
Therapeuten	4,4
Activiteitendienst	4,7

Noot. T2= einde implementatiefase  
(1,0 jaar later dan begin adoptiefase)  
Scorerange: 0 – 6

**Bijlage II-12 Personeelwisselingen: Vertrekindices**

Tabel II-12.1 Vertrekindices van deelnemende woongroepen tijdens de implementatiefase (T2)

	vertrekindex			Totaal
	Vertrouwde gezichten	Bekende gezichten	Nieuwe gezichten	
<b>Instelling A</b>				
A1	15,8	0	0	15,8
A2	0	0	0	0
A3	12,5	6,3	0	18,8
A4	8,3	12,5	4,2	25
A5	11,1	0	0	11,1
A6	0	0	5,9	5,9
<b>Instelling B</b>				
B1	0	12,5	4,2	16,7
B2	0	10,5	5,3	15,8
<b>Instelling C</b>				
C1	2,7	0	51,3	54
C2	5,4	0	67,6	73
C3	2,1	2,1	57,5	61,7

Tabel II-12.2 Vertrekindices van deelnemende woongroepen tijdens de consultatiefase (T3)

	vertrekindex			Totaal
	Vertrouwde gezichten	Bekende gezichten	Nieuwe gezichten	
<b>Instelling A</b>				
A1	2,2	4,5	10,8	17,5
A2	3,3	1,7	13,2	18,2
A3	1,4	1,4	9,7	12,5
A4	9,1	7,3	20	36,4
A5	11,9	5,5	27,8	45,2
A6	21,4	0	13	37,1
<b>Instelling B</b>				
B1	3,4	0	11,4	14,8
B2	0	0	17,1	17,1
<b>Instelling C</b>				
C1	-	-	-	-
C2	-	-	-	-
C3	-	-	-	-



## Samenvatting

---

Het Opvoedingsprogramma is ontwikkeld voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor personen met ernstige meervoudige beperkingen (Vlaskamp, 1993). Een uitgangspunt van dit programma is dat de zorg voor deze mensen gezien wordt als een opvoedingssituatie waarin het opstellen en realiseren van een opvoedingsperspectief centraal staat. De mogelijkheden van een persoon met ernstige meervoudige beperkingen om effectief met zijn omgeving in interactie te zijn wordt in grote mate bepaald door de kwaliteit van de opvoedingsrelaties. Het opbouwen en bestendigen van een opvoedingsrelatie wordt mogelijk door de huidige (praktijk)situatie te analyseren en vervolgens de overgang te maken naar de gewenste opvoedingssituatie.

Het Opvoedingsprogramma is in eerder onderzoek effectief bevonden zodra het programma echter regulier in de praktijk wordt gebruikt, worden niet dezelfde resultaten behaald als eerder onderzoek aantoonde (Vlaskamp & Nakken, 1996). Op basis van de bestudeerde wetenschappelijke literatuur konden hiervoor drie redenen worden gegeven. Ten eerste de problemen die er bestaan ten opzichte van het verspreiden en implementeren van wetenschappelijke kennis in de praktijk (Bijl, 1996; Grol, 1996; Meurs, Van Splunteren & Van der Werf, 1998). Ten tweede met de moeilijkheid om nieuwe ontwikkelingen in de zorg te vertalen naar de zorg voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen waardoor zij nauwelijks van deze nieuwe inzichten kunnen profiteren (IGZ, 2000). Ten slotte hangen implementatieproblemen samen met de specifieke moeilijkheden die in de zorg voor deze mensen worden gezien. Naast deze algemene problemen is het ook onduidelijk welke specifieke beïnvloedende relaties bestaan tussen omgevingsfactoren en programma-effecten. Eveneens is de onderlinge samenhang tussen factoren en de invloed hiervan op effecten niet bekend.

Dit onderzoek heeft tot doel de relevante omgevingsfactoren te achterhalen bij de implementatie van het Opvoedingsprogramma en deze, indien mogelijk, positief te beïnvloeden. Het Opvoedingsprogramma werd binnen drie residentiële voorzieningen achtereenvolgend geïmplementeerd. In totaal namen vijftien woongroepen voor personen met ernstige meervoudige beperkingen deel aan het onderzoek. Van de voorzieningen A, B en C participeerden bij aanvang van het onderzoek respectievelijk zes, zes en drie woongroepen. Tijdens de uitvoering van het onderzoek besloot voorziening B het aantal woongroepen van zes naar twee te reduceren.

