

Resultaten Scoren scoort resultaten 2

Resultaten Scoren

EVALUATIESTUDIE 2004 · 2005

Drs. Eta Mulder | Drs. Inge Duimel | Prof. Dr. Gerard Schippers

Voorwoord

Resultaten Scoren, het zorgvernieuwingsproject dat we als sector verslavingszorg vanaf 1999 gezamenlijk vorm en inhoud geven, heeft ons vele nieuwe protocollen, richtlijnen en kennis opgeleverd. In 2003 is al onderzocht in welke mate de producten door de medewerkers gebruikt worden. Nu, in 2005, het laatste jaar van de projectsubsidie, hebben we dit onderzoek herhaald.

Met tevredenheid kunnen we vaststellen dat Resultaten Scoren ook na zeven jaar resultaten scoort. De ontwikkelde producten worden immer positief ontvangen en dragen bij aan het evidence based werken in de verslavingszorg.

De implementatie vordert gestaag, hoewel niet alle producten voldoende geborgd worden in een standaardwerkwijze. Met name de behandelprotocollen zijn het meest succesvol. Dat heeft enerzijds te maken met de concreetheid van een protocol, maar zoals nu blijkt ook met de setting waarin ze gebruikt worden.

In de afgelopen twee jaren heeft de nadruk van de activiteiten van Resultaten Scoren gelegen op implementatie. We zien in dit onderzoek, duidelijker dan in 2003, dat implementeren moeilijk is. Implementeren vergt systematisch, doelgericht en flexibel werken. Dit onderzoek maakt duidelijk dat implementatoren behoefte hebben aan meer kennis en vaardigheden in dit proces. Dit zal voor de verslavingszorg een belangrijk aandachtspunt moeten blijven in de komende jaren.

Resultaten Scoren zal zich in de komende periode nadrukkelijk richten op de actualisatie van de ontwikkelde producten. Nieuwe evidentie en ervaringen met de werkwijze moeten worden ingevoegd om de kwaliteit van de producten, en daarmee het keurmerk dat Resultaten Scoren geworden is, te borgen.

Laten we er als gehele sector de schouders blijvend onder zetten.

Assen, december 2005

Martinus Stollenga

Voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren

Inhoudsopgave

	pag.
Samenvatting	1
1. Inleiding	5
1.1 Introductie	5
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	6
1.3 Fasering van adoptie	6
1.4 Bevorderende en belemmerende factoren	7
2. Uitvoering van het onderzoek	9
2.1 Onderzochte producten	9
2.2 Deelnemers	10
2.3 Uitvoering	11
3. Implementatie per product	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Leeswijzer	14
3.3 Implementatie per product	15
4. Resultaten en discussie	69
4.1 Inleiding	69
4.2 Resultaten Scoren scoort resultaten	69
4.3 Worden de producten van Resultaten Scoren gebruikt?	70
4.4 Bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie	75
4.5 Implementeren	79
4.6 Indicatoren voor succesvolle implementatie?	82
5. Conclusies en aanbevelingen	83
5.1 Conclusies	83
5.2 Aanbevelingen	85
Literatuurlijst	87
Bijlage 1 Overzicht instellingen	91
Colofon	92

Samenvatting

Het onderzoek

In de periode mei tot medio september 2005 is een *tweede* onderzoek verricht naar de resultaten van het project 'Resultaten Scoren'. De implementatie van Resultaten Scoren-producten is een eerste maal geëvalueerd in 2003, als afsluiting van het destijds vijf jaar durende zorgvernieuwingsproject. Uit dat onderzoek werd duidelijk dat zowel vanuit het project als vanuit de instellingen met name het implementatieproces beter gestructureerd diende te worden.

Het doel van het 2005-onderzoek is om, door het bepalen van de fase van adoptie van de aan het veld aangeboden producten van 'Resultaten Scoren' en de daarbij bevorderende en belemmerende factoren, inzicht te krijgen in enerzijds het beklijven van de implementatie van de reeds in 2003 onderzochte producten en anderzijds in het implementatieproces van de reeks nieuw ontwikkelde producten.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij 12 instellingen voor verslavingszorg die verspreid in het land liggen. Deze 12 instellingen bieden samen 89% van de verslavingszorg in Nederland. Voor de niet in dit onderzoek betrokken instellingen worden de uitkomsten van dit onderzoek voldoende valide en betrouwbaar geacht, zodat ze ook voor hen relevant zijn.

Het onderzoek richt zich op de 10 producten die in het 2003-onderzoek geëvalueerd zijn en op 13 nieuw ontwikkelde en aan het veld aangeboden producten. De onderzochte producten verschillen van aard:

- Protocollen; zij reguleren het gedrag van medewerkers tot op specifiek niveau: de Leefstijltrainingen I, II, III en IV, het Draaiboek Homeparty, de Intake Module indicatiestelling en trajecttoewijzing, het Protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten, het Protocol Theater2daagse en de Crisis Module: kortdurende klinische crisisinterventie.
- Richtlijnen; zij adviseren over het meest wenselijke gedrag, maar moeten door de medewerker vertaald worden naar de eigen praktijk: de Dubbele diagnose, dubbele hulp, het Handboek Intramuraal Motivatie Centrum, Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders en Casemanager in de sociale verslavingszorg, Trajectmatig werken in een complexe omgeving, Cliëntprofielen: richtlijnen en werkschema's, Bemoeizorg, Gebruiksruimten in

beeld, Gedwongen ontslag, Detox, verantwoord ontgiften en Onbenutte mogelijkheden; handleiding aansluiting verslavingszorg en zelfhulpgroepen.

- Kennisdocumenten; meestal literatuurstudies waarmee beoogd wordt het gedrag op indirecte wijze te sturen: de publicaties Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument (OSVI), Vuren op de kust en Effectieve verslavingspreventie.

Omdat er tot nu toe geen eenvoudig meetbaar conceptueel kader gevonden is om de implementatie van kennis te meten, wordt van de kennisdocumenten in het onderzoek alleen onderzocht of ze al dan niet bekend zijn, bruikbaar/relevant geacht worden en of ze ook daadwerkelijk in de praktijk gehanteerd worden.

Dataverzameling

Door fusies is de samenstelling van de onderzoeksgroep ten opzichte van 2003 gewijzigd. De 15 instellingen die in 2003 zijn benaderd vormen in 2005 nog 13 instellingen. Deze 13 instellingen zijn benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. De directies van deze instellingen ontvingen een verzoek tot deelname aan het onderzoek. Na de ontvangen toestemming tot deelname is middels een schriftelijke vragenlijst het gebruik van de Resultaten Scoren-producten binnen de instellingen geïventariseerd. In een daaropvolgend telefonisch interview met de contactpersonen is informatie verzameld over het verloop van het implementatieproces van deze producten en de factoren die dit beïnvloeden. In totaal zijn er 36 telefonische interviews afgenomen.

Resultaten en aanbevelingen

Mate van implementatie

Net als in 2003 is ook nu de algemene conclusie dat Resultaten Scoren resultaten scoort. De Resultaten Scoren-producten zijn bekend en worden breed toegepast in de verslavingszorg. De producten worden positief ontvangen door de medewerkers en het merendeel van de instellingen heeft besloten dat Resultaten Scoren-producten standaard geïmplementeerd moeten worden. Resultaten Scoren kan ook na zeven jaar rekenen op een breed draagvlak onder de medewerkers.

Dit alles rechtvaardigt het voortzetten van Resultaten Scoren. De verslavingszorg kan ook in de toekomst haar zorgvernieuwing op een hoog plan tillen door de krachten van de wetenschappelijke ontwikkeling en de praktijk te bundelen.

De implementatie van de in 2003 onderzochte producten is in 2005 verder gevorderd. Echter, niet voor alle in 2003 onderzochte producten is het verschil in implementatie met de in 2005 onderzochte producten groot. Het blijkt in de praktijk niet haalbaar om voor alle producten de behoudfase te bereiken. Het besluit om te implementeren garandeert dus niet dat het ook gebeurt.

De verspreiding van Resultaten Scoren-producten moet zich nadrukkelijker richten op kleinere instellingen. Ten opzichte van 2003 zijn meer producten bij meer instellingen niet bekend. Met name kleinere instellingen worden niet altijd goed bereikt. Deze instellingen zijn vaak minder betrokken bij de ontwikkelingen binnen Resultaten Scoren o.a. omdat ze zelf geen producten ontwikkelen.

De behandelproducten worden door meer instellingen geïmplementeerd dan de producten voor de preventie. Er lijkt minder behoefte aan de preventieproducten te zijn. Vaker dan bij de behandelproducten hebben de instellingen zelf een goed werkend alternatief voor deze producten. Bij het ontwikkelen van nieuwe producten is het van belang dat nadrukkelijk gekeken wordt naar voor preventie noodzakelijke ontwikkelingen.

Implementeren

De implementatie wordt nog onvoldoende op gestructureerde wijze uitgevoerd. Bij veel implementaties ontbreekt het aan een helder implementatieplan, meetbare doelen, een analyse van de doelgroep en het bewust kiezen van een strategie om de bevorderende en belemmerende factoren te beïnvloeden. Dit komt onder andere door een tekort aan kennis en vaardigheden bij de implementatoren. Voor de toekomst is het van belang dat de instellingen, al dan niet gezamenlijk, (blijven) investeren in implementatie.

Implementatoren hebben behoefte aan producten met een ondersteunend implementatieplan, een competentieprofiel voor de medewerkers die het product gaan gebruiken en indicatoren op basis waarvan ze kunnen beoordelen of de nieuwe werkwijze tot het gewenste resultaat leidt. Met name de laatste twee aspecten dienen aan nieuw te ontwikkelen producten worden toegevoegd.

Het meten van resultaten van de toegepaste werkwijze zal bijdragen aan implementatie en verbetering van de producten. Resultaatmeting behoort bij borging van de nieuwe werkwijze. Dit gebeurt nog slechts op zeer beperkte schaal in de verslavingszorg.

Een mix van factoren bevordert en belemmert de implementatie. De protocollen en de richtlijnen die op beperkte schaal moeten worden aangepast aan de eigen praktijk zijn het meest succesvol. Implementatie wordt bevorderd door de kwaliteit van de producten, als de medewerkers de producten ervaren als antwoord op een knelpunt en cliënten meer tevreden zijn. Belemmerend is organisatorische onrust, personele wisselingen en onduidelijkheid over het te verwachten resultaat van de nieuwe werkwijze.

De rol van het management in implementatie moet verstevigd worden. Hoewel een (staf)medewerker die zich nadrukkelijk bezig houdt met de implementaties deze bevordert, blijft het van groot belang dat de eindverantwoordelijkheid voor de implementatie door managers genomen wordt. Dit is nu niet overal het geval en dat brengt de acceptatie en borging van de verandering in gevaar.

Ten slotte is het aan te bevelen om te onderzoeken in welke mate de implementatie van Resultaten Scoren-producten geleid heeft tot een afname van het gebruik van niet wetenschappelijk evidente methodieken in de verslavingszorg.

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Door middel van dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek dat in de periode mei tot medio september 2005 heeft plaatsgevonden naar de resultaten van het project 'Resultaten Scoren' bij twaalf Nederlandse verslavingszorginstellingen. In het rapport zijn de resultaten van deze instellingen op landelijk niveau geaggregeerd en vervolgens anoniem verwerkt. Iedere deelnemende instelling ontvangt separaat een bijlage met de eigen resultaten.

'Resultaten Scoren' was aanvankelijk een vijf jaar durend zorgvernieuwingsproject (1999-2003) in de Nederlandse verslavingszorg. De doelstelling was om in deze vijf jaar te realiseren dat er:

1. meer inzicht en overzicht is van effectieve en efficiënte interventies binnen de verslavingszorg op het terrein van behandeling, preventie en sociaal verslavingsbeleid;
2. gestart is met de sectorbrede implementatie van deze interventies en van een systeem van uitkomstenvergelijking (benchmarking);
3. een infrastructuur ontwikkeld is voor permanente wetenschappelijke ondersteuning van de praktijk en de implementatie van vernieuwingen;
4. in de praktijk van de verslavingszorg een coherent profiel aangebracht is, dat intern door medewerkers en extern door belangrijke stakeholders wordt herkend.

De resultaten van het 2003-onderzoek waren veelbelovend, in die zin dat de producten met open armen werden ontvangen door het Nederlandse verslavingszorgveld en 'Resultaten Scoren' werkelijk resultaten scoorde. Men kreeg zicht op de implementatieprocessen en de daarop van invloed zijnde factoren, en het belang en de relevantie van deze producten werd duidelijk onderstreept. Begin 2004 heeft het Ministerie van VWS haar subsidie aan Resultaten Scoren voor 2 jaar verlengd. In 2004 en 2005 zijn veel uit de eerste fase lopende ontwikkeltrajecten afgerond en is, naast een in omvang beperkte nieuwe ronde van ontwikkeltrajecten, veel nadruk gelegd op de implementatie van de Resultaten Scoren-producten. Nu, in 2005, willen we wederom

inzicht verschaffen in de mate van het gebruik van dit keer veel meer Resultaten Scoren-producten.

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doel

De doelstelling is tweeledig. Ten eerste willen we inzicht krijgen in het beklijven van de implementatie van de reeds in 2003 onderzochte producten en in het verloop van de implementatieprocessen van de reeks nieuw ontwikkelde producten door het bepalen van de fase van adoptie van de aan het veld aangeboden producten van Resultaten Scoren en de daarbij bevorderende en belemmerende factoren. Ten tweede willen we achterhalen of er indicerende factoren zijn die de kans op succesvolle implementaties van zorgvernieuwingsproducten verhogen.

Onderzoeksvragen

1. In hoeverre maakt de verslavingszorg daadwerkelijk gebruik van de Resultaten Scoren-producten?
2. Beklijft de implementatie van de producten die in 2003 als geïmplementeerd zijn beoordeeld?
3. Zijn er factoren die een indicatie geven van de kans op succesvolle implementatie van de aangeboden zorgvernieuwingsproducten?

1.3 Fasering van adoptie

Voor het vaststellen van de mate van adoptie van de producten wordt gebruik gemaakt van de implementatietheorie van Grol en Wensing (2001). Zij benoemen implementatie als een cyclisch gedragsveranderingsproces met de volgende fasen:

1. *Oriëntatie:* De hulpverlener is op de hoogte van het bestaan van de vernieuwing en toont interesse en betrokkenheid.
2. *Inzicht:* De hulpverlener weet wat de vernieuwing inhoudt en kent de consequenties van de vernieuwing voor zijn eigen handelen.
3. *Acceptatie:* De hulpverlener staat positief tegenover de vernieuwing en heeft de intentie om de vernieuwing toe te passen.
4. *Verandering:* De hulpverlener past de vernieuwing toe en wordt bevestigd in het nut ervan.

5. *Behoud:* Gebruik van de vernieuwing is onderdeel geworden van de routine van de hulpverlener en is verankerd in de organisatie. Ook zijn er afspraken gemaakt over toetsing van het product en de toepassing ervan.

1.4 Bevorderende en belemmerende factoren

Het succes van een implementatie wordt sterk bepaald door bevorderende en belemmerende factoren. Om een implementatie succesvol te laten verlopen is het noodzakelijk om voorafgaand aan het daadwerkelijk invoeren van de vernieuwing zicht te hebben op deze factoren en om vervolgens strategieën te ontwikkelen om deze factoren zoveel mogelijk te benutten dan wel hun invloed te beperken.

Grol en Wensing (2001) benoemen de volgende factoren:

- Factoren van de vernieuwing zelf:
 - a) aansluiting bij bestaande normen en waarden
 - b) vormgeving
 - c) antwoord op ervaren knelpunten
 - d) geloofwaardigheid van de inhoud
- Factoren in de individuele hulpverlener:
 - a) competentie
 - b) attitude t.o.v. de innovatie en haar toepasbaarheid
 - c) motivatie tot veranderen
 - d) persoonskenmerken
- Factoren in de sociale omgeving:
 - a) patiënten, hun behoeften, voorkeuren en kenmerken
 - b) medewerkers, opvattingen van collega's en opinieleiders
- Factoren in het systeem:
 - a) organisatie en structuur
 - b) financiële vergoedingen

2. Uitvoering van het onderzoek

2.1 Onderzochte producten

De Resultaten Scoren-producten zijn te onderscheiden in kennisdocumenten, richtlijnen en protocollen. Protocollen reguleren het gedrag van de medewerkers tot op specifiek niveau. Richtlijnen adviseren over het meest wenselijke gedrag, maar moeten door de medewerker vertaald worden naar de eigen praktijk. Kennisdocumenten zijn meestal literatuurstudies die het gedrag slechts op indirecte wijze sturen.

In het onderzoek zijn de producten uit ‘Resultaten Scoren’ opgenomen die uitontwikkeld zijn en aangeboden zijn aan het veld. De onderzochte producten staan vermeld in onderstaande tabel. De producten die reeds in 2003 zijn beoordeeld, zijn aangeduid met een asterisk(*).

Product	Kennisdocument, richtlijn of protocol
Intake module; indicatiestelling en trajecttoewijzing*	Protocol
Leefstijltraining 1*	Protocol
Leefstijltraining 2*	Protocol
Leefstijltraining 3	Protocol
Leefstijltraining 4	Protocol
Crisis module: kortdurende klinische crisisinterventie	Protocol
Draaiboek Homeparty*	Protocol
Protocol theater2daagse*	Protocol
Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten*	Protocol
Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling	Richtlijn
Intramuraal Motivatie Centrum; een handboek*	Richtlijn
Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, handreiking	Richtlijn
Casemanager in de sociale verslavingszorg, handreiking	Richtlijn
Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving	Richtlijn
Cliëntprofielen: richtlijnen en werkschema's	Richtlijn
Handreiking Bemoeizorg	Richtlijn
Gebruiksruimten in beeld, handreiking voor organisatie en ontwikkeling*	Richtlijn
Richtlijn Gedwongen Ontslag	Richtlijn
Richtlijn Detox, verantwoord ontgiften	Richtlijn
Onbenutte mogelijkheden, handleiding aansluiting verslavingszorg en zelfhulpgroepen	Richtlijn
Ontwikkeling Sociaal Verslavingszorg Instrument (OSVI)	Kennisdocument
Vuren op de kust*	Kennisdocument
Effectieve verslavingspreventie*	Kennisdocument

2.2 Deelnemers

Wijzigingen in samenstelling instellingen

Om de vergelijkbaarheid van dit onderzoek met het onderzoek uit 2003 zo groot mogelijk te houden zijn dezelfde instellingen benaderd. In de organisatie van verschillende instellingen is er echter tussen 2003 en 2005 het nodige veranderd. De 15 instellingen die in 2003 werden benaderd, vormen in 2005 13 instellingen. De drie noordelijke verslavingszorginstellingen zijn samengegaan in Verslavingszorg Noord Nederland, Novadic en Kentron zijn gefuseerd tot Novadic-Kentron, CAD Limburg is verdeeld en gefuseerd met GGZ Noord en Midden Limburg en de Mondriaan Zorggroep en het Zeeuws CAD is gefuseerd met Emergis. Voor de onderzoeksgroep heeft dit de volgende consequenties:

- de verdeling naar omvang (klein, middelgroot en groot) is gewijzigd, In 2003 waren er vier grote, zes middelgrote en drie kleine instellingen bij het onderzoek betrokken, in 2005 vijf grote, vier middelgrote en drie kleine instellingen.
- de ggz-instellingen in Limburg en Zeeland boden ook voor de samenwerking met de CAD's ambulante en klinische verslavingszorg. In het onderzoek in 2005 wordt dus voor deze provincies een omvangrijker gebied onderzocht.

De directies van de dertien verslavingszorginstellingen zijn schriftelijk gevraagd om hun toestemming te verlenen voor instellingsdeelname aan het onderzoek (zie bijlage 1). Indien hier positief op werd gereageerd, is hen gevraagd om een contactpersoon aan te wijzen voor het verdere verloop van het onderzoek. Van deze dertien aangeschreven instellingen hebben er twaalf in het onderzoek geparticipeerd, vijf grote instellingen (+/- 600 medewerkers), vier middelgrote instellingen (+/- 300 medewerkers) en drie kleine instellingen (<300 medewerkers). De enige niet-deelnemende instelling reageerde niet op onze brief, noch op onze e-mail achteraf. De deelnemende instellingen liggen verspreid door het land.

De twaalf onderzochte instellingen vertegenwoordigen 89% van de verslavingszorg (alleen leden van GGZ Nederland). Voor de overige 11% van de verslavingszorg zullen de resultaten van dit onderzoek waarschijnlijk eveneens herkenbaar en bruikbaar zijn in het analyseren van hun eigen situatie.