Het onderzoek kan worden opgevat als drie achtereenvolgende quasi-experimenten (Cook & Campbell, 1979). Ieder experiment wordt onderverdeeld in vier fasen. Te beginnen met de adoptiefase, vervolgens de interventiefase en eindigend met twee fasen waarin nametingen plaatsvonden. Alle fasen bestreken een periode van een halfjaar. Het totale implementatietraject per voorziening duurde twee jaar.

Binnen dit onderzoek werd gebruikgemaakt van theoriegestuurde programma-evaluatie. Deze biedt een methodologisch kader waarbinnen kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd kunnen worden. In dit onderzoek werd per voorziening een (kwalitatieve) gevalsbeschrijving gegeven waarvan de gegevens op basis van scanning en monitoring werden

verzameld. Hiervoor heeft een triangulatie van dataverzamelingsstrategieën plaatsgevonden zoals vragenlijsten, interviews, participerende observaties, document- en dossieranalyse. Kwantitatieve onderzoeksmethoden (multiniveau analyse en meervoudige regressie-analyse) werden ingezet om relaties te achterhalen tussen omgevingsfactoren en programmaresultaten over de voorzieningen heen.

In dit onderzoek werden drie onderzoeksvragen beantwoord. Onderzoeksvraag 1 luidde: 'Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn aantoonbaar binnen de context waarin het Opvoedingsprogramma wordt geïmplementeerd?' Deze vraag werd gesplitst in twee subvragen.

Subvraag 1.1. luidde: 'Welke factoren worden in de literatuur aangeduid als mogelijk bevorderend en/of belemmerend tijdens een implementatieproces'. Op grond van een literatuurstudie werden relevante omgevingsfactoren geselecteerd die in zeven domeinen werden geclusterd. De domeinen met de betreffende omgevingsfactoren zijn:

- (a) de persoon met ernstige meervoudige beperkingen (leeftijd en repertoire aan mogelijkheden en beperkingen);
- (b) de zorgverlener (visie, opleidingsniveau, tijd werkzaam binnen de organisatie, leeftijd en beoordeling van de werksituatie);
- (c) de perceptie van het programma door zorgverleners (relatief voordeel, compatibiliteit, complexiteit, deelbaarheid en zichtbaarheid);
- (d) de organisatie (planmatig werken, samenwerking en taak- en verantwoordelijkheidstoedeling);
- (e) de microcontext (personele continuïteit);
- (f) de relaties met andere organisaties (informatie-uitwisseling);
- (g) de macrocontext (concurrentie overige zorgvernieuwingen).

In de literatuur kon geen eenduidige beschrijving gevonden worden op welk moment een bepaalde factor van invloed was en wat de richting van de beïnvloeding was.

Subvraag 1.2 luidde:

'Welke factoren manifesteren zich tijdens het implementeren en bestendigen van het Opvoedingsprogramma?' Alle factoren die waren geselecteerd hadden invloed op het behalen van programmaresultaten. Het moment waarop een factor zich manifesteerde hing samen met de fase waarin het implementatieproces zich bevond. Dit gold ook voor de mate van beïnvloeding door een omgevingsfactor. Deze was wisselend per fase en hing samen met de aanwezigheid van andere factoren.

Onderzoeksvraag 2 luidde: 'Welke bevorderende en belemmerende relaties zijn aantoonbaar tussen de effecten van het Opvoedingsprogramma en de implementatiecontext?'. Deze vraag werd gesplitst in vier subvragen.

Met subvraag 2.1 werd de vraag gesteld of de implementatiestrategieën uitgevoerd werden zoals was gepland. Dit was voor voorziening A en B wel het geval maar niet voor voorziening C. De duur van het implementatietraject (één jaar in plaats van twee jaar) en het aantal deelnemers waren afwijkend. De discrepantie tussen gewenste en behaalde resultaten in voorziening C hing dan ook voor een deel samen met een afwijkende implementatiestrategie. Met subvraag 2.2 werd gevraagd naar de overeenkomst tussen gewenste en behaalde resultaten.

Binnen dit onderzoek zijn vijf effectmaten gedefinieerd op basis van eerder onderzoek van Vlaskamp (1993):

- (I) het totaal aantal opgestelde werkdoelen;
- (II) het aantal technisch correcte werkdoelen;
- (III) het aantal technisch correct geformuleerde werkdoelen met een positieve score;
- (IV) de kennis over het Opvoedingprogramma; en ten slotte
- (V) de vaardigheid in het uitvoeren van het programma.

De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat er verschillen bestonden tussen de gewenste en de behaalde effecten. Op effectmaat I bestond een behoorlijk discrepantie tussen het aantal werkdoelen die werden opgesteld en het aantal werkdoelen die volgens de effectmaat zouden moeten worden opgesteld. De criteria voor de effectmaten II en III werden door het merendeel van de medewerkers bereikt. Op de effectmaten IV en V werden over het algemeen de criteria wel bereikt maar pas een halfjaar later (pas na anderhalf jaar in plaats van één jaar na de start van het onderzoeksproject).

Subvraag 2.3 luidde: 'Welke factoren uit de implementatie-omgeving hangen samen met (de discrepantie tussen gewenste en) behaalde resultaten?' en subvraag 2.4 luidde: 'Op welke wijze hangen deze factoren onderling samen?' Deze vragen werden als volgt beantwoord.

Een programma levert de meeste effecten op zes maanden na de start van de implementatiefase (dit is een jaar na de start van het onderzoeksproject). Twaalf maanden na de start van de implementatie worden de resultaten al minder en dit is achttien maanden na de start van de implementatie helemaal het geval.

Zes maanden na de start van het implementeren van het Opvoedingsprogramma hangen de effecten vooral samen met een combinatie van cliënt en zorgverlenerskenmerken. Indien medewerkers tijdens de adoptiefase een visie hanteren waarbij het leren kennen en het opbouwen van een relatie centraal staat, levert dit de meeste effecten op. Zodra medewerkers een groeps- of persoonsgerichte visie hanteren, zijn de effecten direct na invoering minder duidelijk aanwezig. Eveneens spelen de mogelijkheden van een cliënt en diens leeftijd een rol. Indien de cliënt meer beperkingen kent en ouder is worden minder effecten gezien, zeker indien medewerkers niet gericht zijn op het in contact treden met de cliënt maar op het ontwikkelen van vaardigheden of op het (groepsgericht) verzorgen van de cliënt. Bijzonder is dat leeftijd van zorgverleners hierbij eveneens een rol speelt. Zodra zorgverleners ouder zijn worden meer effecten bewerkstelligd. Oudere medewerkers zijn beter in staat programma-effecten vast te houden. Dit kan verklaard worden door het feit dat oudere medewerkers tijdens de implementatiefase meer sceptisch staan ten opzichte van het programma. Ze doen goed mee tijdens de cursus om een goede indruk te krijgen van het programma. Daarnaast vinden ze zelf dat ze niet zo snel leren als jongere collega's. Ze oefenen meer omdat ze vinden dat ze meer oefening nodig hebben dan jongere collega's. Hierdoor zijn de medewerkers die wat ouder zijn meer intensief met het programma aan de slag waardoor ze tijdens de nameting meer kennis van het programma hebben dan zorgverleners die jonger zijn. Dit betekent dat oudere medewerkers het leren werken met de nieuwe werkwijze niet onderschatten en dat dit positief bijdraagt aan het behalen van programmaresultaten. Het lijkt erop alsof daarmee een pro-innovation bias kan worden tegengegaan.

Twaalf maanden na de start van de implementatie worden factoren van belang die zich in de randvoorwaardelijke sfeer bevinden. Dit zijn organisatiekenmerken zoals samenwerking met het management, een goede programmatische afstemming tussen de verschillende niveaus binnen een voorziening en een heldere taak en verantwoordelijkheidstoedeling. Indien zorgverleners zien dat het management een actieve bijdrage levert om deze structuren meer bij het programma te laten aansluiten wordt het programma door hen als meer positief gepercipieerd. Het programma wordt dan bijvoorbeeld als minder complex ervaren. Opmerkelijk is dat de invloed van hoge personeelwisselingen op de resultaten van het programma niet kon worden aangetoond. Er dient niet zozeer gekeken te worden naar de mate van wisselingen maar het type zorgverlener dat wisselt en de combinatie van wisselingen. Desondanks ervaren zorgverleners personeelwisselingen als een extra belasting. Zeker in situaties waarin nauwelijks ondersteuning wordt ervaren van management, de taken en verantwoordelijkheden niet helder zijn en de werkzaamheden op de verschillende niveaus niet op elkaar zijn afgestemd.

Achttien maanden na de start wordt een duidelijke terugval in resultaten gezien. Een belangrijke samenhang wordt gezien met de vele vernieuwingen die elkaar in korte tijd opvolgen. In de drie voorzieningen leken medewerkers overspoeld te raken door de verschillende projecten terwijl tegelijkertijd werd gezien dat bij oudere cliënten en cliënten met minder mogelijkheden het moeizamer werd om na achttien maanden nieuwe werkdoelen te blijven opstellen.