Het is niet gelukt om alle deelnemende instellingen optimaal te bevragen over alle producten waarvan zij bij de schriftelijke inventarisatie gesteld hebben dat ze gebruikt worden binnen de instelling. De gekozen onderzoeksperiode was niet de meest gunstige

vanwege de vakantieperiode, maar de medewerking van de instellingen was ook niet altijd zoals gehoopt. Dit maakt dat we over bepaalde dingen niet alles weten (bv. redenen waarom een bepaald product niet gebruikt wordt), en/of dat niet alle producten gescoord konden worden. Er zijn dus misschien nog producten die het in bepaalde instellingen goed doen, maar waarvan we het niet weten. En andersom is ook mogelijk. Over het geheel genomen is er echter van ieder onderzocht product voldoende informatie verkregen om een betrouwbaar beeld te schetsen.

2.3 Uitvoering

Na akkoordverklaring voor deelname aan het onderzoek door de instellingdirecties en de aanwijzing van een contactpersoon zijn de gegevens in twee fasen verzameld.

Onderzoeksfase 1

Door middel van een schriftelijke vragenlijst gericht aan de contactperso(n)en werd per product geïnventariseerd of het bekend is in de instelling en of men er daadwerkelijk mee werkt; zo ja, wie er dan mee werkt en in welke mate dit gebeurt en of er specifieke implementatieactiviteiten zijn ondernomen. Er zijn 12 ingevulde vragenlijsten geretourneerd.

Onderzoeksfase 2

In deze fase zijn telefonische interviews gehouden met de contactpersoon of leidinggevende over de implementatie van de Resultaten Scoren-producten die gebruikt worden in de instelling. In verschillende instellingen bleken de contactpersonen niet over voldoende gedetailleerde informatie te beschikken om alle vragen goed te kunnen beantwoorden. Wanneer dit het geval was verwezen zij ons door naar leidinggevend en/of beleidsmedewerkers van de desbetreffende afdeling/instelling. In totaal zijn er 36 telefonische interviews gehouden.

Tijdens de interviews is ingegaan op de adoptiefase van de producten, de ondernomen implementatieactiviteiten en de beïnvloedende factoren hierbij. Voorafgaand aan het interview kregen de kandidaten schriftelijk een kort overzicht toegestuurd van de te bevragen onderwerpen. Na de interviews woordelijk te hebben uitgetypt zijn deze teksten gebruikt voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

3. Implementatie per product

3.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de implementatie van de 23 onderzochte producten beschreven. Eerst worden de 10 producten^(*) besproken die reeds in 2003 zijn onderzocht. Alleen voor de Leefstijltrainingen wordt een uitzondering gemaakt door de vier Leefstijltrainingen bij elkaar gebundeld in het verslag te houden.

De beschreven producten zijn:

1. Intake module, trajecttoewijzing en indicatiestelling*
2. Leefstijltraining I*
3. Leefstijltraining II*
4. Leefstijltraining III
5. Leefstijltraining IV
6. Draaiboek Homeparty*
7. Protocol theater2daagse*
8. Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten*
9. Intramuraal Motivatie Centrum; een handboek*
10. Gebruiksruimten in beeld, handreiking voor organisatie en ontwikkeling*
11. Vuren op de kust*
12. Effectieve verslavingspreventie*
13. Crisis module: kortdurende klinische crisisinterventie
14. Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling
15. Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, handreiking
16. Casemanager in de sociale verslavingszorg, handreiking
17. Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving
18. Cliëntprofielen: richtlijnen en werkschema's
19. Handreiking Bemoeizorg
20. Richtlijn Gedwongen Ontslag
21. Richtlijn Detox, verantwoord ontgiften
22. Onbenutte mogelijkheden, handleiding aansluiting verslavingszorg en zelfhulpgroepen
23. Ontwikkeling Sociaal Verslavingszorg Instrument (OSVI)

3.2 Leeswijzer

Van ieder product wordt het gebruik en de mate van implementatie met behulp van diagrammen en tekst beschreven.

Het cirkeldiagram

Het gebruik van een product wordt weergegeven met behulp van een cirkeldiagram. Voor de producten die ook in 2003 zijn onderzocht is ook het cirkeldiagram uit die meting weergegeven.

In het cirkeldiagram wordt, in percentages, weergegeven hoeveel instellingen van de 12 het product gebruiken, van plan zijn gaan te gebruiken of helemaal niet gebruiken. Het gebruik door de instellingen wordt in het diagram met de volgende termen weergegeven:

- ‘implementatie’: hierbij passen de adoptiefasen *acceptatie*, *verandering* en *behoud*. (product wordt gebruikt)
- ‘nog geen besluit’: hierbij passen de adoptiefasen *oriëntatie* en *inzicht*.
- ‘niet relevant’: hierbij past de adoptiefase *oriëntatie*.
(product wordt niet gebruikt)
- ‘niet implementeren’: hierbij past de adoptiefase *inzicht*.
(product wordt niet gebruikt)
- ‘onbekend’: hier past geen adoptiefase bij.

Indien een instelling besluit om een product niet te gebruiken omdat het bijvoorbeeld als niet relevant of niet passend in het beleid wordt gezien, dan is er wel sprake van een bepaalde mate van adoptie met betrekking tot dat product. Minimaal dient men het product te kennen om de relevantie ervan te kunnen beoordelen (*oriëntatiefase*). Om te kunnen besluiten dat een product niet in het beleid past, is kennis nodig van de inhoud van het product (*inzicht*). Bij deze aanname gaan we er van uit dat een besluit om een product niet te gebruiken altijd genomen wordt op basis van echte kennis van het product. Mogelijk is hier sprake van enige mate van ‘wishful thinking’.

Men kan zich ook in de oriëntatie- en inzichtfase bevinden wanneer er nog geen definitief besluit genomen is met betrekking tot het gebruik van een product. Een instelling die besluit om een product wel te implementeren, bevindt zich door dat besluit in de *acceptatiefase*. In deze fase staat men positief tegenover de vernieuwing die het

product met zich meebrengt en ziet men voordelen in het veranderen van de bestaande werkwijze.

Het staafdiagram

De adoptiefasen waarbinnen een bepaald product zich bevindt in de diverse instellingen worden weergegeven met behulp van een staafdiagram. Ieder staaf vertegenwoordigt het percentage instellingen dat in die adoptiefase zit voor het betreffende product. Gezien de voorgaande uitleg zal het duidelijk zijn dat hier ook instellingen in zijn opgenomen die uiteindelijk het product niet zullen gaan toepassen. Voor de producten die ook in 2003 zijn onderzocht is ook het staafdiagram uit die meting weergegeven.

Bevorderende en belemmerende factoren

De in de interviews genoemde factoren die de implementatie kunnen bevorderen c.q. belemmeren zijn weergegeven in een aparte tabel. Het is een beschrijvende weergave. De genoemde factoren zijn niet gewogen of anderszins geselecteerd voordat ze werden opgenomen in de tabel.

Bij de kennisdocumenten gaan we niet in op gebruik gerelateerd aan de adoptiefasen en de adoptiefasen, omdat dat door de aard van het product moeilijk te benoemen is. De implementatie van de kennisdocumenten wordt meer algemeen beschreven in de mate waarin een publicatie bekend is en of men er iets mee doet.

3.3 Implementatie per product

3.3.1 Intake module, indicatiestelling en trajecttoewijzing

Inleiding

De Intake Module (De Wildt, Schramade, Boonstra & Bachrach, 2002) is een protocol dat tot doel heeft om met de cliënt via vaststelling van hulpbehoefte en problematiek (assessment) de benodigde zorg te bepalen (indicatiestelling) en de cliënt vervolgens toe te wijzen aan het hierbij best passende behandel- of zorgtraject (trajecttoewijzing). Het eerste uitgangspunt van de module is dat de indicatiestelling, trajecttoewijzing en trajectevaluatie als core-activiteiten losgekoppeld zijn van het behandel- en zorgproces (shell). Dit uitgangspunt brengt met zich mee dat de instellingen die de module gaan implementeren, veelal de hele structuur van hun intake- en indicatiestellingsproces

moeten aanpassen. De module is dan ook zodanig opgebouwd dat de instelling zelf vorm geeft aan de benodigde administratieve, logistieke en organisatorische processen. De instelling moet het eigen proces beschrijven alvorens de module kan worden toegepast.

Een tweede uitgangspunt is dat de behandeling uitgevoerd wordt door middel van het 'stepped care model'. Hierbij krijgt de cliënt die interventie aangeboden waarbij met de minste inspanning, tegen de geringste kosten en met de minste belasting voor de cliënt nog positief effect verwacht mag worden.

De module wordt door veel respondenten in één adem genoemd met de Leefstijltrainingen. Het toepassen van de module blijkt soms noodzakelijk om de Leefstijltrainingen te indiceren en de uitvoering hiervan veilig te stellen.

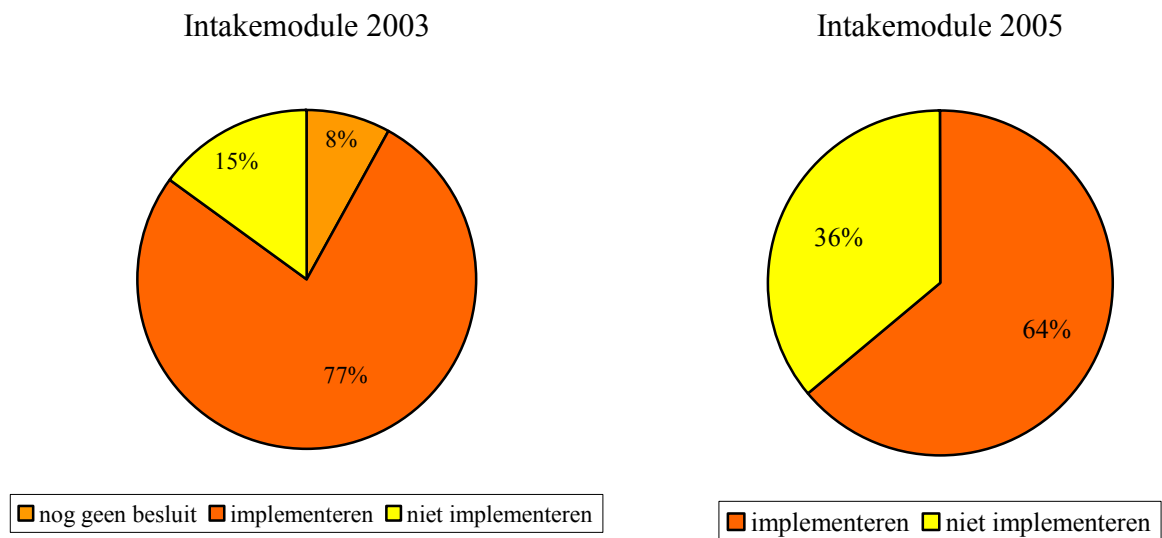
De module is met een uitgebreid implementatieplan aangeboden aan het veld. Disseminatie van de module heeft onder andere plaatsgevonden tijdens een workshop op de congresdag van Resultaten Scoren in 2002. Hier stonden de inhoudelijke uitgangspunten van de module en de ervaringen met deze werkwijze die tijdens de pilots zijn opgedaan centraal. Tevens werd uiteengezet welke consequenties implementatie met zich meebrengt, zodat aanwezige instellingen een idee kregen van de grootte van de veranderstap.

Tijdens de daadwerkelijke invoering van de module werden vier instellingen begeleid bij het opstellen van een diagnose van hun eigen organisatie en het invullen van de module voor hun eigen organisatie. Het streven van het ontwikkelcentrum was dat deze vaardigheden door deze vier instellingen overgedragen werden aan collega-instellingen. Afsluitend werden er medewerkers getraind in de inhoudelijke aspecten van de nieuwe werkwijze. Dit gebeurde, net zoals bij de leefstijltrainingen, door middel van een train-de-trainer opleiding.

Gebruik

Ruim de helft van de instellingen heeft de module geïmplementeerd, is hier mee bezig of heeft het besluit genomen dit te gaan doen. Dit is minder dan in 2003. In tegenstelling tot wat het cirkeldiagram misschien doet vermoeden, wordt het belang en de relevantie van dit protocol door bijna alle instellingen onderkend. Een aantal instellingen heeft echter zelf een protocol ontwikkeld en daarin enkel aspecten van de module daarin opgenomen in plaats van de Resultaten Scoren-module te herschrijven naar de eigen instelling. Deze groep is in 2005 groter gebleken dan men in 2003 zelf

dacht. De lijn tussen het eigen protocol en de Resultaten Scoren -module is soms dun, maar een relatief grote groep instellingen zeggen nu (anders dan in 2003) dat ze zo weinig onderdelen uit de module gebruiken dat ze de module eigenlijk niet implementeren. Voor de ontwikkeling van de eigen protocollen neemt men zeer vaak het Resultaten Scoren -module als naslagwerk ter hand. Naast het hebben of het ontwikkelen van een eigen protocol is de mindere cliëntvriendelijkheid van de ASI-vragenlijst soms een reden om te besluiten tot het niet implementeren van deze module.



Figuur 3.1 Gebruik van Intake Module en Indicatiestelling, 2003 en 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

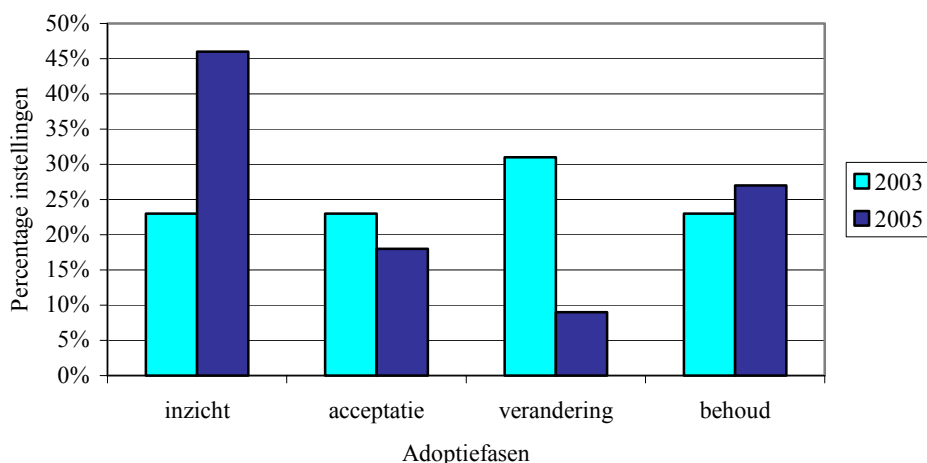
De implementatie van deze module wordt beschreven als een zeer arbeidsintensief, langdurig proces dat ook veel van de organisatie vraagt omdat het vaak een ingrijpende verandering in de structuur van de organisatie met zich meebrengt. Juist daarom wordt er ook veel aandacht geschonken aan multidisciplinaire communicatie over de module. Voor de uiteindelijke introductie op de werkvloer worden veelal trainingen en scholingen opgezet en nieuwe medewerkers worden standaard getraind in het gebruik van dit protocol. Afdelingshoofden agenderen een evaluatie van de intake module regelmatig op het werkoverleg. In die zin is er sprake van evaluatie.

De verschillende adoptiefasen waarin de instellingen zich bevinden zijn weergegeven in Figuur 3.2. Alleen de adoptiefasen die van toepassing zijn voor dit product zijn weergegeven. Geen enkele instelling bevindt zich dus in de oriëntatiefase.

Enkele instellingen zijn, na 2003, ‘teruggevallen’ in de adoptiefase *inzicht*. Eén instelling is in 2005 gestart met de implementatie van deze module met ondersteunende financiering van Resultaten Scoren.

Uitsplitsing van het gebruik naar omvang van de instellingen laat zien dat met name de kleine instellingen de module uiteindelijk niet (of maar zeer beperkt) implementeren. De grote instellingen zijn het verst in de implementatie (60% van de grote instellingen), en bij de middelgrote instellingen zit ruim 30% al in de behoudfase terwijl iets minder dan 70% zich nog verder aan het verdiepen is in deze module.

In 2003 waren het vooral de kleine instellingen die al in de adoptiefasen acceptatie en behoud zaten en waren juist de grote instellingen zich aan het beraden op de implementatie. Dit beeld is nu omgedraaid. Met name de in de module beschreven organisatie van de intake en indicatiestelling blijkt niet haalbaar of zinvol te zijn voor kleine instellingen.



Figuur 3.2 Overzicht adoptie 2003 en 2005 Intake module

Tabel 3.1 Bevorderende en belemmerende factoren Intake module en Indicatiestelling

	Vanuit de interviews (N = 6)		Vergelijking 2003 (info die uit gesprekken naar voren is gekomen)
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	<ul style="list-style-type: none"> - wordt als zeer relevant beschouwd - protocol maakt het allemaal éénduidig 	<ul style="list-style-type: none"> - ASI wordt niet altijd als cliëntvriendelijk beschouwd - Organisatie volgens de module past niet in onze situatie 	
Factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> - wordt graag mee gewerkt - het stepped-care model wordt als zeer nuttig ervaren 	<ul style="list-style-type: none"> - angst voor verandering in beginfase - angst voor een strak keurslijf bij invoering 	Medewerkers die er al langer mee werken zweren nu bij dit protocol. Eventueel bestaande

			angst om te werken met dit protocol is volledig verdwenen.
Factoren in sociale omgeving	- goede communicatie	- implementatie is zeer intensief en langdurig	
Factoren in het systeem	- streven naar éézelfde voorkeur, éézelfde aanmelding, éézelfde intakeprotocol - bekrachtiging van hoger management om dit te implementeren	- vraagt veel organisatorische veranderingen	Overall éézelfde voorkeur en éénduidige dossiervoering!

Samenvatting

Het protocol Intake module, indicatiestelling en trajecttoewijzing wordt over het algemeen als zeer positief en relevant ervaren door het werkveld. Alleen is de praktische toepasbaarheid ervan vaak erg complex en is implementatie in met name in de kleine instellingen niet altijd haalbaar en gewenst. In vergelijking met de meting uit 2003 is de mate van implementatie afgenomen.

Passend bij de complexiteit van de implementatie van de module wordt goede communicatie gezien als belangrijke succesfactor bij het implementeren. Het feit dat de module ‘vertaald’ dient te worden naar de eigen instelling remt soms het gebruik ervan, maar dit komt eerder door tijdgebrek dan door gebrek aan zin of interesse. Ondanks dat het een vrij strak protocol betreft stuit men niet op al te veel weerstand bij de medewerkers wanneer men tot implementatie overgaat. De éénduidigheid die het met zich meebrengt, zowel in de indicatiestelling als in de dossiervoering, weegt op tegen eventuele nadelen.

3.3.2 Leefstijltrainingen I - IV

Inleiding

Leefstijltraining I (De Wildt, 2000) en Leefstijltraining II (De Wildt, 2001) zijn behandelprotocollen voor ambulante behandeling die aan het begin van het programma Resultaten Scoren ontwikkeld zijn. De behandeling is een toepassing van cognitieve gedragstherapie in een individuele setting. Hiermee wordt het problematische middelengebruik of gokgedrag doorbroken en wordt gestreefd naar abstinentie, regulering van gebruik en/of terugvalpreventie. Afhankelijk van de situatie van de cliënt vindt behandeling plaats in vier (Leefstijltraining I) of tien gesprekken (Leefstijltraining II).

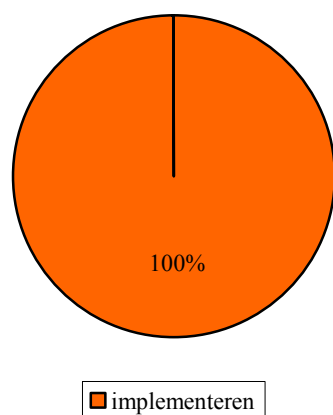
De beide protocollen zijn aan het veld aangeboden met een uitgewerkt implementatieplan. Dit plan komt voor beide protocollen overeen. Leefstijltraining III (van den Broek en Merkx, 2003) en leefstijltraining IV (Merkx en Broekhoven, 2003) beschrijven geprotocolleerde ambulante groepstrainingen (resp. 6 en 10 trainingen) gericht op verandering van problematisch middelengebruik en gokgedrag. De trainingen zijn geschreven vanuit het cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader en de gehele trainingsmodule bestaat uit een handleiding voor de trainer en een werkboek voor de cliënt. In 2004 is er door Resultaten Scoren een workshop over deze laatste leefstijltrainingen georganiseerd.

Gebruik

Dat de Leefstijltrainingen een enorm succes zijn in het werkveld blijkt duidelijk uit zowel het aantal gehouden interviews per Leefstijltraining als uit de resultaten van de implementaties.

Leefstijltraining I en II worden (net als in het onderzoek van 2003) in alle 12 de instellingen toegepast en bevinden zich óf in de veranderfase óf reeds in de behoudfase. Een overzicht van het gebruik van de Leefstijltrainingen door de instellingen is weergegeven in de volgende figuren.