Onderzoeksvraag 3 luidde: ‘In hoeverre en op welke wijze zijn omgevingsfactoren te beïnvloeden ten voordele van een effectieve implementatie?’ Deze vraag kon niet rechtstreeks beantwoord worden omdat de gekozen onderzoeksopzet geen gerichte beïnvloeding van de omgevingsfactoren mogelijk maakte. Naar aanleiding van de resultaten kan het volgende worden aangegeven. Ten eerste is het onvoldoende dat alleen aandacht besteed wordt aan een vernieuwing tijdens en kort na de implementatie. Dit onderzoek liet zien dat voor de besteding van resultaten minstens een jaar na de implementatie structureel aandacht besteed moet worden aan het geïmplementeerde programma. Deze aandacht zou zich onder andere moeten richten op het afstemmen van toekomstige vernieuwingsprojecten op de reeds geïmplementeerde projecten. Tijdens de (keuze voor en) planning van vernieuwingsprojecten dienen mogelijkheden te worden meegenomen om de resultaten van eerdere projecten te integreren in de nieuw te plannen projecten. In het verlengde hiervan dient het management eenduidige en heldere keuzes te maken en moeten afspraken hieromtrent regelmatig op alle niveaus teruggehaald worden. Zij dienen de (financiële, personele en structurele) voorwaarden in de praktijk te scheppen om continu leren of veranderen mogelijk te maken. Ten tweede dient aandacht te bestaan voor de samenstelling van het team van professionals. In dit team moet voortdurend een goede balans aanwezig zijn tussen de verschillende kenmerken van professionals (zoals visie, leeftijd, aantal jaren dat mensen in de zorg werkzaam zijn, opleidingsniveau). Eveneens moet er voldoende aandacht (bijvoorbeeld in de vorm van bij- of nascholing) blijven bestaan voor de woongroepen waarop oudere cliënten met weinig mogelijkheden verblijven. Zij profiteerden na verloop van tijd het minst van de vernieuwing.

Het onderzoek laat zien dat de complexiteit van de praktijksituatie waarop veel directe en indirecte factoren van invloed zijn, het veranderen van bestaande routines erg ingewikkeld maakt. De methoden die in dit onderzoek zijn gebruikt, bieden echter goede mogelijkheden om belangrijke implementatiefactoren te onderkennen. Daarmee wordt gerichte beïnvloeding ten voordele van een effectieve implementatie mogelijk.



## Summary

---

This research study investigates and evaluates contextual factors that appear to influence the implementation of a project to introduce Individual Educational Programmes into the care regime of individuals with profound multiple disabilities in three residential facilities in the Netherlands between 1996 and 2000. The aim has been to determine which factors are operating, what are their effects, how they interact, and how the factors that are beneficial to the disabled individuals may be maximised.

The theoretical premise of this programme is that the care of these people is perceived as an educational situation in which drawing up and realising an educational perspective is the central issue. The abilities of persons with profound multiple disabilities to interact effectively with their environment depends heavily on the quality of interpersonal educational relationships. The direct service professionals and management analysing the current situation and making the transition to the desired educational situation facilitate engaging in and sustaining an educational relationship.

In previous research, the Individual Educational Programme (IEP) was found to be effective in increasing the quality of care of people with profound multiple disabilities (Vlaskamp 1993). However, when this programme is used in regular practice the same benefits were not obtained (Vlaskamp & Nakken, 1996). In the research literature three reasons have been suggested for this finding. First, there are problems with disseminating and implementing scientific knowledge into day-to-day practice (Bijl, 1996; Grol, 1996; Meurs, Van Splunteren & Van der Werf, 1998). Secondly, there are difficulties with applying new developments in care to people with profound multiple disabilities. As a result such people will hardly benefit from these developments (IGZ, 2000). Thirdly, the problems with implementation are due to the specific difficulties observed in the care of individuals with profound multiple disabilities. Besides these general problems many questions arise about the specific relations between contextual factors and programme outcomes. This also applies to the interaction between factors and the impact of this interaction on the outcomes.

The aim of this research is to reveal relevant contextual factors in the implementation of the Individual Educational Programme and, if possible, to influence these positively.

In total fifteen living units of people with profound multiple disabilities in three residential facilities for people with mental disabilities participated. In the facilities A, B, and C, direct service professionals and clients of respectively six, six and three living units participated. With the research study already started facility B decided to cut down from six to two living units.