Leefstijltraining I en II, 2005 en 2003

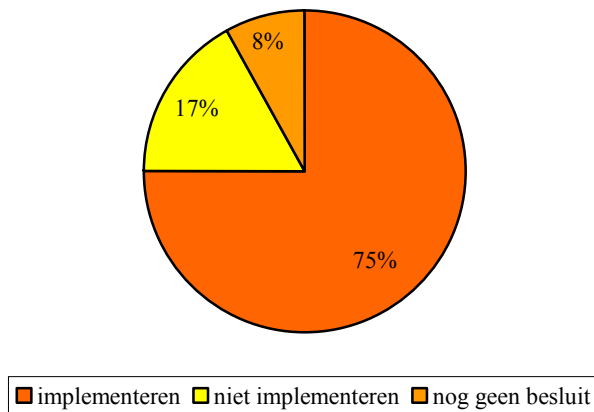


Figuur 3.4 Overzicht gebruik Leefstijltraining 1 en Leefstijltraining 2, 2003 en 2005

De later aangeboden Leefstijltrainingen III en IV lijken dezelfde succesweg op te gaan. Leefstijltraining III doet het momenteel iets beter (resp. 75% zegt Leefstijltraining III te implementeren vs. 67% Leefstijltraining IV). Dit lijkt te maken hebben met het feit dat

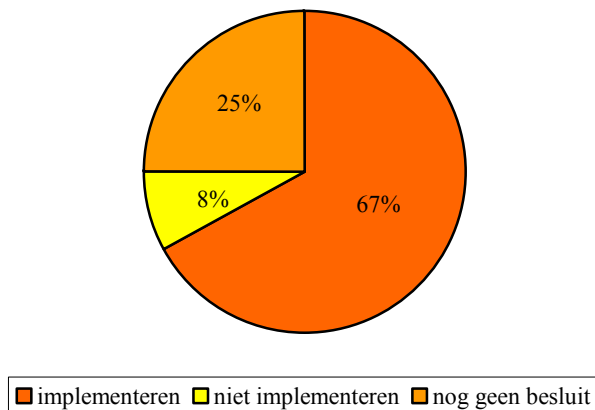
het maar de helft aantal groepsbijeenkomsten betreft in vergelijking met Leefstijltraining IV, wat organisatorisch iets makkelijker uit te voeren is. Een aantal instellingen heeft er voor gekozen om niet Leefstijltraining III en IV te implementeren, maar één van beide te kiezen op grond van hun cliëntenpopulatie.

Leefstijltraining III, 2005



Figuur 3.5 Overzicht gebruik 2005 Leefstijltraining 3

Leefstijltraining IV 2005



Figuur 3.6 Overzicht gebruik 2005 Leefstijltraining 4

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Naast door Resultaten Scoren gesubsidieerde implementatie investeren de instellingen zelf ook fors in het introduceren en implementeren van de Leefstijltrainingen. De protocollen worden volgens een strikt implementatieplan aangeboden, gevolgd door intervisie. De implementatie van Leefstijltraining III en IV verloopt wat gemakkelijker en sneller doordat men hier teert op de voorgaande ervaringen van Leefstijltrainingen I

en II. Medewerkers zijn deels al vertrouwd met de methodiek en de manier van werken. De overgang van groepsbijeenkomsten naar individuele bijeenkomsten wordt bijna nergens als een probleem ervaren. Alleen in instellingen waar men nog niet vertrouwd was met werken met een groepsaanbod vraagt dit iets meer voorbereidingstijd. Verder ervaart men het groepsaanbod als zeer positief, zeker in het kader van het wegwerken van de wachtlijsten.

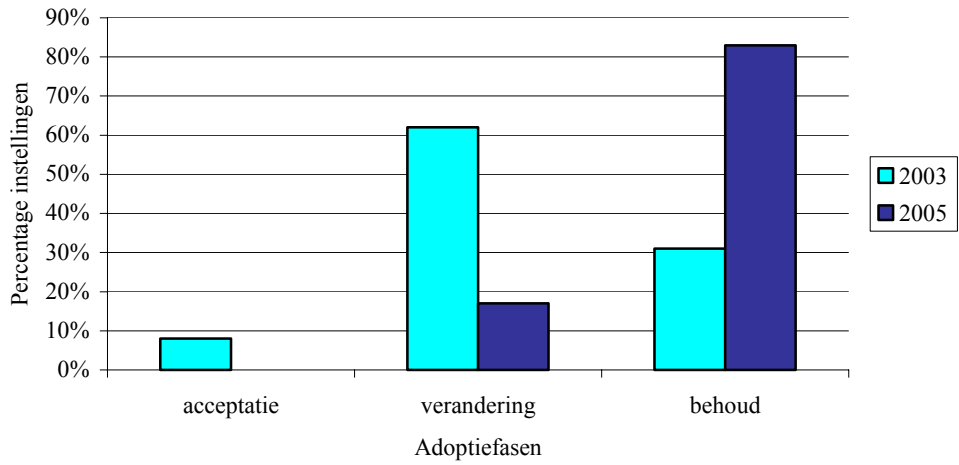
De Leefstijltrainingen I en II zijn zodanig goed bekend dat alle nieuwe medewerkers verplicht zijn om zich hierin te scholen. Daar waar nog enige weerstand bestond tegen het geprotocolleerd werken bij de implementatie van de eerste 2 Leefstijltrainingen, is dat bij de introductie van Leefstijltraining III en IV nagenoeg helemaal verdwenen.

Onder borging wordt door veel instellingen verstaan: eindresultaten krijgen, meten en terugkoppelen aan teams. Op deze manier wordt er ook aan benchmark gedaan in het leefstijlaanbod. De figuren 3.7 tot en met 3.10 tonen de adoptiefasen van alle vier de Leefstijltrainingen. Vier instellingen implementeren alle of enkele Leefstijltrainingen met subsidie van Resultaten Scoren.

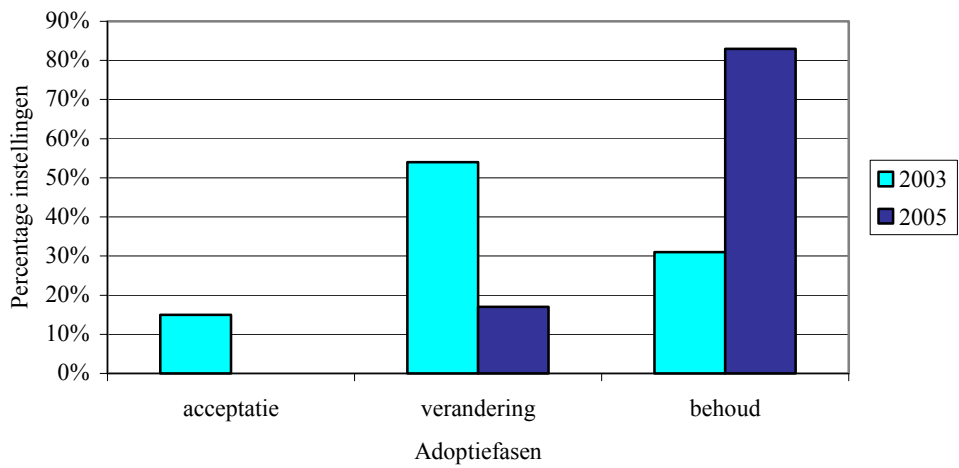
Uitsplitsing van de resultaten naar de omvang van de instellingen laat zien dat voor de eerste twee Leefstijltrainingen lijkt te gelden: hoe groter de instelling is, hoe sneller men in de behoudfase komt. Alle grote instellingen en bijna 80% van de middelgrote instellingen zitten voor wat betreft de Leefstijltrainingen I en II al in de behoudfase. Voor de kleine instellingen zit iets meer dan 60% in deze fase, maar de rest zit ook al in de veranderfase en werkt toe naar het behoud ervan. Eén kleine instelling is blijven steken in de veranderfase ten gevolge van fusies, maar de planning is zeer zeker deze producten te gaan borgen.

In 2003 werd geconcludeerd dat de implementatie van een omvangrijke vernieuwing als de Leefstijltrainingen in kleine instellingen sneller ging dan in grote. Nu is duidelijk dat ook de grote instellingen de protocollen geheel geïmplementeerd hebben.

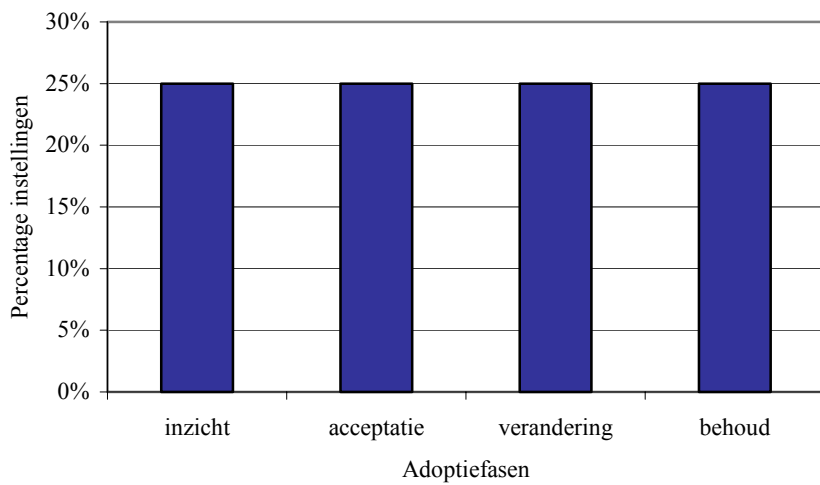
Voor de Leefstijltrainingen III en IV verschillen de resultaten nogal. Deze zijn later aan het veld aangeboden en hier is de spreiding over de verschillende adoptiefasen ook groter, maar wel passend bij de nog beperkte duur van beschikbaar zijn van de producten. Wat betreft Leefstijltraining III is de meerderheid van de grote en de middelgrote instellingen daadwerkelijk aan het implementeren (adoptiefasen acceptatie, verandering of behoud). De kleine instellingen moeten hier nog een inhaalslag maken. Voor Leefstijltraining IV geldt dat nagenoeg alle instellingen zich in de adoptiefase acceptatie, verandering of behoud bevinden.



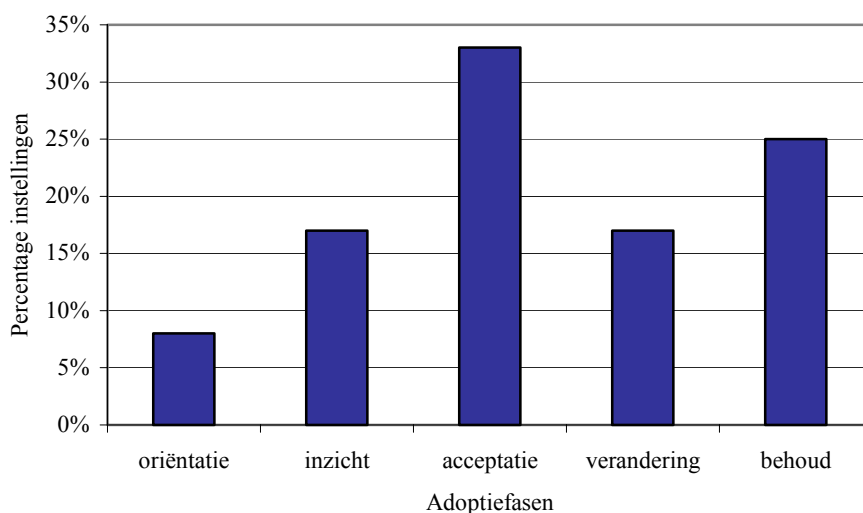
Figuur 3.7 Overzicht adoptie 2003 en 2005 Leefstijltraining 1



Figuur 3.8 Overzicht adoptie 2003 en 2005 Leefstijltraining 2



Figuur 3.9 Overzicht adoptie 2005 Leefstijltraining 3



Figuur 3.10 Overzicht adoptie 2005 Leefstijltraining 4

Tabel 3.2 Bevorderende en belemmerende factoren Leefstijltrainingen

	Vanuit de interviews (Leefstijltraining 1 & 2: N = 12 ; Leefstijltraining 3: N = 9; Leefstijltraining 4: N = 8)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	<ul style="list-style-type: none"> - Leefstijltrainingen worden als zeer helder en transparant ervaren - <i>Leefstijltraining I</i>: kort, bondig, geeft precies aan wat je moet doen. Motiverende leefstijl om iemand 'binnen' te krijgen. - <i>Leefstijltraining II</i>: de drie keuzeonderdelen geven voldoende ruimte om creatief om te gaan met het protocol - <i>Leefstijltraining III</i>: inhoudelijk goed als opsteek en verheldering van de problematiek, werkt motiverend 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Leefstijltraining I</i>: soms te kort om echt tot veranderingen over te gaan bij de cliënt - <i>Leefstijltraining III</i>: niet altijd voldoende om doelen te bereiken - <i>Leefstijltraining IV</i>: een lang traject met groepswork is niet altijd even haalbaar - Leefstijltrainingen worden soms als te strak ervaren 	<p>De weerstand t.o.v. geprotocolleerd werken is verdwenen.</p> <p>Eenmaal gewend aan dit protocol zou men haast niet zonder kunnen.</p> <p>Grote cliënttevredenheid stimuleert om door te gaan.</p>

<p>Factoren in de individuele hulpverlener</p>	<ul style="list-style-type: none"> - medewerkers vinden leefstijltrainingen duidelijke protocollen om mee te werken - medewerkers vinden dat de werkwijze volgens leefstijltrainingen een duidelijk meerwaarde oplevert - bevestiging van de nood aan een meer geprotocolleerde werkwijze - werken met leefstijltrainingen wordt gezien als een kwaliteitsverbetering 	<ul style="list-style-type: none"> - Wennen aan het werken met groepsbijeenkomsten - jonge(re) medewerkers houden soms te veel vast aan het protocol - oude(re) medewerkers komen soms te veel los van het protocol (maar af en toe een 'uitstapje' maken wordt vaak als niet erg ervaren) - bij groepsbijeenkomsten lijkt het soms handiger modulair te werk te gaan 	
<p>Factoren in sociale omgeving</p>	<ul style="list-style-type: none"> - regelmatige mogelijkheid bieden tot feedback en evaluatie - verplichtend opleggen, nieuwe medewerkers er meteen in scholen - cliënten ervaren met name leefstijltraining I en II als zeer fijn, ze weten precies wat er staat te gebeuren - stimulerende rol afdelingshoofd - verplichtend karakter - wachtlijsten kan men behoorlijk aanpakken via leefstijltraining IV 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Leefstijltraining I</i>: soms kritiek vanuit de medewerkers over het feit dat veel cliënten afhaken in de beginfase van de hulpverlening doordat ze gedwongen worden sneller keuzes te maken - <i>Leefstijltrainingen III en IV</i>: drop-out percentage bij groepsbijeenkomsten is (te) hoog - cliënten ervaren groepsbijeenkomsten niet altijd als positief - soms moeilijk om groepen vol te krijgen 	
<p>systeem</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nieuwe medewerkers worden standaard getraind - regelmatig organiseren van opfriscursussen / vervolgtrainingen - methodische werkbegeleiding aan de leefstijltrainingen vasthangen - aandacht aan producten besteden in eigen instellingstijdschrift - steun van management - verplichtend opleggen 	<ul style="list-style-type: none"> - reorganisaties verstoren soms de reeds opgezette initiatieven - personeelsverloop (zowel op managements- niveau als bij de medewerkers) - problemen bij het invoeren van de formulieren uit de boeken in het eigen computersysteem - <i>Leefstijltrainingen III en IV</i>: vraagt organisatorisch soms grote veranderingen omdat je daar specifiek mensen voor moet werven 	<p>Het is zodanig goed ingeburgerd dat instellingen die in 2003 al werkten met leefstijltrainingen ze nu ervaren als 'oude' producten. De organisaties faciliteren en ondersteunen het gebruik van de leefstijltrainingen erg goed.</p>

Samenvatting

Alle vier de Leefstijltrainingen zijn positief door het veld ontvangen. Leefstijltraining I en II worden door bepaalde instellingen al ervaren als ‘oude’ producten, een signaal dat ze goed ingeburgerd en geborgd zijn. De producten worden als zeer helder en transparant ervaren. Het nut ervan en het geloof erin vertaalt zich in instellingsbrede opgezette scholingen, trainingen, terugkoppelingsdagen en intervisies. Over de Leefstijltrainingen (met name voor Leefstijltraining I en II) was men het unaniem eens dat deze een verplichtend karakter dient te hebben. Het management bekrachtigt dan ook de implementatie van deze producten. Het werken met Leefstijltrainingen stimuleert en motiveert overigens niet alleen de werknemers, herhaaldelijk werd ook aangegeven dat het lijkt dat de cliëntsatisfactie hierdoor is toegenomen (op basis van persoonlijk aanvoelen en/of omdat de cliënt het in enkele gevallen zelf aangaf). Naar de toekomst toe is het te verwachten dat de Leefstijltrainingen III en IV dezelfde weg zullen opgaan als de Leefstijltrainingen I en II.

3.3.3 Draaiboek Homeparty

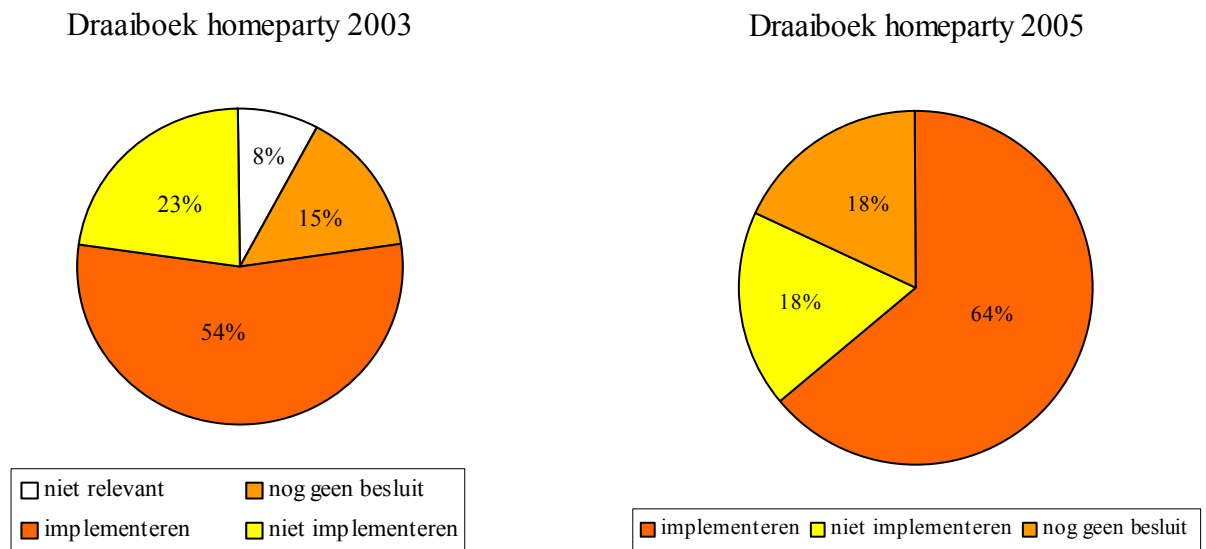
Inleiding

Het Draaiboek Homeparty (Riper & De Vocht, 2001) is een protocol voor het opzetten en uitvoeren van een voorlichtingsbijeenkomst in de stijl van een Tupperware-party waarbij ouders van jongeren die meer risico lopen om verslaafd te raken (het product is gericht op allochtonen), opvoedingsondersteunende voorlichting krijgen. Het draaiboek is ontwikkeld door het Trimbos-instituut en één instelling voor verslavingszorg en is vervolgens landelijk uitgebracht door Resultaten Scoren. Na publicatie is het draaiboek toegestuurd aan alle directies en preventieafdelingen van verslavingszorginstellingen en andere relevante stakeholders en is er een themadag georganiseerd voor preventiewerkers. Daarnaast is er tijdens de congresdagen van Resultaten Scoren in 2002 en 2003 een workshop georganiseerd over het draaiboek. Bij het protocol zelf zit geen plan waarmee de instellingen geadviseerd of ondersteund worden ten aanzien van de implementatie.

Het Trimbos-instituut heeft in 2003 een onderzoek uitgevoerd naar de werkzaamheid en werkbaarheid van het Draaiboek Homeparty (Bolier, 2003). Eén van de conclusies van dit onderzoek is dat er veel tijd gestoken moet worden in de voorbereiding en het maken van een plan van aanpak.

Gebruik

Omdat het draaiboek zich richt op allochtone jongeren en hun ouders wordt het niet breed toegepast in de verslavingszorg. Ruim zestig procent van de instellingen implementeert het draaiboek. Instellingen die geen concentratie allochtonen in hun werkgebied hebben gebruiken het uiteraard niet. Doordat het draaiboek minder concreet is dan bv. Leefstijltrainingen is het soms lastiger er effectief iets mee te doen. Ook vindt men de effectiviteit van de methodiek onvoldoende onderzocht en toegelicht, waardoor de stap om er daadwerkelijk mee te gaan werken soms op zich laat wachten. De instellingen die het draaiboek echter wel gebruiken zijn er zeer over te spreken, net als de doelgroep. In vergelijking met 2003 is het gebruik ervan licht toegenomen. Figuur 3.15 biedt een overzicht van het gebruik door de instellingen in de onderzoeksgroep.