The research study can be viewed as three quasi-experimental studies (Cook & Campbell, 1979) that were carried out consecutively. Every experiment is divided into four phases. The experiment started with the adoption phase, the second was the intervention phase and the last two phases were follow up phases. Each phase comprised half a year. Full implementation of the programme took two years in each facility.

In this research project, a model of theory driven programme evaluation was used (Chen, 1990). This model provides a methodological framework in which quantitative and qualitative research methods can be combined. In this research, a (qualitative) case description was made of the process of implementation in each facility. Scanning and monitoring techniques were used to collect information and a triangulation of data collection strategies was used, such as questionnaires, interviews, participative observations, analysis of documents and dossier searches. Quantitative research methods (multi level analysis and multiple regression analysis) were used to uncover relations between contextual factors and programme outcomes, across the three facilities.

Three research questions were answered in this research project.

Research question 1 was: 'Which facilitating factors and/or barriers to the implementation of the IEP are identifiable within the environmental context of implementation?' This was divided into two sub questions.

Sub question 1.1. was: 'Which factors have been noted in the research literature as potential facilitating factors and/or barriers in the implementation process?' On the basis of a literature review, relevant contextual factors were selected and clustered into seven domains. The domains and the selected contextual factors are:

- a) the individual with profound multiple disabilities (age and repertoire of possibilities and limitations);
- b) the direct service professionals (their perspective on care, level of education, duration of employment in the facility, age, and perception of the situation they work in);
- c) the perception of the programme by the direct service professionals (perceived relative advantages, perceived compatibility, perceived complexity, divisibility, visibility);
- d) the organisation (working according to plans on all levels of a facility, working together and assignment of tasks and responsibilities);
- e) the micro context (continuity in personnel);
- f) the relations with other facilities/organisations (exchange of information);
- g) the macro context (competition with other new developments in care).

The answer on research sub question 1.1 was that unambiguous descriptions of the influence of a certain factor in a given phase and the direction (positive and/or negative) could not be found in the literature.

Sub question 1.2 was: 'Which factors are manifest in implementing and sustaining the IEP?' All the factors that were mentioned earlier, had an impact on the results of the programme. The impact of a factor depended on the phase of the implementation process. This also applied to the trend of the impact (neutral, positive, negative or mixed) on programme results. The specific combination of factors at the same time in the same situation also determined a great deal of the programme results.

Research question 2 was: 'Which relations were demonstrable between the outcomes of the IEP and the implementation context?' This question was divided into four sub questions.

Sub question 2.1. enquired if the implementation strategies were carried out as planned. Facilities A and B did so, but not facility C. The duration of the implementation process (one year instead of two years) and the number of participants were off target.

The discrepancy between the desired and achieved results in facility C depended to a great

extent on the non-standard implementation strategy. Therefore, it was difficult to link results of the programme to contextual factors in this facility.

Sub question 2.2. asked: 'What is the similarity between the results that were desired and the results that were achieved?' A study by Vlaskamp (1993) demonstrated that with the IEP five sorts of programme data could be obtained. These were set as criteria in this study and a normative evaluation on the effectiveness of the implementation was carried out. The five criteria were:

- (I) the total number of goals set;
- (II) the number of technically correct goals;
- (III) the number of technically correct formulated goals with a positive score;
- (IV) the knowledge of the Educational Programme; and lastly
- (V) the ability to carrying out the programme.

The results in this study showed differences between the criteria and the programme results that were achieved. A substantial difference in goals that should have been set was seen on criteria I. Staff did not reached the desired number of goals that was obtained in the study by Vlaskamp (1993). The criteria II and III were achieved by most of the participants. The criteria IV and V were generally achieved but only half a year late (1,5 years instead of 1 year after the start of the project). With sub question 2.3. a relation was sought between the influence of contextual factors on the difference between the desired and achieved results, and sub question 2.4 questioned the interaction of these factors and the influence of this interaction on the achieved results. These questions were answered as follows.

The programme was most effective in achieving the desired results six months after the start of the implementation phase (this was one year after the start of the research study). Twelve months after the start of the implementation the effects decrease and this finding is even stronger eighteen months after the start of the implementation.