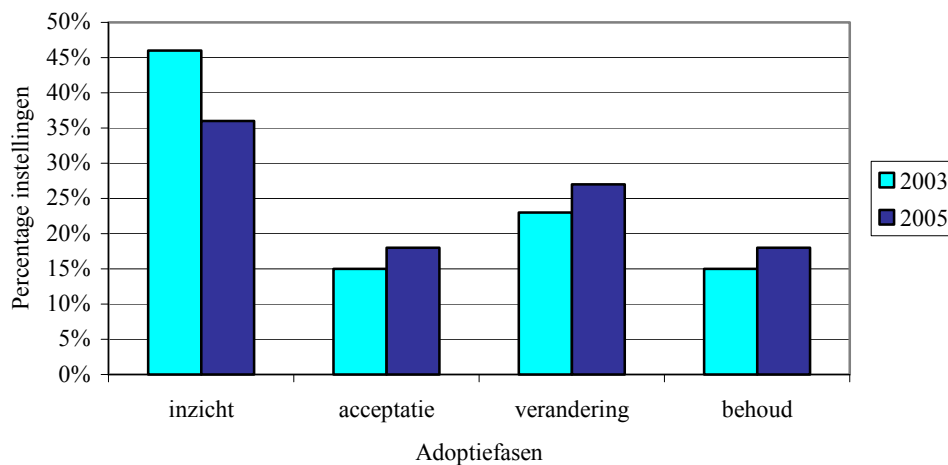
Figuur 3.15 Overzicht gebruik 2003 en 2005 Draaiboek Homeparty

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

In alle instellingen begint de implementatie met het verspreiden en achtereenvolgens bespreken van het protocol onder de medewerkers. Na gezamenlijk overleg wordt er besloten het al dan niet te gaan gebruiken. Niet het hele team houdt zich met de homeparty bezig. Enkele medewerkers, met name degenen met affiniteit met de specifieke doelgroep en diens cultuur, worden hiervoor aangespoord.

De instellingen die nog geen besluit hebben genomen over het toepassen van de homeparty twijfelen nog aan de praktische bruikbaarheid. Enerzijds zorgen

wervingsproblemen van gastgezinnen voor problemen, anderzijds is het soms zo dat de doelgroep hier helemaal niet op zit te wachten of nog volledig ontkent dat er problemen zouden zijn. In het implementatieproces zijn dit twee aspecten waar zeker aandacht aan geschonken moet worden. Een overzicht van de adoptiefasen dan de betrokken instellingen is weergegeven in figuur 3.16. ten opzichte van 2003 is sprake van een geringe voortgang van de implementatie, minder instellingen bevinden zich in de inzichtfase en meer in acceptatie, verandering en behoud. Uitsplitsing van deze resultaten naar omvang van de instellingen levert geen significante verschillen op.



Figuur 3.16 Overzicht adoptiefasen 2003 en 2005 Draaiboek Homeparty

Tabel 3.3 Bevorderende en belemmerende factoren Draaiboek Homeparty

	Vanuit de interviews (N = 8)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	<ul style="list-style-type: none"> - inhoud en doelstelling is goed - prettige, goede methodiek 	<ul style="list-style-type: none"> - niet zo concreet beschreven, moeilijk in te voeren - effectiviteit is onvoldoende onderzocht en aangetoond - arbeidsintensief product 	Het blijft erg arbeidsintensief. Werving blijft voor probleem zorgen. Men wijkt nu soms uit naar buurthuizen.
Factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> - kennis hebben van de cultuur en de achtergrond van doelgroep 		
Factoren in sociale omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - het is een voordeel over medewerkers te beschikken met enige anciënniteit omdat die al enig netwerk in het milieu hebben opgebouwd 		

Factoren in het systeem en externe omgeving		- werving van gastvrouwen verloopt moeizaam	
---	--	---	--

Samenvatting

Het draaiboek Homeparty is positief ontvangen door de instellingen en sinds 2003 werken instellingen eraan om het te behouden of het met regelmaat toe te passen. Het gebruik ervan is deels ook afhankelijk van de wensen en de medewerking van de doelgroep hierin. Het zijn meestal externe factoren die de uitvoering belemmeren. Om tegemoet te komen aan het wervingsprobleem organiseert met de homeparty wel eens op andere locaties zoals buurthuizen en wijklocaties. Dit is een goede oplossing voor het probleem van het niet thuis willen en/of kunnen ontvangen van mensen, maar het vraagt wel een extra financiële inspanning die de instelling niet altijd kan leveren.

3.3.4 Protocol Theater2daagse

Inleiding

Het protocol Theater2daagse (Beekers, de Zeeuw, Akkaya, Tegelaers & van der Mey, 2003) is ontwikkeld door Arta Preventie in opdracht van Resultaten Scoren. Het werd ten tijde van het eerste Resultaten Scoren-onderzoek maar door een beperkt aantal instellingen uitgevoerd als tweede pilot (zie protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten).

Met dit instrument, waarbij jongeren in één weekend een theaterproductie ontwikkelen en uitvoeren, wordt het gebruik van genotsmiddelen en verslavingsrisico onder de aandacht gebracht van jongeren en hun omgeving en wil men het gesprek over deze thematiek tussen jongeren en hun omgeving bevorderen. Het protocol richt zich met name op allochtone jongeren en hun omgeving en neemt de begeleiders stap voor stap mee langs de te ondernemen activiteiten tijdens het weekend. Het protocol bevat geen implementatieplan voor de uitvoerders.

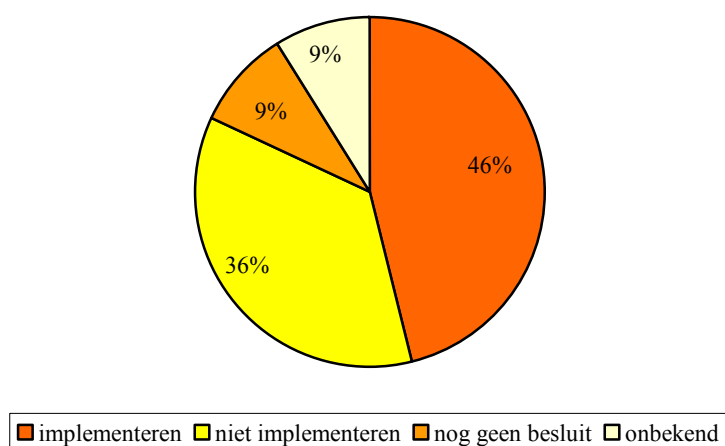
Gebruik

Bijna de helft van de instellingen implementeert dit protocol. Ruim eenderde deel heeft besloten om het niet te implementeren. Dit komt voornamelijk door het ontbreken van de (allochtone) doelgroep. Het protocol Theater2daagse staat bekend als een methodiek die veel tijd en geld vraagt terwijl er relatief weinig bekend is over de effectiviteit ervan.

Eén instelling gaf specifiek aan niet tot implementeren over te gaan omdat er te weinig bekend is over de uiteindelijke resultaten ervan en dat dit niet in verhouding staat tot de gevraagde voorbereidingstijd.

Los hiervan wordt het wel ervaren als een leuke werkwijze. De doelgroep blijkt óf laaiend enthousiast te zijn óf ziet er totaal geen heil in en is dan ook moeilijk te activeren. De frequentie van gebruik is wisselend. Ook dit hangt af van de animo van de doelgroep en praktische mogelijkheden hiervoor. Figuur 3.18 geeft een overzicht van het gebruik door de instellingen in de onderzoeksgroep. In 2003 bevond dit protocol zich in de pilotfase, daarom is er geen vergelijking in gebruik te maken tussen 2003 en 2005.

Theater 2 daagse 2005



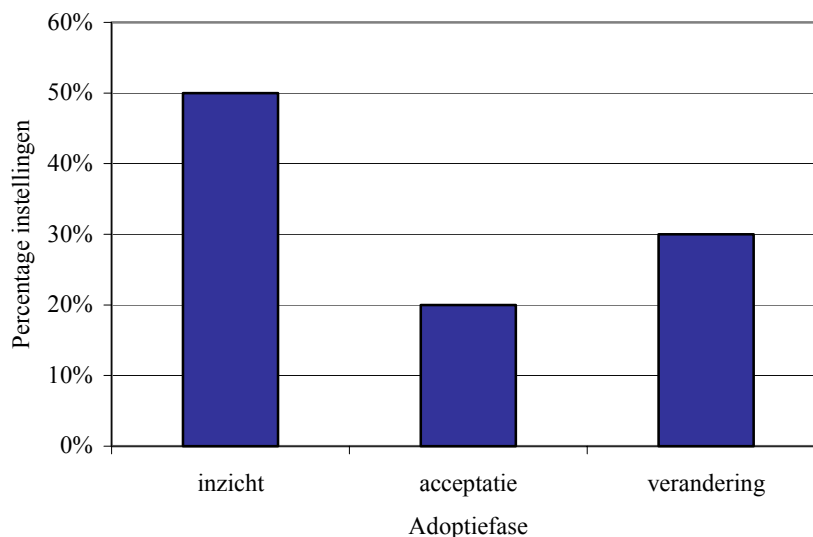
Figuur 3.18 Overzicht gebruik 2005 protocol Theater2daagse

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Er worden geen echte specifieke implementatieactiviteiten ondernomen. Zeker niet alle medewerkers moeten hiermee werken. Het protocol wordt óf wel eens verspreid óf eens toegelicht/besproken op een algemeen werkoverleg zodat iedereen wel van het bestaan ervan op de hoogte is. Verder gaan die mensen met interesse voor dit protocol en met affiniteit met de doelgroep er verder mee aan de slag. De tijdsinvestering om dit tot een goed einde te brengen werkt vaak als een belemmerende factor. Er zijn geen vaste frequenties vastgesteld over de toepassing van het protocol. Het berust op de vraag vanuit het veld en een persoonlijk initiatief van de preventiewerker. Figuur 3.18 geeft een overzicht van de adoptiefasen van de betrokken instellingen. Het hoge percentage instellingen dat zich in de inzichtfase bevindt, zijn vooral instellingen die besloten

hebben het protocol niet te implementeren. Geen enkele instelling heeft dit protocol al geborgd in de reguliere processen.

Specificatie naar omvang van de instellingen laat zien dat nog geen enkele kleine instelling ertoe gekomen is tot werkelijk implementeren over te gaan. Financiering speelt hierin vaak een rol, maar ook gebrek aan animo zowel bij de doelgroep als bij de



medewerkers.

Figuur 3.18 Overzicht adoptie 2005 protocol Theater2daagse

Tabel 3.4 Bevorderende en belemmerende factoren protocol Theater2daagse

	Vanuit de interviews (N = 5)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	- doelstelling is zeer relevant - protocol wordt niet als best practice gezien maar wel als een goede methodiek voor moeilijk bereikbare doelgroepen	- arbeidsintensief product - kost veel geld	
Factoren in de individuele hulpverlener	- wordt als leuk initiatief gezien	- men ziet op tegen de voorbereiding	
Factoren in sociale omgeving			
Factoren in het systeem	- ondersteuning en faciliteiten vanuit de eigen organisatie	- werving verloopt moeizaam binnen de doelgroep - doelgroep zat niet te wachten op een protocol theater2daagse	

Samenvatting

Over het algemeen wordt het protocol Theater2daagse wel als positief en als leuk om mee te werken ervaren. Wervingsproblemen, gebrek aan animo bij de doelgroepen/of medewerkers (omwille van gevraagde voorbereidingstijd) laat het gebruik ervan niet altijd even vlot verlopen. Het protocol wordt niet als best practice gezien maar wel als één van de methodieken die geschikt is voor moeilijk bereikbare doelgroepen. Vanuit dit idee werkt het protocol wel beter in grote en middelgrote instellingen.

3.3.5 Protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten

Inleiding

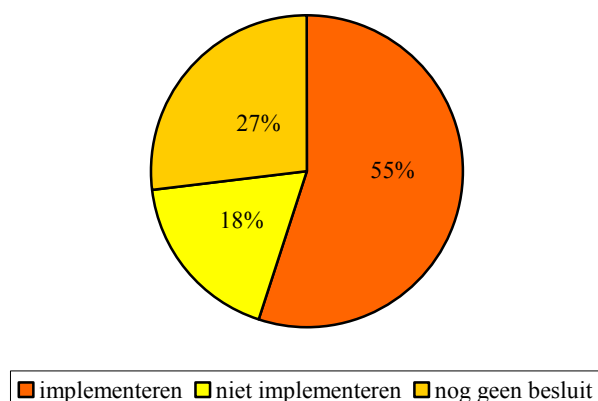
Het protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten (Groenewegen & Peters, 2003) is een stappenplan waarmee de preventiewerker de juiste keuze kan maken voor de wijze van benaderen van de doelgroep waarop de gekozen interventie is gericht. Binnen Resultaten Scoren is het protocol aanvankelijk aangeboden in combinatie met het protocol Theater2daagse. Tijdens het 2003-onderzoek werd de tweede pilot met het product gehouden, ook in combinatie met het protocol Theater2daagse.

Het protocol is niet aangeleverd met een plan of advies voor implementatie dat gebruikt kan worden door de instellingen.

Gebruik

Het protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten werd in 2003 vooral uitgevoerd in combinatie met het protocol Theater2daagse. Nu wordt het protocol Werving ook toegepast voor andere wervingsactiviteiten zoals voor het werven van cliënten voor bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning. Een zevental instellingen is gezamenlijk bezig met de implementatie gesubsidieerd vanuit Resultaten Scoren. Deze groep instellingen zal uiteindelijk het protocol gaan evalueren op zijn meerwaarde alvorens het definitief in het beleid op te nemen. In het algemeen is men het er over eens dat de implementatie voortdurende aandacht vraagt en dat het protocol, ondanks de goede inhoud, niet altijd even makkelijk is om mee te werken. Figuur 3.20 biedt een overzicht van het gebruik door de instellingen in de onderzoeksgroep. In 2003 werd dit protocol in een pilot gebruikt, daarom is er geen vergelijking te maken met deze meting.

Protocol werving 2005

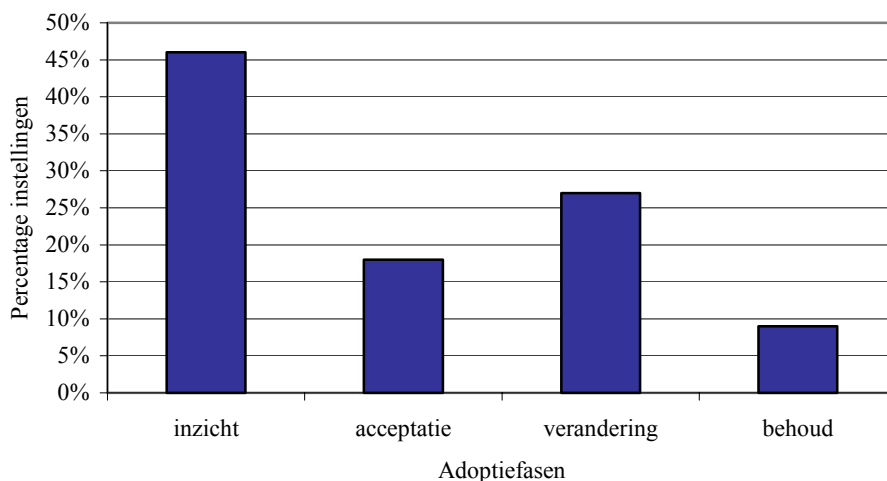


Figuur 3.20 Overzicht gebruik 2005 protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Er zijn instellingen die een eigen methodiek hebben die veel overlap vertoont met het protocol Werving. De instellingen die wel werken met het Resultaten Scoren-protocol benadrukken allemaal dat dit protocol voortdurende aandacht vraagt. Het is arbeidsintensief om dit protocol te implementeren en het protocol blijft arbeidsintensief in ‘dagelijks’ gebruik. Veelal neemt het afdelingshoofd het voortouw in de implementatie en wordt een beperkt aantal medewerkers getraind in het toepassen van het protocol. In één instelling heeft men voordat zij dit protocol gingen gebruiken een voormeting gehouden. Vervolgens heeft men het protocol geïmplementeerd en het is de bedoeling om straks een nameting uit te voeren. Op basis van de hieruit volgende resultaten zal een instellingsbreed implementatieplan opgezet worden. Figuur 3.21 geeft een overzicht van de adoptiefasen van de instellingen van de onderzoeksgroep. Ruim de helft van de instellingen in de inzichtfase moeten nog beslissen of ze dit protocol al dan niet gaan implementeren.

Bij uitsplitsing naar omvang van de instellingen valt op dat het, net als bij het protocol Theater2daagse, vooral de grote instellingen zijn die besluiten om het protocol te implementeren. Kleine instellingen blijven achter.



Figuur 3.21 Overzicht adoptie protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten

Tabel 3.5 Bevorderende en belemmerende factoren protocol Werving bij voorlichtingsactiviteiten

	Vanuit de interviews (N = 6)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	- goede inhoud	- kost veel energie en tijd - inhoud is niet optimaal afgestemd	
Factoren in de individuele hulpverlener	- wordt graag mee gewerkt - positieve houding tegenover dit product		
Factoren in sociale omgeving			
Factoren in het systeem			

Samenvatting

Het nut en de relevantie van dit protocol worden zeker erkend door de instellingen. Inhoudelijk wordt het protocol als goed beoordeeld en medewerkers geven aan er graag mee te werken. Een belemmerende factor is dat het veel tijd en energie vraagt om het goed geïmplementeerd te krijgen. Implementatie lukt het beste in middelgrote en grote instellingen. Vooralsnog zijn hier vooral de afdelingshoofden de zogenaamde ‘kartrekkers’. Hun taak kan verlicht worden als er straks een goed implementatieplan ligt naar aanleiding van de ervaringen van de instelling die met voor- en nametingen werkt. De instellingen die definitief besloten niet te implementeren keuren het protocol niet af maar werken met een soortgelijke methodiek.

3.3.6 Handboek Intramuraal Motivatie Centrum

Inleiding

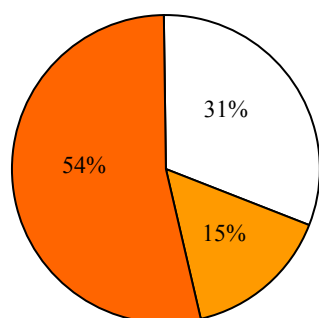
Het handboek Intramuraal Motivatiecentrum (Diepraam, 2003) is geschreven door een aantal Intramurale Motivatiecentra (IMC's), met als doel de huidige, geldende, succesvolle werkwijzen te bundelen en aan anderen ter beschikking te stellen. Het handboek geeft een overzicht van de karakteristieken van het IMC, de inhoudelijke visie op het IMC en de doelen en de werkwijze binnen het IMC. Voor de gebruikers dient het als richtlijn.

Het boekje is zonder nader implementatieplan aangeboden aan het veld. Alle verslavingszorginstellingen kregen het boekje toegestuurd en tijdens het jaarlijkse congres van Resultaten Scoren is er een workshop over gehouden. In de nieuwsbrief van Resultaten Scoren en op GGZ-kennisnet werd destijds bekend gemaakt dat de publicatie er was en hoe deze besteld kan worden. In 2003 besteedde Resultaten Scoren via conferenties uitgebreid aandacht aan het handboek IMC en de daaraan gekoppelde benchmark.

Gebruik

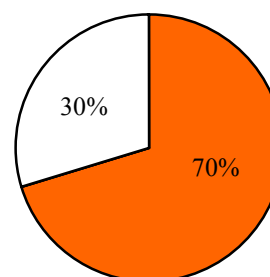
Het handboek IMC wordt als zeer gewenst ervaren. Alle instellingen voor wie het handboek relevant is heeft de keuze tot implementeren gemaakt. Ook de instellingen die in 2003 nog geen keuze gemaakt hadden, implementeren het handboek nu wel. Voor een derde deel van de instellingen is het handboek niet relevant omdat ze geen IMC hebben. Dit zijn allemaal kleine instellingen. Ten gevolge van reorganisaties en bedrijfseconomische redenen moet het IMC het helaas wel eens ontgelden. Figuur 3.23 geeft het gebruik aan van dit handboek voor de diverse instellingen.

Handboek IMC 2003



□ niet relevant ■ nog geen besluit ■ implementeren

Handboek IMC 2005

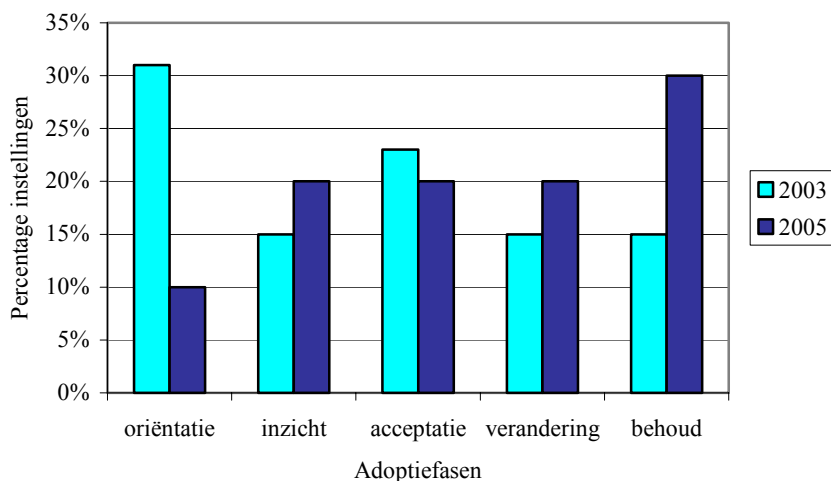


■ implementeren ■ niet implementeren □ niet relevant

Figuur 3.23 Overzicht gebruik handboek IMC 2003 en 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Het handboek wordt niet altijd in zijn geheel gebruikt. De delen die passen binnen instellingen hun beleid (c.q. doelstellingen) en structuur worden beklemtoond. De implementatie loopt niet volgens een vastgesteld implementatieplan. Het handboek wordt verspreid en daarna besproken in het werkoverleg. Daar waar de eigen werkwijze afwijkt van het handboek wordt gekozen om de handboekwerkwijze al dan niet over te nemen. Dit leidt soms tot omvangrijke veranderingen in de werkwijze en organisatie van het IMC. De benchmark die de IMC's hebben opgezet draagt bij aan de implementatie van het handboek. Door het systematisch meten en uitwisselen van uitkomsten worden de methodieken zoals omschreven in het handboek geëvalueerd en verbeterd. Figuur 3.24 geeft een overzicht van de adoptiefasen waarin het handboek zich bevindt, zowel voor 2003 als voor 2005. Eén instelling heeft voor de implementatie van het handboek subsidie gekregen van Resultaten Scoren.



Figuur 3.24 Overzicht adoptie handboek IMC 2003 en 2005

Tabel 3.6 Bevorderende en belemmerende factoren handboek IMC

	Vanuit de interviews (N = 6)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	- heel duidelijk - biedt meer structuur	- vrij theoretisch, vraagt tijd om toe te spitsen op de eigen praktische situatie	Na inburgering is er totaal geen weerstand meer.
Factoren in de individuele hulpverlener	- overwegend positieve attitude	- wordt onderling te weinig over gecommuniceerd	
Factoren in sociale omgeving		-deskundigheid binnen het team moet aangescherpt worden	
Factoren in het systeem		-verhuizing en wijzigingen in organisatie - nieuw personeel/leidinggevenden	

Samenvatting

Dat er meer structuur en houvast nodig was om kwalitatief goede zorg te verlenen in IMC wordt door iedereen beaamd. Alleen vraagt het werken volgens het handboek IMC veel aanpassingen, zowel op organisatorisch vlak, teamsamenstelling, heersende procedures en gebruikte methodieken. Het vraagt een echte omslag die soms even tijd nodig heeft. Een ander punt dat veel energie vraagt is de vereiste deskundigheid van het team. Het handboek wordt wel gezien als een belangrijke mediator in de integratie en/of bij de standaardisering van de bestaande IMC's.

3.3.7 Gebruiksruimten in beeld, handreiking voor organisatie en ontwikkeling

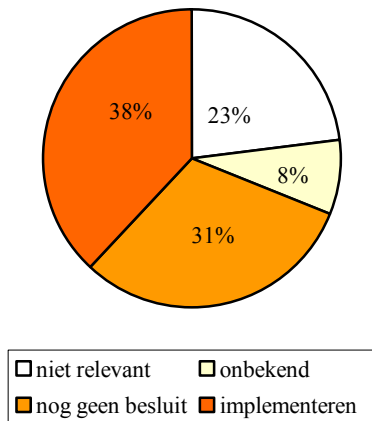
Inleiding

De handreiking Gebruiksruimten in beeld (Linssen, De Graaf, & Wolf, 2002) is geschreven als vervolg op de in 2000 verschenen literatuurstudie Gebruiksruimten, waarin een overzicht gegeven werd van de voorziening en de effecten van gebruiksruimten in Nederland. Het is een product van Resultaten Scoren in samenwerking met het Landelijk Steunpunt Drugsgebruikers en het Trimbos-instituut. De handreiking biedt een set van praktische ontwerp- en kwaliteitsregels die als richtlijn gebruikt kunnen worden bij het opzetten en inrichten van een gebruiksruimte. Bij het uitkomen van de handreiking heeft het ontwikkelcentrum een studiemiddag georganiseerd voor aanbieders en cliënten. Daarnaast is het boekje toegestuurd aan alle instellingen voor verslavingszorg en andere belanghebbenden, en is bekendheid gegeven aan de publicatie in onder andere de Resultaten Scoren-nieuwsbrief, het ggz-kennisnet en in het tijdschrift Psy. Het boekje werd destijds zonder nader implementatieplan aangeboden aan het veld.

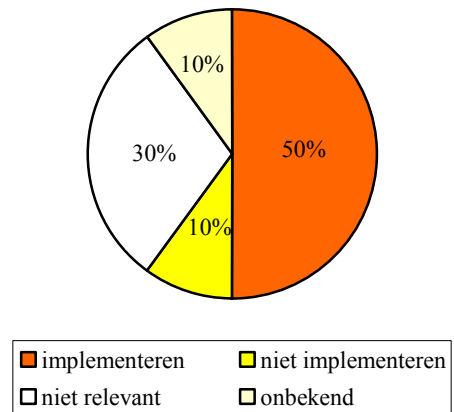
Gebruik

Deze handreiking is alleen relevant voor instellingen die een gebruiksruimte in hun zorgaanbod hebben. De handreiking wordt met name door managers en beleidsmedewerkers gebruikt bij het opzetten of reorganiseren van gebruiksruimten. In het algemeen wordt de handreiking inhoudelijk vrij goed opgevolgd door de instellingen die besloten hebben om de handreiking te implementeren. Het gebruik van deze handreiking wordt gezien als een middel tot kwaliteitsverbetering en kwaliteitshandhaving. Figuur 3.26 geeft een overzicht van het gebruik van de handreiking Gebruiksruimten in beeld.

Handreiking Gebruiksruimten 2003



Handreiking Gebruiksruimten 2005

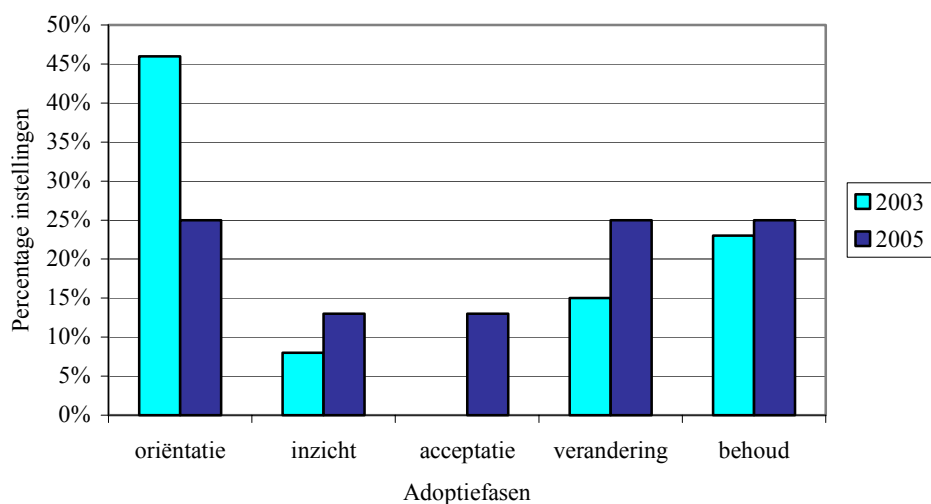


Figuur 3.26 Overzicht gebruik Gebruiksruimten in beeld, 2003 en 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

In de meeste instellingen is de handreiking verspreid onder de medewerkers (niet alleen onder managers/beleidsmedewerkers/leidinggevenden) en vervolgens besproken op het afdelingsoverleg. Het komt de implementatie ten goede wanneer iedereen op de hoogte is van de inhoud van de handreiking. Bespreking van de handreiking doet soms veel stof opwaaien, maar het is ook juist deze discussie die bijdraagt aan het blijvend onder de aandacht houden van de handreiking.

In vergelijking tot 2003 vordert de implementatie van de handreiking langzaam. Het percentage instellingen dat zich nog in de oriëntatiefase bevindt is fors afgenomen, maar niet direct ten bate van een stijging van het percentage instellingen in de behoudfase. Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien dat de kleine instellingen achterblijven in de implementatie. Dit komt vooral door het feit dat zij geen gebruikersruimte in hun zorggebied hebben of doordat de gebruikersruimten als zodanig niet meer onder hun bevoegdheid valt maar onder die van de gemeente. Van de grote instellingen die met deze handreiking werken zit 80% in verandering of behoud.



Figuur 3.27. Overzicht adoptie handreiking Gebruiksruimten in beeld, 2003 en 2005

Tabel 3.7 Bevorderende en belemmerende factoren Gebruiksruimten in beeld

	Vanuit de interviews (N = 5)		Vergelijking met 2003
	Bevorderend	Belemmerend	
Inhoud van product	- helder beschreven	- methodiek is onvoldoende diep uitgewerkt - uitwerking van de verhouding tussen de sociale en medische functie is onvoldoende	Nagenoeg dezelfde knelpunten blijven bestaan, implementatie vraagt vooral financiering, en deze verkrijgen is vaak lastig.
Factoren in de individuele hulpverlener		- wennen aan verandering in werkwijze	
Factoren in sociale omgeving			
Factoren in het systeem	- subsidietoekenning	- moeizame onderhandelingen met externe belangenbehartigers	

Samenvatting

Het probleem bij de gebruiksruimten zit meer in de oprichting ervan en het overleg daarover met externe instanties dan in het gebruiken van deze handreiking. Wel is onduidelijkheid in de verhouding tussen de medische en sociale functie een belemmerende factor. De instellingen die de handreiking gebruiken zijn positief over de inhoud, wat niet wil zeggen dat deze altijd tot in de puntjes wordt opgevolgd. Bepaalde onderdelen worden anders ingevuld en aangepast aan de eigen situatie. Dit heeft niet zozeer te maken met ontevredenheid over het bestaande product maar meer met het verhogen van de praktische toepasbaarheid.

3.3.8 Vuren op de kust

Inleiding

In Vuren op de kust (Groenewegen, Oerlemans, Pieters, & Plantinga, 2001) geven veertien mensen uit aangrenzende vakgebieden zoals communicatie, marketing en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding hun kijk op de praktijk van de verslavingspreventie, en zij trachten daarbij aan te geven hoe deze verbeterd kan worden. Communicatie- en marketingstrategieën nemen een centrale plaats in in de publicatie. Het is een uitgesproken kennisproduct.

Het boekje is verspreid over de preventieafdelingen van de ggz en verslavingszorg. Daarnaast is via een masterclass aandacht gegeven aan het onderwerp marketing. Deze masterclass is herhaald in 2004. Er is geen advies of richtlijn aan het veld gegeven hoe de kennis uit de publicatie geïmplementeerd kan worden.

Gebruik

Het onderzoek uit 2003 heeft aangetoond dat het van kennisproducten zoals deze publicatie niet goed te bepalen is in welke mate ze daadwerkelijk geïmplementeerd worden. Daarom is er in dit onderzoek gekozen om alleen te beschrijven in welke mate de kennisproducten bekend zijn en of er iets mee gedaan wordt, en geen poging te doen er een adoptiefase aan te verbinden.

Vuren op de kust is bij alle instellingen die hierover bevraagd zijn bekend. Een groot deel hiervan gebruikt de publicatie als naslagwerk en past er soms delen uit toe. Het is meestal een beleidsmedewerker die iets doet met de publicatie en de kennis eruit vertaalt naar de praktijk.

Vuren op de kust word als niet relevant bestempeld door die instellingen die van mening waren dat dit document niets bijdraagt aan de huidige kennis en werkwijze.

3.3.9 Effectieve verslavingspreventie

Inleiding

Deze publicatie (Bolier & Cuijpers, 2000) is bedoeld als voorbereiding op het werkprogramma van Resultaten Scoren voor wat betreft het onderdeel preventie. Zij biedt een overzicht van de effectieve verslavingszorgpreventieprogramma's op school, in de woonomgeving en in het gezin uit internationale literatuur.

Aan de hand van dit overzicht konden verantwoorde keuzen gemaakt worden voor modelprojecten. Vanwege dit doel van de publicatie zijn er geen activiteiten ontplooid om het breed bekend te maken en te implementeren. De ontwikkel- en onderzoeksvoorstellen die op basis van deze publicatie tot en met 2003 zijn gemaakt, zijn door vooral financiële beperkingen niet uitgevoerd. In de ontwikkelronde 2004 – 2005 is er geen aanvraag uit het Resultaten Scoren ontwikkelbudget gedaan voor ontwikkeling van een van de in de publicatie beschreven methodieken.

Gebruik

Effectieve verslavingspreventie is, net als Vuren op de kust, een kennisproduct. In deze rapportage wordt ook hiervan alleen beschreven in welke mate de publicatie bekend is en of er iets mee gedaan wordt.

In tegenstelling tot 2003 is de publicatie Effectieve verslavingspreventie nu bekend in alle instellingen die hierover bevraagd zijn. De meeste instellingen gebruiken deze publicatie als naslagwerk. In één instelling wordt het wel standaard gehanteerd door de manager bij het opstellen van de jaarplannen. De literatuurstudie is goed gefundeerd en spreekt daardoor aan, het wordt echter als een hele puzzel ervaren om de kennis te vertalen naar de praktijk.

3.3.10 Crisismodule: kortdurende klinische crisisinterventie

Inleiding

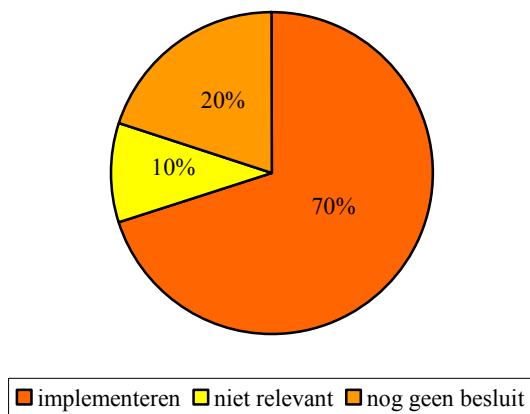
De module Kortdurende klinische crisisinterventie (2003) is een intensieve interventie voor cliënten in een crisissituatie. De interventie is intensief in de zin dat het een klinische opname betreft, waarbij cliënten continu medische zorg krijgen. In het belang van het herstel wordt tijdens de crisisopname rust en structuur geboden. De cliënt wordt tijdelijk ontlast van dagelijkse verantwoordelijkheden en taken. De begeleiding van de cliënt is hierbij steunend en weinig confronterend.

De crisisinterventie is gelimiteerd in tijd en doel. De module beschrijft een opname van maximaal vijf tot zeven aaneengesloten dagen, die is gericht op het herstel van de cliënt. Daarnaast moet de crisis hulpverlening gericht zijn op het onmiddellijk in kaart brengen van de problematiek en het nauwkeurig registreren van veranderingen in de situatie van de cliënt.

Gebruik

Zeventig procent van de bevroagde instellingen geeft aan de Crisismodule te implementeren. Het blijkt een lastige methodiek om systematisch en consequent toe te passen. Dat vraagt voortdurende aandacht. Desondanks wordt de Crisismodule toch ervaren als een erkenning van het belang van het specifieke werkveld. Een aantal instellingen past delen van de module toe en een aantal instellingen werkt volgens een gelijkwaardige methodiek.

Kortdurende crisisinterventie 2005



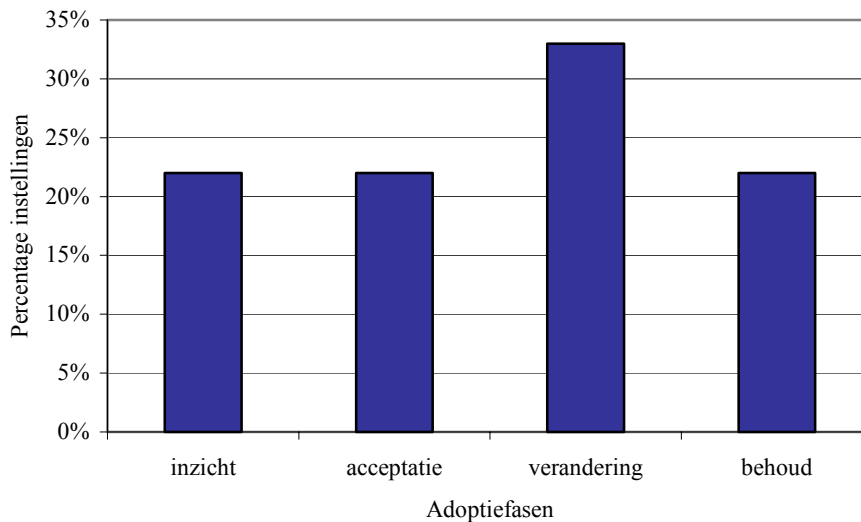
Figuur 3.33 Overzicht gebruik Crisismodule 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De introductie en het gebruik van de Crisismodule wordt actief ter hand genomen, maar is in de praktijk lastig. Medewerkers moeten er erg aan wennen om dezelfde methodiek toe te passen ongeacht de omstandigheden (bv dagdienst, nachtdienst of weekenddienst). Om de Crisismodule toch goed te implementeren worden allerlei creatieve middelen bedacht. Zo werken sommige afdelingen met een schriftje waar problemen met de werkwijze in opgeschreven worden die vervolgens tijdens het teamoverleg worden besproken. Een ander idee is om er landelijk/regionaal meer mee te doen. Door medewerkers uit te wisselen tussen afdelingen waar het goed en minder goed loopt zou men van de ervaringen elders kunnen leren en de eigen implementatie bespoedigen. Er wordt veel over nagedacht, maar er worden weinig specifieke implementatieactiviteiten benoemd. Nadat iedereen vertrouwd is gemaakt met de inhoud van de Crisismodule wordt er wel regelmatig over gesproken tijdens het

teamoverleg en indien mogelijk geëvalueerd. Maar er is behoefte aan een meer gestructureerde implementatieaanpak. In 2005 is één instelling gestart met de implementatie van de module met subsidie van Resultaten Scoren.

Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien dat met name de kleine instellingen het gebruik van de Crisismodule moeilijk van de grond krijgen. De grote instellingen werken actief aan implementatie (acceptatie, verandering, behoud). Kleine instellingen geven wel aan deze module als een inspiratie te zien voor zorgvernieuwing maar dat men overweegt slechts delen eruit te destilleren om uiteindelijk, samen met de richtlijn Detox, te komen tot een geïntegreerd zorgaanbod.



Figuur 3.34 Overzicht adoptie Crisismodule 2005

Tabel 3.10 Bevorderende en belemmerende factoren Crisismodule

	Vanuit de interviews (N = 5)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- werkt inspirerend voor zorgvernieuwing - protocol biedt uitgangspunten om een organisatiebreed crisisbeleid te organiseren	
Factoren in de individuele hulpverlener	- wordt gezien als erkenning van het werk	- werken met protocol wordt in het begin als knellend ervaren - moeilijk om in de verschillende diensten (dag, avond, nacht) dezelfde methodiek te gebruiken

Factoren in sociale omgeving	- grote cliëntsatisfactie - veel tijd en energie steken in het voorwerk, een breed draagvlak maken - blijven evalueren	
Factoren in het systeem		

Samenvatting

Het ervaren nut van de Crisismodule, de behoefte om meer geprotocolleerd te werken - en wederom - de cliëntsatisfactie stimuleert instellingen om er mee door te gaan. Het implementeren zou echter meer aandacht moeten krijgen. De tijd ontbreekt vaak om eerst een breed draagvlak te creëren voordat de module geïntroduceerd wordt op de werkvloer. De suggestie voor uitwisseling van personeel zou de implementatie mogelijk stimuleren.

3.3.11 Dubbele diagnose, dubbele hulp: richtlijnen voor diagnostiek en behandeling

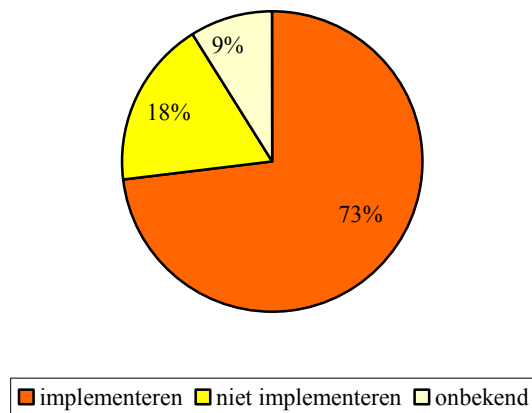
Inleiding

De richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp (Posthuma, Vos, Kerkmeer, Blanken en de Klerk, 2003) bevat instrumenten en richtlijnen voor de screening op en het diagnosticeren van dubbele diagnoseproblematiek. De richtlijnen zijn voorzien van handleidingen en aanbevelingen voor de praktijksituatie in verslavingszorg en psychiatrie.