Six months after the start of implementing the IEP, the results depend merely on a combination of client and professional characteristics. Most positive results are seen if direct service professionals in the adoption phase hold a perspective on care that focuses on the development of a relation with the client. These results are less pronounced for professionals that hold a group oriented or person oriented vision. The abilities of the client also make a difference here. When a client is more severely disabled or older, fewer positive results are observed, especially if professionals are not focussed on the relationship with the client but on the development of skills or on nursing the client. It is noticeable that the age of the professionals appears to play a role as well. Professionals who are older achieve better results and are better able to maintain programme effects. This can be explained by the finding that older professionals are more sceptical towards the programme during the implementation phase. They participate well during the intervention in order to get a clearer understanding of the programme. They also state that they don't learn so fast as their younger colleagues. And because they think they need more training than their younger colleagues do, they practice more. Because of this, direct service professionals who are older are more intensively involved with the programme and this results in a higher score on knowledge at the follow up than their younger colleagues. It can be concluded that older direct service professionals do not underestimate working with a new programme and that this contributes positively to the achievement of programme results.

Twelve months after the start of the implementation phase, factors in the area of 'prior conditions' are becoming more important. These are organisational characteristics, such as working together with the management, programmatic tuning between the different levels in a facility and a clear assignment of duties and responsibilities. In situations where professionals see that management contributes actively to the programme by adjusting organisational structures to the programme, the programme is perceived more positively. Noteworthy is that in this study a negative impact of high direct service professionals' turnover could not be demonstrated. From the results of this research project it can be concluded that the number of professionals that leaves is less important than the type of professional that leaves the unit. If the turnover rate is high because of professionals working just a few weeks on the unit, no impact on programme results could be seen. However if turnover is due to professionals that worked on the unit for half a year or more, an impact on the programme results could be seen. Nevertheless, if turnover was high because of new professionals leaving, 'old' professionals experienced these changes as an extra burden. This applies specifically to situations in which they experience little support of the management, when duties and responsibilities are not clear and the tasks at different levels are not tuned.

Eighteen months after the start, a major fall in positive results was observed. This can be connected with the many innovations that were introduced in a short time. In the three facilities direct service professionals seem to be overloaded by different projects whilst at the same time it is observed that it becomes more difficult to set new goals for older clients or clients with less abilities.

Research question 3 was: 'To what extent, and in what way, can these factors be influenced to benefit effective implementation?' This question could not be answered in a straightforward way since the research design did not permit a direct intervention in the contextual factors. But the results of this research study do allow us to make a few comments. Firstly, attention needs to be paid not only to innovation at, and soon after, the implementation. This research showed that in order to sustain positive results, structural interest in the programme is needed for at least a year after the implementation. The attention should focus on the influence on, and tuning of, subsequent innovation projects on the already implemented programmes. When planning for innovation projects, explicit attention should be given to the integration of lessons learnt from earlier projects into the design of projects to follow. Consequently, the management needs to make unambiguous and clear choices and to confirm agreements on these at all levels of the organisation. They need to create the prior conditions (finances, staffing, housing etc.) to make continuous learning and development possible. Secondly, there needs to be a focus on the make up of the team of professionals. Within this team a good balance needs to be found of the different professional characteristics (like perspective on care, age, duration of experience in the facility, level of education). Also needed is a real and lasting interest (for example in the form of permanent education) for the living units where, in particular, the older clients and the clients with fewer abilities stay. It is these clients who, after some time, benefited less from the innovation.

The study explains that the complexity of the real life practises, which is influenced by direct and indirect factors, makes changing the routines of staff difficult. However, the methods used in this research provide good opportunities to identify important implementation factors. With this knowledge a focused intervention that benefits an effective implementation becomes possible.

## Nawoord

---

Promoveren doe je (gelukkig) niet alleen. Dit proefschrift is tot stand gekomen dankzij de medewerking en hulp van velen. Graag wil ik een aantal mensen noemen die een belangrijke en positieve bijdrage hebben geleverd. Een 'aantal mensen', want de ruimte laat niet toe hier allen met naam te noemen.

Boven alle anderen heeft professor Carla Vlaskamp een zeer grote bijdrage aan dit proefschrift geleverd. Carla, jouw passie voor het onderzoek en jouw gedrevenheid (die nauwelijks grens of klok kende) hebben voor mij als voorbeeld gediend. Ook jouw vaardigheid om zaken vanuit verschillende perspectieven te bekijken en de in mijn ogen complexe, ondoordringbare en onbegrijpbare zaken weer van nuchtere (noordelijke) logica te voorzien, riep bij mij vaak het gevoel op: "o, is het zo simpel?". Waarop jij dan meer genuanceerd antwoordde: "ja , zo simpel is het en het komt allemaal goed...."