Gebruik

De richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp is bij op één na alle instellingen uit de onderzoeksgroep bekend. Bijna driekwart van de instellingen is actief bezig met de implementatie ervan. 18% zegt de richtlijn niet te gaan implementeren. De reden hiervoor is dat men de inhoud van de richtlijn niet passend vindt op de eigen (zwaardere) populatie of dat men al werkt volgens de grote lijn uit de richtlijn en daarom implementatie niet zinvol acht. Niet bevorderend voor het gebruik van deze richtlijn is dat de richtlijn als zeer ingewikkeld en omvangrijk wordt ervaren. Het is niet iets dat je zomaar even kunt lezen en regelen. Tijdgebrek is dan ook vaak een belangrijk issue.

Dubbele diagnose 2005

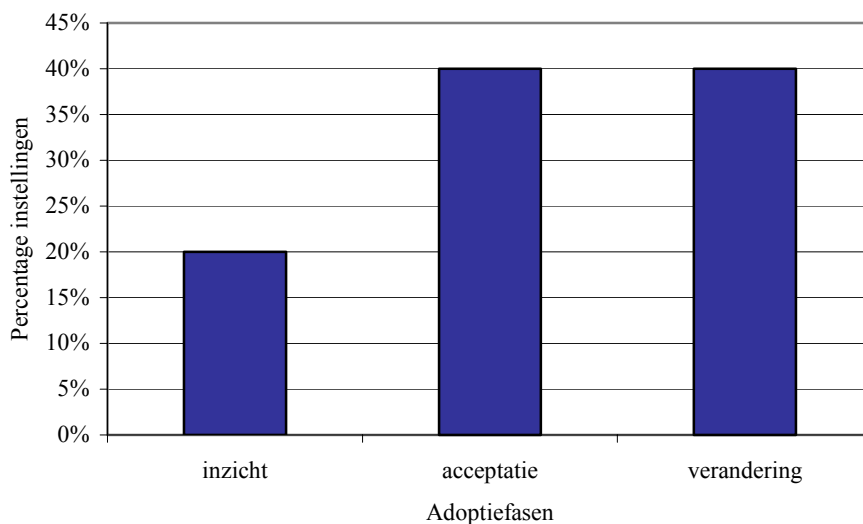


Figuur 3.36 Overzicht gebruik Dubbele diagnose, dubbele hulp

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De omvang van de richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp schrikt af om aan de implementatie te beginnen. In de meeste instellingen is de richtlijn aanvankelijk verspreid onder de verschillende teams en medewerkers. Bepaalde onderdelen zijn er door de leidinggevende uitgehaald om binnen het team te bespreken. Verdere specifieke implementatieactiviteiten worden niet vermeld. Doordat de richtlijn zo omslachtig is wordt hij als moeilijk hanteerbaar gezien. Over het algemeen wordt er meer aandacht besteed aan het diagnostiekgedeelte, dat als zéér goed wordt ervaren. De richtlijnen worden meestal als een basis gezien voor de ontwikkeling van Dubbele diagnoseafdelingen of andere settings. Geen enkel instelling heeft totnogtoe de behoudfase bereikt (fig. 3.37) en het zijn met name de grote instellingen die het verst zijn met de implementatie.

In 2004 is één van de onderzochte instellingen met subsidie van Resultaten Scoren begonnen met implementatie van de richtlijn. Dit gebeurt altijd in samenwerking met een ggz-instelling. In 2005 zijn nogmaals twee implementatietrajecten door Resultaten Scoren gesubsidieerd. Deze zijn gestart op initiatief van een ggz-instelling die op haar beurt samenwerking zoekt met een instelling voor verslavingszorg.



Figuur 3.37 Overzicht Adoptie Dubbele diagnose, dubbele hulp, 2005

Tabel 3.11 Bevorderende en belemmerende factoren Dubbele diagnose, dubbele hulp

	Vanuit de interviews (N = 7)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	<ul style="list-style-type: none"> - met name het diagnostiek gedeelte wordt als erg goed ervaren - goede screenings-instrumenten - belangrijk naslagwerk 	<ul style="list-style-type: none"> - omslachtig boekwerk, stimuleert niet meteen tot lezen - niet alles is even goed evidence-based. - ingewikkelde richtlijn - te omvangrijk, wordt daardoor alleen als naslagwerk gebruikt
Factoren in de individuele hulpverlener		
Factoren in sociale omgeving	<ul style="list-style-type: none"> - problematiek van de cliëntengroep is ernstiger dan beschreven 	
Factoren in het systeem		<ul style="list-style-type: none"> - tijdgebrek

Samenvatting

Het is nog even afwachten hoe het gebruik van Dubbele diagnose, dubbele hulp zich verder zal ontwikkelen. Doordat het een omvangrijk product is speelt tijdgebrek in de voorbereiding van een implementatieplan hier misschien nog meer als een belemmerende factor dan anders. Desondanks wordt het gezien als een belangrijk werk en is men met name zeer te spreken over het diagnostiek gedeelte.

3.3.12 Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, handreiking

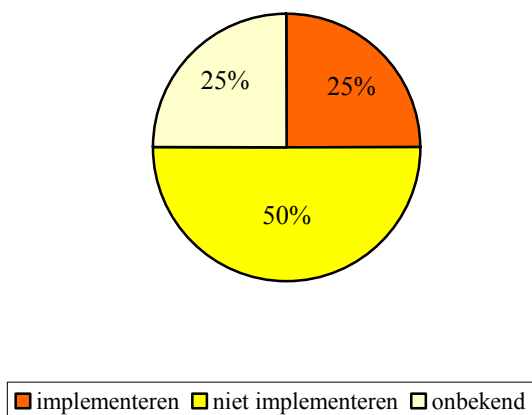
Inleiding

De handreiking Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders (Boel, 2002) is in 2002 door Resultaten Scoren gepubliceerd. Casemanagement is een populaire interventie in diverse zorgsectoren. Het gaat om centrale coördinatie, inschatting, planning en evaluatie van zorg rondom een cliënt of in dit geval een cliëntsysteem, het gezin. Het doel van casemanagement is om door middel van activiteiten voor kinderen van verslaafde ouders de ontwikkeling van deze kinderen te optimaliseren. De handreiking zelf heeft twee doelen: 1) handvatten en richtsnoeren bieden voor de praktijk van het bestaande en op te bouwen casemanagement; 2) een beleidskader scheppen waarbinnen casemanagement functioneert en van waaruit voorwaarden kunnen worden gerealiseerd.

Gebruik

Slecht 25% van de instellingen implementeert deze handreiking. Bij een kwart van de instellingen is de handreiking niet bekend. De helft van de instellingen heeft besloten om de handreiking niet te implementeren. Men heeft dan veelal zelf materiaal voor deze doelgroep en heeft geen reden om de bestaande werkwijze te veranderen, of men gebruikt slechts een zeer beperkt deel van de handreiking waardoor geen sprake is van implementatie. Vooroordelen van medewerkers van bijvoorbeeld jeugdzorg en ouders zelf spelen hierin ook een rol.

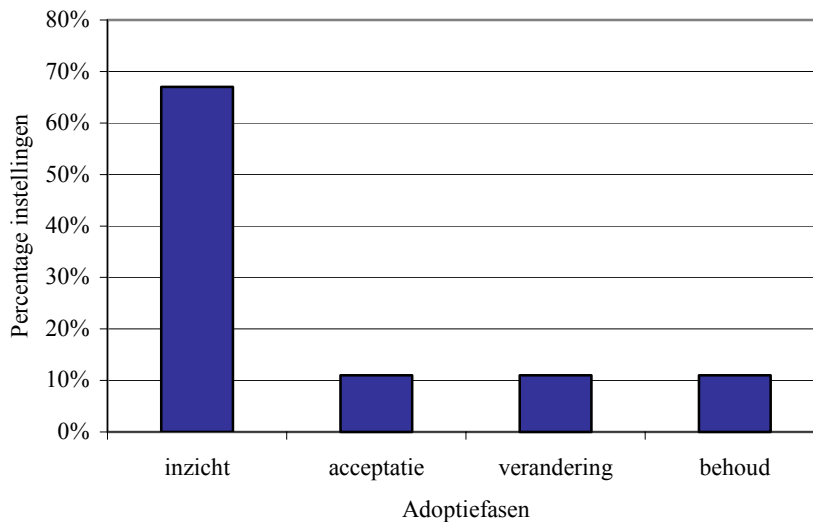
Casemanagement voor KVO 2005



Figuur 3.39 Overzicht gebruik Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders, 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Specifieke gestandaardiseerde implementatieactiviteiten worden niet benoemd. De inhoud wordt wel uitgebreid aan medewerkers toegelicht en vervolgens regelmatig besproken, maar het uiteindelijke gebruik moet ‘automatisch’ verlopen. Medewerkers stimuleren elkaar in de toepassing ervan en nieuwe medewerkers worden er op gewezen en in begeleid. Bij problemen wordt het geagendeerd op het werkoverleg, verder is er geen regelmatige evaluatie of feedbackmogelijkheid. Daar waar het gebruikt wordt vinden ouders het geweldig. Het duurt wel even voordat de methodiek beheerst wordt. Men beseft dat er meer aandacht besteed kan en moet worden aan implementatie. De omvang van de instelling lijkt geen invloed te hebben op de mate van implementatie.



Figuur 3.40 Overzicht adoptie Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

Tabel 3.12 Bevorderende en belemmerende factoren Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders

	Vanuit de interviews (N = 4)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- goede methode om snel en efficiënt informatie te verzamelen	- zou breder uitgewerkt mogen worden
Factoren in de individuele hulpverlener	- aangenaam werken omdat men zo langdurig en intensief hulp kan verlenen	
Factoren in sociale omgeving	- regelmatige besprekingen op werkoverleg	- veel vooroordelen, bv. bij medewerkers van jeugdzorg - ontkenning bij ouders
Factoren in het systeem	- steun van hoger management	

Samenvatting

De instellingen die er niet voor kiezen om de handreiking Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders te implementeren hebben daar hun redenen voor. Dat wil niet zeggen dat daar helemaal niet aan casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders wordt gedaan. Vaak hebben ze hun eigen methodiek en invulling daarvoor. Soms komen delen overeen met het Resultaten Scoren-product, soms ook niet. Misschien dat dit product van Resultaten Scoren te laat is gekomen voor veel instellingen. Inhoudelijk wordt het echter wel als goed en zinvol ervaren.

3.3.13 Casemanager in de sociale verslavingszorg, handreiking

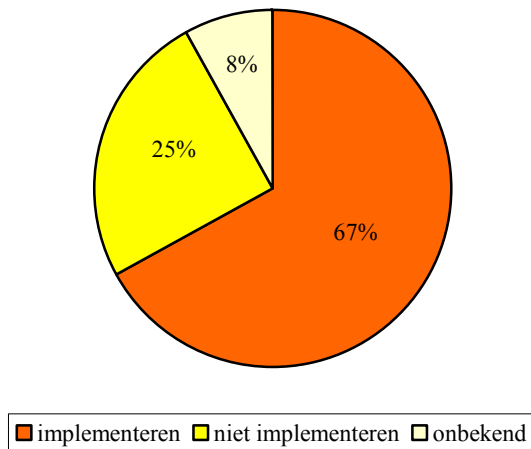
Inleiding

De handreiking Casemanager in de sociale verslavingszorg (Van Dommelen, Van Duijvebooden, Olthof, Wolf, 2003) is door Resultaten Scoren in nauwe samenwerking met het Trimbos-instituut ontwikkeld. Deze handreiking biedt handvatten voor de casemanager in de sociale verslavingszorg bij praktische en materiële zaken.

Gebruik

De handreiking Casemanager in de sociale verslavingszorg wordt beter gebruikt dan Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. Dit heeft onder andere te maken met de bredere toepasbaarheid ervan. Van de ondervraagde instellingen implementeert 67% de handreiking. De instellingen die het product niet gebruiken hebben een eigen module Zorgmentorschap die volgens hen concreter is uitgewerkt.

Casemanagement in de sociale vz. 2005

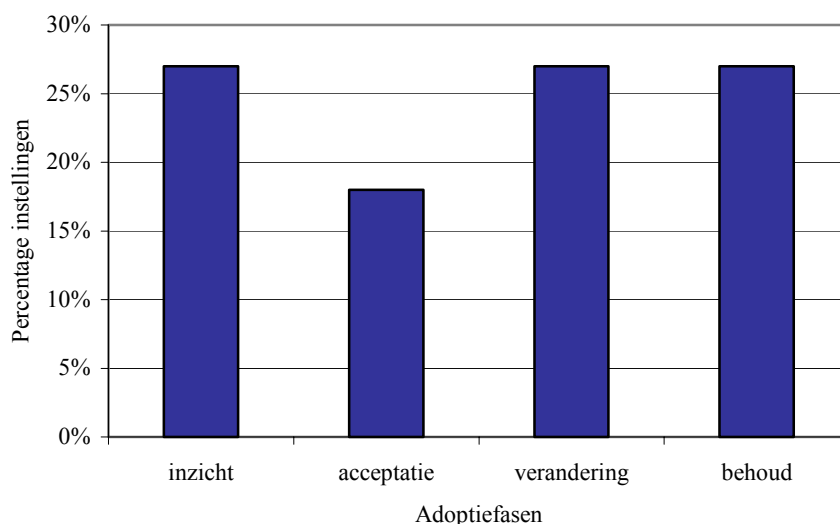


Figuur 3.42 Overzicht gebruik Casemanager in de sociale verslavingszorg

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

In tegenstelling tot Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders is hier veel aandacht besteed aan het implementatieproces. In de instellingen zijn trainingen georganiseerd, gevolgd door intervisies. De indruk bestaat dat het management hier meer middelen ter beschikking stelt om de implementatie goed te laten verlopen dan voor Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. De medewerkers zijn zeer tevreden over dit product en stimuleren elkaar in het gebruik ervan. De handreiking ligt ook ten grondslag aan inwerkprogramma's, visieontwikkeling en casuïstiekbespreking en wordt dan ook als een zeer betekenisvol document gezien.

Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien dat voornamelijk grote en middelgrote instellingen bezig zijn met daadwerkelijke implementatie (acceptatie, verandering of behoud). Waarom kleine instellingen nog niet zo ver gevorderd zijn met het implementeren van dit product is in de interviews niet duidelijk geworden.



Figuur 3.43 Overzicht adoptie Casemanager in de sociale verslavingszorg

Tabel 3.13 Bevorderende en belemmerende factoren Casemanager in de sociale verslavingszorg

	Vanuit de interviews (N = 8)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- sluit goed aan op de hulpvraag van cliënten	- niet concreet genoeg uitgewerkt
Factoren in de individuele hulpverlener	- sluit aan bij de vraag van medewerkers om cliënten buiten langdurig en intensief te kunnen volgen	
Factoren in sociale omgeving	- financiële ondersteuning doordat nieuwe mensen werden aangetrokken door de instelling - medewerkers zijn extra gemotiveerd wanneer ze de methodiek mee helpen uitontwikkelen - het werken met dit product brengt 'rust' in de omgeving, de eigen werkwijze	- als casemanager krijg je cliënten slecht in een vervolgproject of in onderdak
Factoren in het systeem		

Samenvatting

Casemanagement in de sociale verslavingszorg sluit aan op de vraag van medewerkers naar een methode om cliënten langduriger en intensiever te kunnen volgen. De handreiking is dan ook goed onthaald en ook het hoger management verleent zijn steun aan het introduceren en implementeren ervan. Het zou echter concreter uitgewerkt mogen worden. De stappenmethodiek wordt als zeer nuttig ervaren. Casemanagement

voorziet zeker in een behoefte, alleen is het erg lastig om cliënten in een vervolgtraject te krijgen. Desalniettemin wordt dit product gezien als een flinke bijdrage aan de vereiste kwaliteitsslag in de sociale verslavingszorg.

3.3.14 Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving

Inleiding

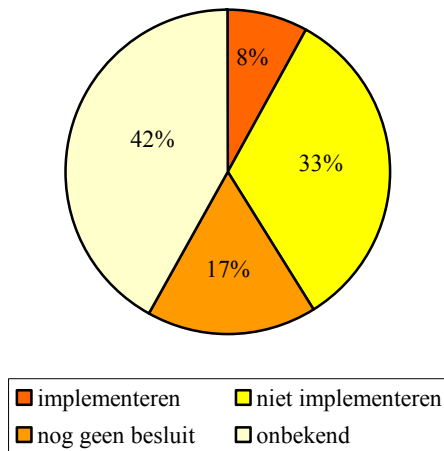
In 2003 is in samenhang met de handreikingen voor bemoeizorg en casemanagement de richtlijn Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving (Zeegers, Thuijls, van Hees, 2003) ontwikkeld. De term ‘trajectmatig werken’ wordt gebruikt voor al de activiteiten die primair bedoeld zijn voor het bewerkstelligen van soepele aanmelding, overgang en aansluiting voor verslaafden naar vormen van zorg, zowel binnen als buiten de verslavingszorg waarbij sprake is van sturing in een bepaalde richting (traject). Het betreft dus trajectmatig werken met de focus op de koppeling en aansluiting tussen de diverse onderdelen van de zorgketen en/of de strafrechtketen.

Gebruik

Slechts 8% van de ondervraagde instellingen gebruikt deze richtlijn. Voor 42% is het een onbekend product. Een derde deel van de instellingen kent het wel en heeft besloten om het niet te gaan implementeren. De respondenten kunnen niet precies aangeven wat de reden voor deze beslissing is. Eén instelling vermeldt dat de richtlijn niet als nuttig wordt beschouwd voor de doelgroep.

Het zijn met name middenkader managers die de handreiking gebruiken. Degenen die het gebruiken vinden het een haalbare richtlijn, maar ze geven ook aan dat het voor de mensen voor wie het bedoeld is (medewerkers op de werkvloer) vaak te abstract is.

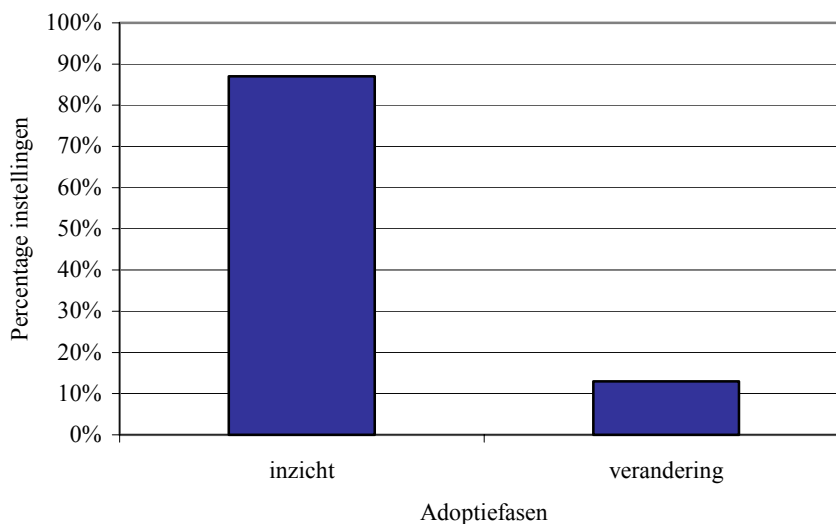
Trajectmatig werken 2005



Figuur 3.45 Overzicht gebruik Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving, 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De instelling die de richtlijn gebruikt zit in de veranderingsfase en is een grote instelling. De implementatie vindt plaats door verspreiding van de handreiking binnen de instelling onder de beoogde medewerkers. Vervolgens zijn er scholingen georganiseerd en worden feedback- en evaluatiebijeenkomsten regelmatig ingepland.



Figuur 3.46 Overzicht adoptie Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving

Tabel 3.14 Bevorderende en belemmerende factoren Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving

	Vanuit de interviews (N = 2)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- haalbare richtlijn - betekenisvolle richtlijn	
Factoren in de individuele hulpverlener		- behoefte aan dit soort richtlijn is niet hoog
Factoren in sociale omgeving		
Factoren in het systeem		

Samenvatting

Zoals de tabel met bevorderende en belemmerende factoren laat zien is het moeilijk om een adequaat oordeel te geven over de stand van zaken betreffende deze richtlijn. Er is te weinig informatie verkregen, mensen zijn niet altijd op de hoogte van de gang van zaken binnen de eigen instelling over de implementatieactiviteiten, redenen voor het niet gebruiken ervan en de ervaren bevorderende en belemmerende factoren. Extra navraag doen naar deze gegevens was in de tijd niet meer haalbaar. De handreiking wordt omschreven als betekenisvol en haalbaar, maar daar tegenover staat de mening dat de behoefte eraan niet groot is.