Professor Han Nakken ben ik dank verschuldigd voor de ruimte die ik gekregen heb bij de uitvoering van dit onderzoek. Zijn scherpzinnigheid en kritisch commentaar op de door mij aangeleverde teksten hebben mij steeds verder geholpen. Han, van jouw vaardigheid 'iets niet te snappen', heb ik veel profijt gehad. Hierdoor moest ik gaan nadenken over dingen die ik dacht te begrijpen maar blijkbaar toch niet helemaal begreep, waarvan bleek dat ik ze mogelijk toch ging begrijpen als ik ze begrijpbaar voor anderen kon maken. En ja, deze zin zal vast anders moeten maar daarvoor is het nu te laat.....

Professor Tom Sniijders bracht me de beginselen van de multilevel analyse bij en vormde een blijmoedige vraagbaak voor de statistiek. Bedankt voor je bereidheid tussen al je drukke werkzaamheden door, iedere keer wel weer een gaatje te vinden en dan, ondanks de drukte, vol aandacht te luisteren naar mijn vragen.

Zonder de medewerking van Stichting Sint Anna en alle betrokken 'bewoners' en hun familie was het niet mogelijk geweest dit onderzoek uit te voeren. Een bijzonder woord van dank gaat uit naar dhr. drs. W. Buntinx die de voortgang van het project nauwlettend in de gaten hield en op de juiste momenten met de juiste woorden insprong.

Ook wil ik graag de leden van de Zorgevaluatieteams bedanken. Zij waren degenen die met hun inzet en enthousiasme draagvlak hebben gecreëerd om het onderzoek mogelijk te maken en uit te voeren. Zowel op formele als informele momenten heb ik veel steun mogen ontvangen van Nic Krekels, Rene Hanneman, Henk Kehrens, Maria Gerrits, Wim Reinen, Mieke Vankan, Kevin van der Laak, Bert Boonen, Arno Willems, Patricia Géominy, Josique Bokken, Petra Jakobs, Daniëlla Souren, Gemma Bongers, Edith Mink, Silvie Beckers, Sonja Scheers, Ron van Tongerlo, Jo Kotte, Esther van de Akker, Lenny Nijsten, Sandra van de Berg, Germie Vliegen, Gertie Jetten, Stanley Schatzinger, Ans Pelders, Monique Penders, Esther

Smeets en Anja Frijns. Nicole Krowinkel, door jouw aanwezigheid was het mogelijk om tussen alle drukte door, onder het genot van een kopje thee of koffie te reflecteren, contempleren en filosoferen over de praktijk van alledag. Ten slotte mag ik Marianne Werts niet onvermeld laten....

Alle studenten, onderzoeksstagiaires en scribenten die bij het project betrokken waren en met enthousiasme meewerkten, wil ik bedanken, in het bijzonder Aliët Hoekstra, Marleen Steeneken, Karin de Geeter, Cisca Booijink, Petra Lenting en Patrick Sloesen. Door jullie aanwezigheid 'on-the-spot' hebben jullie een grote bijdrage geleverd aan de dataverzameling, het geven van cursussen en het fungeren als een vraagbaak voor de mensen van de voorzieningen. Ook wil ik Bonne Zijlstra graag bedanken omdat ik met hem de 'geneugten' mocht delen van het samen analyseren draaien in MLWin.

Een bijzonder woord van dank gaat uit naar Carien Smets. Een doener bij uitstek die zich niet liet vangen door 'de weerbarstigheid' van de praktijk en problemen met een gezonde dosis relativiseringsvermogen en humor te lijf ging. Zij was ook degene die de integratie bevorderde tussen 'de mensen uit Groningen' en de Limburgers door het geven van een praktische en snelle inburgeringscursus: kruusbessen miej schoem en iets met een suikerpotje dat door de ruiten moest worden gegooid.....

Graag wil ik ook Mieke Klundert bedanken voor het corrigeren van dit proefschrift waarbij zij zich niet door erbarmelijke omstandigheden heeft laten weerhouden tot het minutieus aanstrepen van ieder verkeerd geplaatste punt, komma of dubbele spatie dat de leesbaarheid van dit proefschrift ten goede is gekomen. The same is true for dr. M. Miles who corrected the English summary. In the process of correcting, he remarked that trying to do your best for individuals with multiple profound disabilities without checking that this will benefit them, is as "the sound of one hand clapping".