3.3.15 Cliëntprofielen: richtlijnen en werkschema's

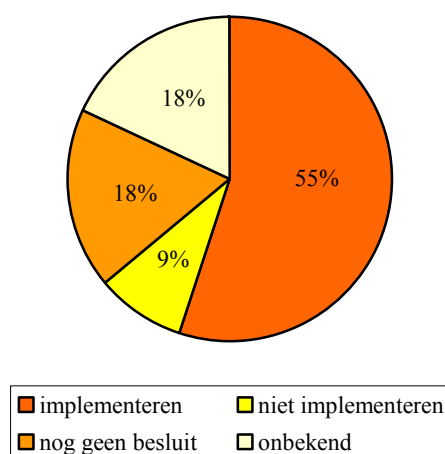
Inleiding

Voor de ontwikkeling van passende zorg is het essentieel om aandacht te besteden aan de kenmerken en zorgbehoefte van de doelgroep, zeker bij vaak moeilijk bereikbare doelgroepen van de sociale verslavingszorg. De richtlijn Cliëntprofielen (Wits, Knibbe, Verveen en Meulders, 2003), biedt verslavingszorginstellingen een handvat om een doelgroepanalyse uit te voeren wanneer zij van plan zijn voor een bepaalde doelgroep zorg te ontwikkelen of te verbeteren. De concept richtlijn is in de periode augustus 2001 – juli 2003 uitgetest bij twee instellingen voor verslavingszorg, waardoor inzicht is verkregen in de geschiktheid van de werkwijze van de richtlijn in verschillende praktijksituaties. De richtlijn is vervolgens gepresenteerd op een studiemiddag in 2003 waar ruim 60 geïnteresseerden aan deel hebben genomen. De toepassing van de richtlijn is de afgelopen twee jaar bij drie verslavingszorginstellingen ondersteund en geëvalueerd met behulp van Resultaten Scoren onderzoeksgeld.

Gebruik

Ruim de helft van de ondervraagde instellingen is bezig met de implementatie van de richtlijn Cliëntprofielen. Achttien procent overweegt nog om ermee te gaan werken, 18% kent de richtlijn niet en 9% besliste definitief om de richtlijn niet te gaan gebruiken.

Richtlijn Cliëntprofielen 2005

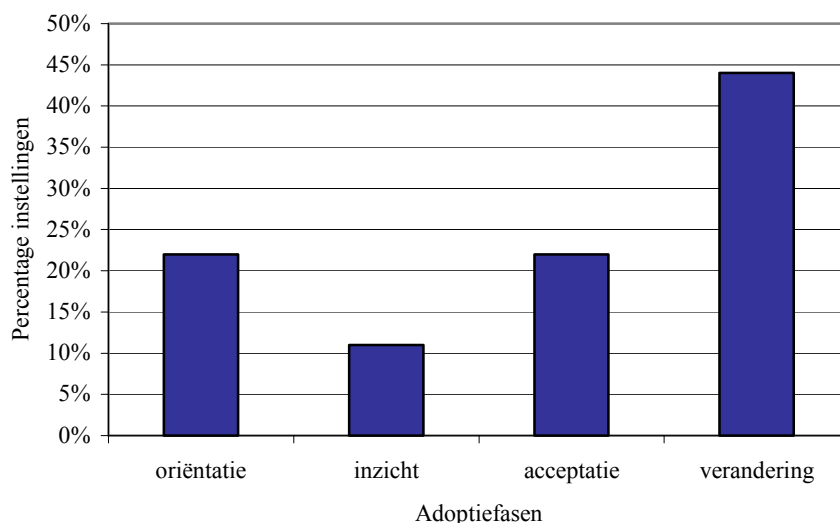


Figuur 3.48 Overzicht gebruik Cliëntprofielen, 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Belangrijk bij de implementatie van Cliëntprofielen is dat de doelgroep duidelijk in kaart gebracht wordt. Het vraagt van de medewerkers dat zij op een andere manier naar cliënten gaan kijken en hiertoe moeten de competenties van de medewerkers zelf soms ook opnieuw bekeken worden. In één instelling is er een projectgroep opgericht die verantwoordelijk is voor de verspreiding, scholing en evaluatie van deze richtlijnen. De implementatie ondervindt hiervan veel voordelen. Helaas heeft niet iedereen de mogelijkheid om de implementatie zo aan te pakken. Wanneer men niet met een team aan de implementatie kan werken kan deze belemmerd worden doordat het veel tijd kost om een goed cliëntprofiel te maken. Aan de andere kant is men er van overtuigd dat wanneer men eenmaal een goede beschrijving heeft van een cliënt, het makkelijker is om passende zorg aan te bieden. Cliëntprofielen zijn met name bekend bij beleidsmedewerkers, onderzoekersmedewerkers en zorgcoördinatoren. Het gebruik van de richtlijn is niet altijd standaard in te bouwen, dat hangt af van de zorgvraag.

Uitsplitsing naar de omvang van de instellingen laat geen verschil zien in instellingsgrootte en adoptiefasen. Het doet in ieder geval niet vermoeden dat de grootte een beïnvloedende factor is in het implementatieproces.



Figuur 3.49 Overzicht adoptie Cliëntprofielen, 2005

Tabel 3.15 Bevorderende en belemmerende factoren Cliëntprofielen

	Vanuit de interviews (N = 5)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- een zeer bewerkelijke methode	- vraagt veel tijd om een goed cliëntprofiel te maken
Factoren in de individuele hulpverlener	- men ziet het als een goede houvast, met een goede beschrijving voor je cliënt kun je makkelijker en beter zorg aanbieden	
Factoren in sociale omgeving		- vereiste competenties moet in kaart gebracht worden en zijn niet altijd aanwezig
Factoren in het systeem		

Samenvatting

De implementatie van de richtlijn Cliëntprofielen moet nog verder op gang komen. Met name evalueren en het bereiken van de behoudsfase vragen nog aandacht. Men is overtuigd van het nut van dit product en van het feit dat het gebruik ervan in implementatietrajecten verder bevorderd dient te worden. Het aanbieden van goede zorg is makkelijker als dit kan op basis van een goed omschreven cliëntprofiel.

3.3.16 Handreiking Bemoeizorg

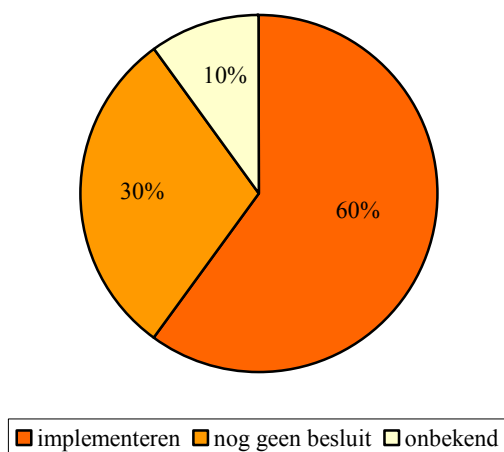
Inleiding

Bemoeizorg is binnen de verslavingshulpverlening en de (openbare) geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) een veelgebruikte term voor een specifieke vorm van hulpverlening. Veel gemeenten en instellingen constateren dat er een groep cliënten is (veelal aangeduid als zorgwekkende zorgmijders of kritische zorgvragers) die door de (reguliere) hulpverlening niet of nauwelijks bereikt wordt. De handreiking Bemoeizorg (Doedens, Meulders en Knibbe, 2004) biedt ideaaltypische richtlijnen voor de uitvoering van bemoeizorg. De richtlijnen betreffen drie niveaus: de professional, de methodiek en de organisatie.

Gebruik

De handreiking Bemoeizorg wordt in 60% van de ondervraagde instellingen geïmplementeerd. Sommige instellingen gebruiken onderdelen eruit, anderen nemen het grotendeels over. In het algemeen zijn de medewerkers er erg blij mee.

Handreiking bemoeizorg 2005



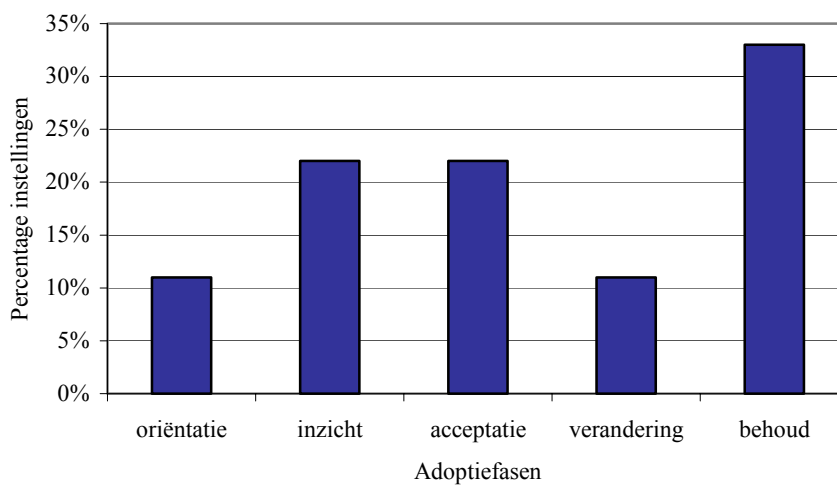
Figuur 3.51 Overzicht gebruik handreiking Bemoeizorg

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De handreiking Bemoeizorg wordt meestal eerst verspreid onder de medewerkers om er vervolgens via trainingsmiddagen mee aan de slag te gaan, casussen uit te werken etc. De implementatie wordt niet echt als een apart traject uitgezet. Competente medewerkers worden gestimuleerd om met de handreiking te gaan werken. Het vereiste profiel van de bemoeizorger is nadrukkelijk een ander dan het profiel van bv. een

casemanager. Een goed onderling contact en goede communicatie tussen de zorgcoördinator, de casemanager en de bemoeizorger wordt als erg belangrijk ervaren voor een succesvol implementatieproces. De handreiking wordt ook vaak gebruikt in de ontwikkelfase van een bemoeizorgteam, waardoor het verder werken met de handreiking gemakkelijk verloopt.

In 2005 is één instelling met subsidie gestart met de implementatie van de handreiking. Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien dat grote instellingen het verst zijn met de implementatie, gevolgd door respectievelijk de middelgrote en kleine instellingen.



Figuur 3.52 Overzicht Adoptie handreiking Bemoeizorg

Tabel 3.16 Bevorderende en belemmerende factoren handreiking Bemoeizorg

	Vanuit de interviews (N = 5)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- goede methodiek - speelt goed in op het spanningsveld tussen productie maken en doelen behalen doordat het een kort en regelmatig contact betreft met de cliënt en niet een lang onderhoud vraagt.	- profiel van gevraagde medewerkers is niet altijd helder omschreven
Factoren in de individuele hulpverlener	- het wordt gezien als een erkenning van hun werk	
Factoren in sociale omgeving	- leidinggevend die per medewerker een persoonlijk ontwikkelingsplan maken om ten gepaste tijden te evalueren	- verhouding tussen verslavingszorg en bemoeizorg is soms problematisch

Factoren in het systeem		- vraagt goede organisatie voor onderlinge contacten tussen de zorgcoördinator, de casemanager en de bemoeizorger
-------------------------	--	---

Samenvatting

De handreiking Bemoeizorg wordt goed gebruikt. Medewerkers zien het als een erkenning van hun werk. Het wordt als nuttig en relevant ervaren. Het vraagt wel veel tijd om de handreiking goed te implementeren, en meer nog dan anders is een goede communicatie belangrijk tussen de diverse betrokken partijen belangrijk.

3.3.17 Richtlijn Gedwongen ontslag

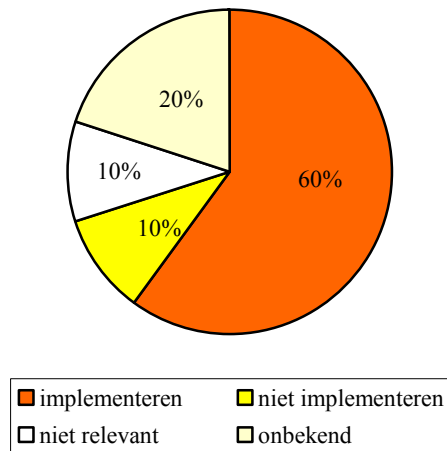
Inleiding

De richtlijn Gedwongen ontslag (Loth e.a., 2004) is in samenwerking met Resultaten Scoren ontwikkeld door de Regiegroep geneeskundige en verpleegkundige richtlijnontwikkeling in de verslavingszorg. De richtlijn ondersteunt de hulpverlener, in situaties waarbij een patiënt zich niet houdt aan het overeengekomen behandelingsplan, bij het zorgvuldig en weloverwogen beslissen over het wijzigen van een behandelingsplan of het eenzijdig opzeggen van de behandelingsovereenkomst, bij het handhaven van een optimaal behandelklimaat en bij het handhaven van een beheersbare situatie voor medewerkers en medepatiënten.

Gebruik

De richtlijn Gedwongen ontslag is alleen relevant voor instellingen die klinische zorg verlenen en is niet bekend bij instellingen voor wie hij niet relevant is. Daar waar hij wel bekend is wordt hij meestal wel geïmplementeerd (60%).

Richtlijn gedwongen ontslag 2005

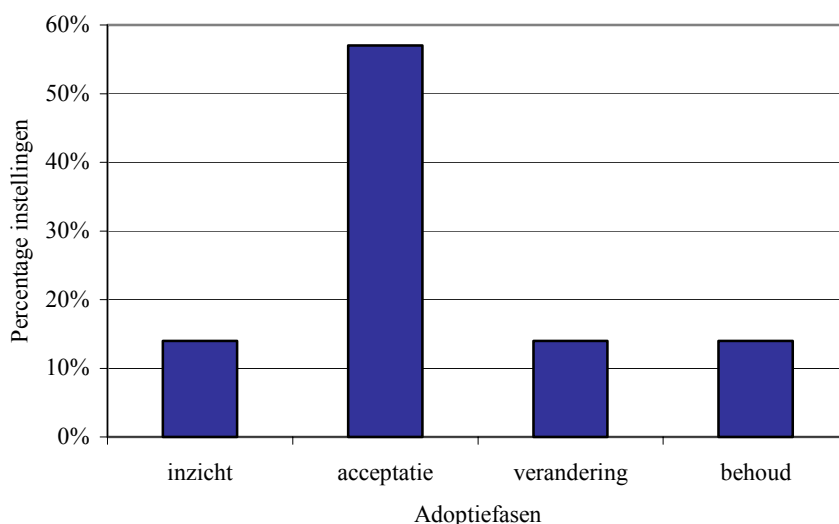


Figuur 3.54 Overzicht gebruik richtlijn Gedwongen ontslag

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Van de instellingen die aan implementatie toe zijn bevindt de meerderheid zich nog in de acceptatiefase, en moet de daadwerkelijke toepassing dus nog gaan beginnen. De richtlijn is erg veelomvattend, maar over het algemeen zijn artsen en verpleegkundigen er zeer over te spreken. Om de implementatie te vergemakkelijken wordt de richtlijn vertaald naar de eigen praktijk. In eerste instantie wordt de richtlijn breed verspreid, meestal via afdelingshoofden. Vervolgens wordt het product in teams besproken, en gebruikt men casuïstiek om de toepasbaarheid ervan aan te tonen. Regelmatige evaluaties worden ingepland. Er zijn verder geen echte trainingen, maar een kenner van de richtlijn begeleidt meestal een aantal keren de nieuwe werkwijze. De richtlijn is zeer arbeidsintensief, dus ondersteuning van hoger management is belangrijk.

Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien kleine instellingen nog niet aan implementatie zijn toegekomen en nog overwegen om hier mee gaan te werken. Met name reorganisatieproblemen werken dit mede in de hand.



Figuur 3.55 Overzicht adoptie richtlijn Gedwongen ontslag

Tabel 3.17 Bevorderende en belemmerende factoren richtlijn Gedwongen ontslag

	Vanuit de interviews (N = 4)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- inhoud is goed, duidelijk	- geen specifieke functieprofielen benoemd, daardoor voelt soms niemand zich aangesproken - herschrijven van het product naar eigen afdeling is noodzakelijk en vraagt veel tijd/inzet - erg veel omvattend
Factoren in de individuele hulpverlener	- wordt gezien als een bijdrage aan de professionalisering van de verslavingszorg	- men heeft wel vragen bij de praktische uitvoerbaarheid gezien de voorbereidingstijd
Factoren in sociale omgeving	- kwaliteitsverbetering - biedt de cliënt meer handvatten	- wordt ervaren als erg arbeidsintensief - het wordt als onpraktisch ervaren dat de verantwoordelijkheid bij te veel mensen ligt
Factoren in het systeem		

Samenvatting

De richtlijn Gedwongen Ontslag wordt als nuttig maar zeer arbeidsintensief ervaren. Het is een enorme procedure die doorlopen moet worden, vertalen naar de eigen praktijk, aanpassing terminologie, introductie bij medewerkers. Het wordt echt gezien als een leesstuk, en niet als een leerstuk, dus het vraagt veel tijd om dingen uit te spitten, voor te bereiden en uiteindelijk ook toegepast te krijgen. Ondanks alles wordt het als

een kwaliteitsverbetering gezien, en biedt het de patiënten ook meer handvaten. Alleen de praktische uitvoerbaarheid is soms onhandig doordat deze bij zoveel verschillende mensen ligt.

3.3.18 Richtlijn Detox, verantwoord ontgiften

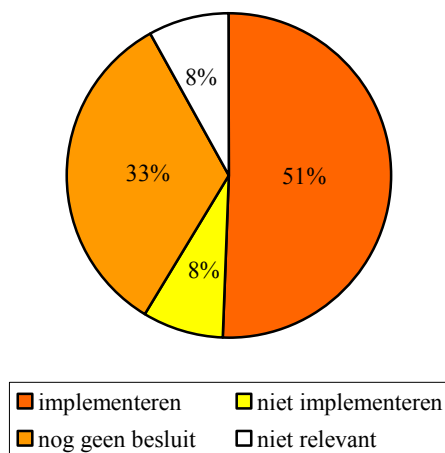
Inleiding

De richtlijn Detox, verantwoord ontgiften: ambulante en intramurale detoxificatie bij stoornissen door psychoactieve stoffen (2004), is opgesteld door een werkgroep van experts van Novadic-Kentron en Brijder Verslavingszorg in opdracht van Resultaten Scoren. De richtlijn beschrijft met name het medisch-biologisch proces van detoxificatie, dat 2 tot 3 weken in beslag neemt. Andere psychosociale activiteiten m.b.t. ondersteuning en motivering van de patiënt worden niet expliciet in de richtlijn beschreven. De organisatie van de verslavingszorg kan per instelling verschillen. Daarom staat er in de richtlijn niet beschreven op welke wijze het detoxificatie proces georganiseerd dient te worden. Er zijn wel een aantal randvoorwaarden voor het proces beschreven.

Gebruik

De helft van de onderzochte instellingen is bezig met de implementatie van de richtlijn. Een derde deel heeft nog geen definitief besluit hiertoe genomen. De richtlijn Detox is niet relevant voor instellingen die geen klinische zorg bieden en daar ook niet bekend.

Richtlijn detoxificatie 2005



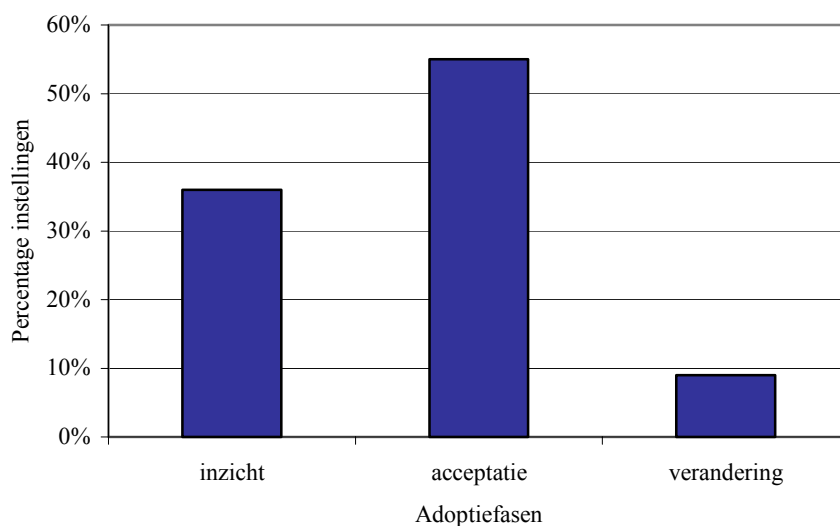
Figuur 3.57 Overzicht gebruik richtlijn Detox, 2005

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Wat de implementatie van deze richtlijn betreft zijn er enkele knelpunten. De richtlijn geeft zelf te weinig aan wat de te verwachten effecten zijn. Medewerkers of leidinggevendenden moeten vaak eerst kunnen vaststellen wat men verwacht aan effectief resultaat voordat ze daadwerkelijk mogen invoeren. Hiermee hangt samen dat er weinig bekend is over de tijdsinvestering die het werken volgens de richtlijn vraagt. Men is ervan overtuigd dat er meer geprotocolleerd gewerkt moet worden in de verslavingszorg, maar dat er voor deze richtlijn te weinig evidentie is, te weinig basis om sterke argumenten aan te kunnen voeren om implementatie noodzakelijk te maken. Dit komt het implementatieproces niet ten goede. Artsen blijken wel gecharmeerd te zijn van het in de richtlijn aangebrachte onderscheid tussen middelen en afwegingen voor indicatie. Echte implementatieactiviteiten worden niet benoemd. Het zijn voornamelijk artsen die met de richtlijn werken en zij zeggen via onderling overleg de toepassing levend te houden.