Vanaf het begin is er regelmatig overleg geweest met een externe wetenschappelijke begeleidingscommissie. De commissie bestond uit mr. drs. G.C.J. van der Velde (voorzitter), mr. H.J. van der Moer, mw. Folkerts, mw. drs. A.C.B. Willems, prof. dr. A. Th. G. van Gennep, drs. E. Th. Klapwijk en mr. Drs. L.J.G. Ritzen. Naast kritische vragen en opmerkingen over de voortgang van het onderzoek, hebben zij allen veel tijd besteed aan het becommentariëren van de voortgangsverslagen. Ik wil hen hiervoor hartelijk bedanken.

Walter Verweij en Nick Ralph wil ik graag bedanken voor het opmaken van het proefschrift. Het is nu jullie beurt om aan Nat te vragen of ze "even iets" voor jullie wil doen.....

Naast mijn familie en vrienden wil ik graag drie mensen in het bijzonder noemen en bedanken. Hugo, ik heb je solidariteit om samen met mij nachten door te halen en in te springen bij het falen van de informatietechnologie erg weten te waarderen. Nathalie en Petra, jullie onvoorwaardelijke steun en vertrouwen tijdens de zich opdringende 'life-events' heeft mij veel goed gedaan. Growing old and ugly together is wat ik zou willen beloven. Maar of dat laatste ons gaat lukken.....

Tenslotte Harry. Vink, jij hebt mij de laatste twee jaar met een onverzettelijke vrolijkheid, humor en werklust heel veel klussen uit handen genomen en mij de complementaire zaken van het proefschrift schrijven laten ondergaan. Het is tijd voor het inwisselen van de 'tegoedbonnen' en wil me op mijn beurt niet inhouden om jou in jouw schrijfproces te onderbreken voor het uitvoeren van 'ontspannende' bezigheden zoals skaten, hardlopen, squashen, paardrijden..... Of toch maar liever "eerst even iets afmaken.....?"





## Curriculum Vitae

---

Rita Zijlstra behaalde in 1989 het eindexamen Atheneum aan het Jacob Roelandslyceum te Boxtel, waarna zij startte met de studie Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. In januari 1991 maakte zij de overstap naar de studie Orthopedagogiek waarin zij in september 1995 afstudeerde. Tijdens de doctoraalfase werd onderzoek verricht naar de invloed van een cochleaire implant op de mobiliteit van personen met het syndroom van Usher. De resultaten van dit onderzoek mocht zij in het voorjaar van 1996 presenteren op een internationaal congres over cochleaire implant te Parijs. In het jaar na haar afstuderen heeft zij een aantal maanden op het Instituut voor Doven als onderzoeksmedewerker gewerkt waarbij ze onder andere een bijdrage heeft mogen leveren aan het onderzoek 'Fostering harmonious Interactions between deafblind children and their educators'. In 1993 is zij gestart met de studie psychologie met als specialisatie Neuropsychologie. In augustus 1996 behaalde zij dit doctoraalexamen met een studie naar het ontwikkelen van een neuropsychologische testbatterij voor kinderen met een verbale ontwikkelingsdyspraxie. Van juni 1996 tot januari 2001 heeft zij gewerkt als Assistent-in-Opleiding bij de faculteit Psychologische, Pedagogische en Sociologische wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Tijdens deze aanstelling werd het onderzoek, zoals beschreven in dit proefschrift, verricht bij drie voorzieningen in Limburg, onder begeleiding van prof. dr. H. Nakken, prof. dr. C. Vlaskamp en prof. dr. T. Snijders. Tijdens deze aanstelling heeft zij verschillende presentaties gegeven zowel in binnen- als in buitenland (Seattle, Dublin, Leuven) en heeft zij een artikel in het European Journal on Mental Disabilities gepubliceerd. Van januari 2001 tot en met juni 2002 is zij als orthopedagoog verbonden geweest aan een kinderdagcentrum voor kinderen met een verstandelijke beperking van Stichting De Wendel te Venlo. Eveneens is zij van april 2000 tot en met juli 2001 als orthopedagoog werkzaam geweest binnen een residentiële instelling van de stichting Sovak te Terheijden. Van juli 2001 tot en met januari 2002 heeft zij samen met drs. A. Hoekstra in Bangladesh gewerkt aan het aanpassen en implementeren van een ontwikkelingsschaal voor kinderen met cerebrale parese. In 2004 verwacht zij de opleiding tot gezondheidspsycholoog af te ronden. Op dit moment is zij werkzaam als wetenschappelijk medewerker leerstoel ernstig verstandelijk gehandicapten voor de stichting 's Heeren Loo Zorggroep en als onderzoeker bij de faculteit van de Psychologische, Pedagogisch en Sociologische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.