De implementatie van de richtlijn moet nog resulteren in daadwerkelijk veranderen van werkmethoden. Tot nu toe zijn bijna alle instellingen nog bezig met de voorbereiding hiervan en zitten ze in de acceptatiefase. Twee instellingen implementeren de richtlijn met subsidie van Resultaten Scoren.

Uitsplitsing naar omvang van de instellingen laat zien dat met name kleine instellingen achter lopen. Daarnaast zijn het echter ook met name kleine instellingen die aangeven eigen richtlijnen en methodieken voor detoxificatie te hebben. Zij zoeken momenteel nog uit in welke mate deze overeenkomen met de richtlijn Detox van Resultaten Scoren. Wanneer men niet overtuigd is van de meerwaarde van deze richtlijn zal men de oude werkwijze behouden, eventueel hier en daar aangevuld met onderdelen uit de richtlijn Detox.



Figuur 3.59 Overzicht adoptie richtlijn Detox, 2005

Tabel 3.18 Bevorderende en belemmerende factoren richtlijn Detox

	Vanuit de interviews (N = 6)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- bevestigt de behoefte aan een meer éénduidige werkwijze	- richtlijn geeft te weinig aan wat kan verwacht worden van effect - geeft te weinig info over de tijdsbesteding
Factoren in de individuele hulpverlener	- zeer positief ontvangen - artsen zijn gecharmeerd door de benoeming van een onderscheid in middelen en afwegingen voor indicatie	- richtlijn vraagt de nodige competenties
Factoren in sociale omgeving		
Factoren in het systeem		

Samenvatting

De richtlijn Detox komt tegemoet aan de behoefte aan een meer éénduidige werkwijze met betrekking tot ontgiften, alleen is het niet helder genoeg wat de te verwachten effecten zijn. Zeker in het kader van een afweging van deze richtlijn t.o.v. de oude/huidige werkwijze is dit belangrijk. Verder is de richtlijn over het algemeen goed ontvangen.

3.3.19 Onbenutte mogelijkheden, handleiding aansluiting verslavingszorg en zelfhulpgroepen

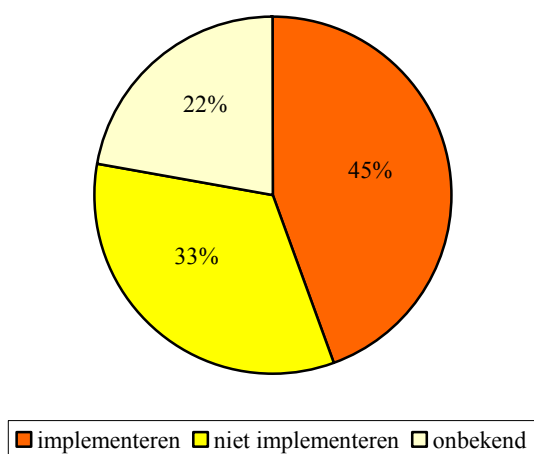
Inleiding

De handleiding Onbenutte mogelijkheden (Geelen, Gottmer, Schreurs, Thijs en Kolk, 2004) biedt een leidraad aan instellingen en medewerkers om op cliëntniveau de aansluiting tussen de professionele verslavingszorg en zelfhulpgroepen rond verslavingen te bevorderen. De handleiding betreft alle verslavingen waarvoor zelfhulpgroepen bestaan en die tot het reguliere werkterrein van de verslavingszorg horen. Het gaat zowel om groepen voor verslaafden als voor familie van verslaafden. Drie niveaus van intensiteit worden beschreven waarmee de afstemming tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen gestalte kunnen krijgen: voorlichting, verwijzing en integratie.

Gebruik

Slechts 45% is momenteel bezig met het implementeren van de handreiking Onbenutte mogelijkheden en 33% heeft al besloten dit niet te zullen doen. Ruim 20% kent de handreiking niet.

Onbenutte mogelijkheden 2005



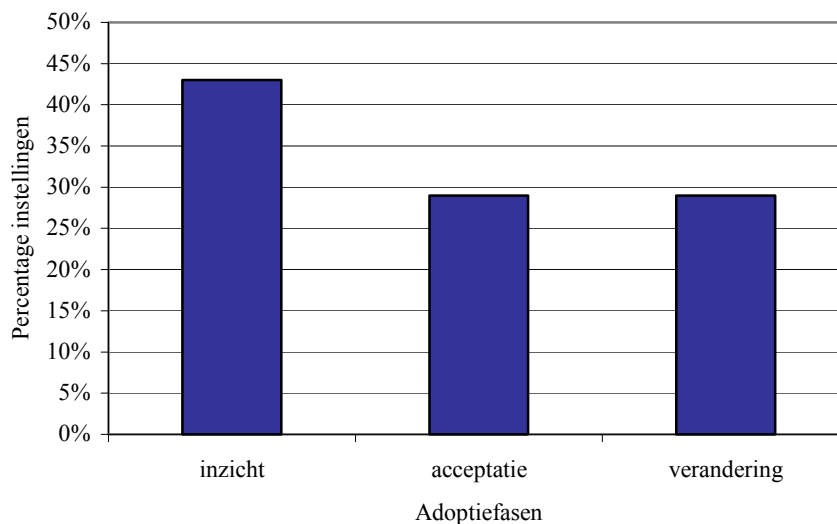
Figuur 3.61 Overzicht gebruik handleiding Onbenutte mogelijkheden

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Eén instelling gaf hier aan een implementatieplan opgesteld te hebben voor deze handreiking en zal dit op korte termijn gaan uitvoeren. Deze instelling implementeert de

handreiking met subsidie van Resultaten Scoren. Voor het overige geeft men geen specifieke implementatieactiviteiten aan naast de alom bekende stappen van verspreiding en bespreking van het product. Men is zich ervan bewust dat dit niet voldoende is om tot borging te komen, het moet echt blijvende aandacht krijgen. Zeker de samenwerking met de zelfhulpgroepen moet goed geactualiseerd blijven. Eén instelling denkt zelfs dat ze daar alleen al een apart functionaris voor zouden moeten hebben. Een aantal instellingen werken ook met hun eigen specifieke richtlijn. De handreiking is relatief jong. Er is dan ook nog geen enkele instelling die de implementatie al heeft afgerond (behoud).

Uitsplitsing naar de omvang van de instellingen toont dat het de grote en middelgrote instellingen zijn die de handreiking implementeren en dat de kleine instellingen nog een inhaalslag moeten maken.



Figuur 3.62 Overzicht adoptie handleiding Onbenutte mogelijkheden

Tabel 3.19 Bevorderende en belemmerende factoren handleiding Onbenutte mogelijkheden

	Vanuit de interviews (N = 3)	
	Bevorderend	Belemmerend
Inhoud van product	- inhoudelijk goed omschreven	- je zoekt samenwerking met een partner waarbij van nature een samenwerking afwijkt
Factoren in de individuele hulpverlener		
Factoren in sociale omgeving	- blijvend actualiseren van de samenwerking met zelfhulpgroepen	- de vereiste intensiteit van de samenwerking
Factoren in het systeem		

Samenvatting

De handleiding Onbenutte mogelijkheden is positief ontvangen maar heeft niet meteen een prioriteit op de instellingsagenda's. Er moet voorafgaand aan gebruik goed nagedacht worden over de benodigde samenwerkingsverbanden, de frequentie en intensiteit daarvan en de manier waarop de samenwerking tot stand kan komen. Eén instelling gaf aan hiervoor een implementatieplan opgesteld te hebben.

3.3.20 Ontwikkeling Sociaal Verslavingszorg Instrument (OSVI)

Inleiding

Het Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Indicatiestellinginstrument (Broekman, Rutten, Kersten, Grijsbach en van der Plas 2002) was aanvankelijk bedoeld om een instrument te ontwikkelen voor 'assessment, doelbepaling, indicatiestelling en monitoring' voor de (sociale) verslavingszorg. Deze zeer brede doelstelling bleek echter te ambitieus. In de loop van het project is duidelijk geworden dat het van belang is om de verschillende functies die een instrument kan hebben uit elkaar te halen en te beslissen waar het beoogde OSVI-instrument op gericht is. In vervolg op het OSVI-project wordt momenteel de MATE (Measuring Addiction Triage and Evaluation) ontwikkeld. Het OSVI-project heeft niet geleid tot een concreet meetinstrument en moet dan ook gezien worden als een van de kennisproducten van Resultaten Scoren.

Gebruik

Het onderzoek uit 2003 heeft aangetoond dat het van kennisproducten als deze publicatie niet goed te bepalen is in welke mate ze daadwerkelijk geïmplementeerd worden. Daarom is er in dit onderzoek gekozen om alleen te beschrijven in welke mate de kennisproducten bekend zijn en of er iets mee gedaan wordt, en geen poging te doen er een adoptiefasen aan te verbinden.

Bij op één na alle instellingen die vragen over de OSVI beantwoord hebben, is de publicatie bekend. Slechts één instelling zegt daadwerkelijk iets met het in de publicatie beschreven instrumentarium te doen. Zeker nu ook de MATE wordt ontwikkeld heeft het OSVI geen prioriteit meer in de instellingen.

4. Resultaten en discussie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de onderzoeksvragen en bediscussiëren we de resultaten. In paragraaf 4.2 wordt een algemeen beeld geschetst van de resultaten. De onderzoeksvragen zijn:

1. In hoeverre maakt de verslavingszorg daadwerkelijk gebruik van de Resultaten Scoren-producten? (4.3)
2. Beklijft de implementatie van de producten die in 2003 als geïmplementeerd zijn beoordeeld? (4.3)
3. Zijn er factoren die een indicatie geven van de kans op succesvolle implementatie (resp. het beklijven ervan) van de aangeboden zorgvernieuwingsproducten? (4.6)

Paragraaf 4.4 gaat in op de door de respondenten genoemde factoren die de implementatie bevorderen of belemmeren, paragraaf 4.5 op de wijze waarop de instellingen de producten implementeren.

4.2 Resultaten Scoren scoort resultaten

De uitkomsten van dit onderzoek geven over het geheel genomen, net zoals in 2003, een positief beeld over het gebruik van de Resultaten Scoren-producten door de medewerkers in de verslavingszorg. De meeste producten die in 2003 ook zijn onderzocht, zijn opgeschoven in hun implementatieproces. Meer instellingen zitten voor deze producten in de verander- en behoudfase. Als van een enkel product de implementatie is blijven steken, ligt dat aan aanwijsbare fusie- en (re)organisatieproblemen.

De vraag of Resultaten Scoren resultaten scoort kan dus een tweede maal bevestigend beantwoord worden. Resultaten Scoren leeft, de interesse voor de binnen het project ontwikkelde producten bestaat nog steeds. In veel instellingen is op directieniveau besloten om de producten van Resultaten Scoren te gaan gebruiken. Ook bij externe partijen zoals inspectie en overheden heeft de naam Resultaten Scoren een positieve lading. Het is (nog steeds) een uniek project waarin tastbare resultaten geboekt worden. Implementeren moet! Dat vindt iedereen, maar hoe dat implementeren moet weet men niet altijd. Het opstellen en uitvoeren van een implementatieplan komt weinig voor.

Ook de aard van de product bepaalt in welke mate het implementeren al dan niet makkelijk verloopt. Protocollen doen het beter dan bv. kennisdocumenten ondanks de weerstand die het strak geprotocolleerd werken soms met zich meebrengt. Bevorderende factoren voor implementatie zijn de waargenomen hoge kwaliteit van de producten, en de positieve attitude van zowel hoger management als van de medewerkers ten aanzien van de Resultaten Scoren-producten. Belemmerend werkt het gebrek aan tijd en beperkte kennis over en vaardigheden in implementatie en het niet altijd duidelijk zijn van de te verwachten resultaten van de nieuwe werkwijze. Het niet krijgen van financiële ondersteuning werkt soms belemmerend.

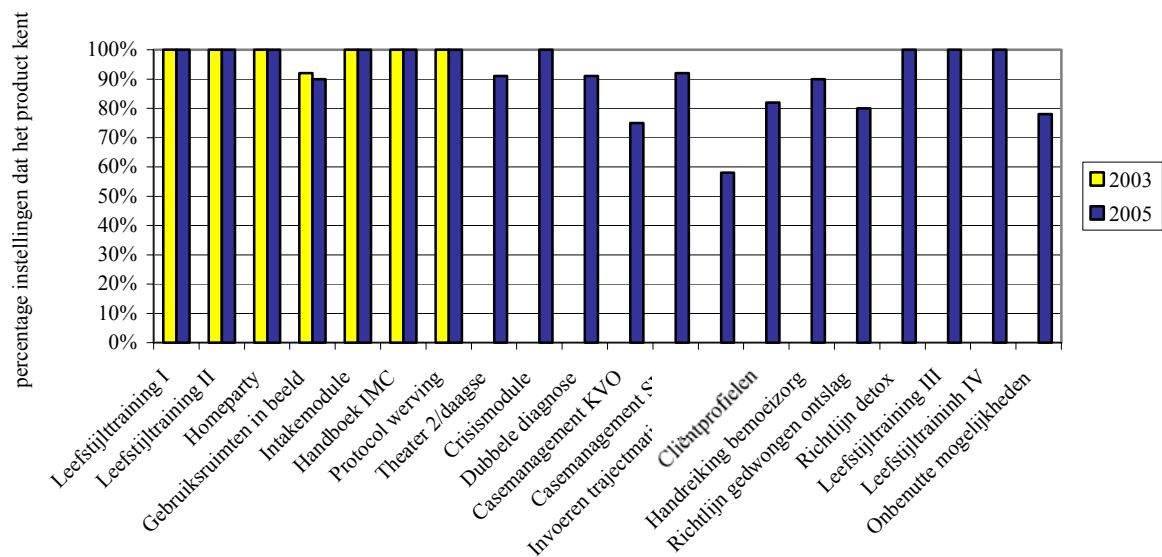
4.3. Worden de producten van Resultaten Scoren gebruikt?

Bij het beantwoorden van deze vraag is het zinvol om te kijken hoe lang het product beschikbaar is. Een product waarmee veel instellingen in korte tijd de verander- en de behoudfase bereikt heeft een grotere potentie dan een product waarbij dit langzaam gebeurt. Wanneer een product zich in de verander- of behoudfase bevindt, wil dat zeggen dat deze nieuwe werkwijze of kennis onderdeel (aan het worden) is van de dagelijkse praktijk.

De kwantificering van 'gebruik in het veld' valt uiteen in drie deelonderwerpen:

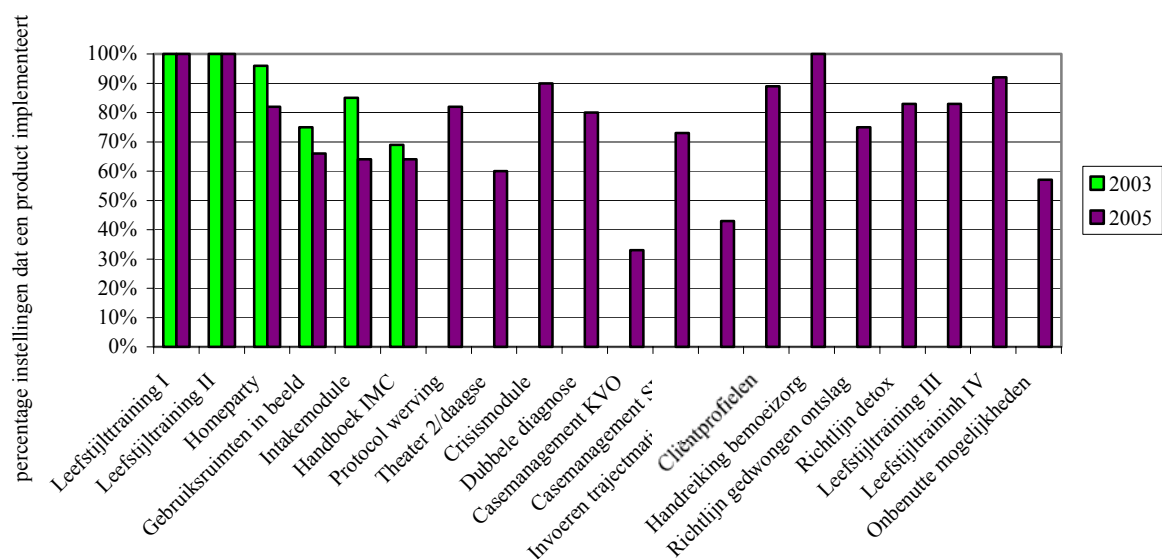
1. *Bekendheid*. De mate waarin een product bekend is bij instellingen zegt iets over het succes van de verspreiding van het product.
2. *Wel/niet implementeren*. Het percentage instellingen dat een product kent en besluit om het product te implementeren zegt iets over de aantrekkelijkheid van het product en over de behoefte die er is aan het product.
3. *Implementeren*. Het percentage instellingen dat gekozen heeft om het product te implementeren en hierin succesvol is, dus de fasen *verandering* en *behoud* bereikt.

De resultaten van deze drie maten voor gebruik zijn weergegeven in de drie onderstaande figuren.



Figuur 4.1 Percentage van alle onderzochte instellingen dat een product kent in 2003 en 2005

De Resultaten Scoren-producten zijn goed bekend. Alle producten zijn bij meer dan de helft van de instellingen bekend en op drie na bij meer dan 80%. De verslavingszorg is goed op de hoogte van de nieuwe materialen. Van de ‘nieuwe’ producten, voor eerste bevraagd in 2005, zijn er een aantal minder bekend. Met Casemanagement KVO, Invooeren Trajectmatig werken, Gedwongen ontslag en Onbenutte mogelijkheden is men het minst bekend. In 2003 was alleen de handreiking Gebruiksruimten in beeld niet bij alle instellingen bekend. Deze handreiking is in 2005 nog steeds bij één instelling niet bekend (een andere instelling dan in 2003 die toen niet deelnam aan het onderzoek). De verspreiding van de nieuwe producten is dus iets minder succesvol geweest dan die van de eerste groep producten. Hier zijn meerdere verklaringen voor te geven. In de laatste twee jaar is het aantal producten dat Resultaten Scoren uitgebracht heeft verdubbeld. De eerste tien producten zijn in vier jaar tijd verschenen, de laatste dertien in minder dan twee jaar. Voor het veld kan dit een ‘verzadiging’ geven waardoor men niet meer continu alert is op het verschijnen van nieuwe producten. Daarnaast is in 2004 de structuur van het project Resultaten Scoren veranderd. De ontwikkelcentra zijn opgeheven en daarmee ook het netwerk dat deze ontwikkelcentra hadden in het veld via welke verspreiding op natuurlijke weg plaatsvond. In 2004 is er geen landelijk congres vanuit Resultaten Scoren georganiseerd. Wel een aantal middagen met workshops, maar daarin zijn niet alle producten aan de orde gekomen. Ook dit kan bijgedragen hebben aan een beperktere verspreiding.



Figuur 4.2 Percentage instellingen dat een product implementeert van de onderzochte instellingen die het product kennen (aantal verschilt per product) in 2003 en 2005.

Over de meeste producten, eenmaal bekend, wordt door instellingen het besluit genomen om ze te implementeren. Op drie producten na wordt over alle producten door meer dan 60% van de instellingen positief besloten, en over 11 van de 20 door meer dan 80%. Als een instelling er voor kiest om een product niet te implementeren komt dit zelden omdat men het product niet goed vindt of niet vindt passen in de planning of het beleid van dat moment, maar omdat het product niet relevant is (men heeft bv geen IMC of gebruiksruimte).

In figuur 4.2 valt op dat, met uitzondering van de Leefstijltrainingen, van alle producten die ook in 2003 beschikbaar waren, nu door *minder* instellingen besloten is ze te implementeren. Met name bij de Homeparty en de Intakemodule is dit verschil groot. Bij de handreiking Gebruiksruimten in beeld en het Handboek IMC komt dit omdat in 2003 en 2005 niet precies dezelfde instellingen zijn bevroegd en omdat deze producten niet voor alle instellingen relevant zijn. Verder gaf één instelling aan dat de verantwoordelijkheid voor de gebruiksruimte niet meer bij hen als verslavingszorginstelling lag, maar overgenomen is door de gemeente.

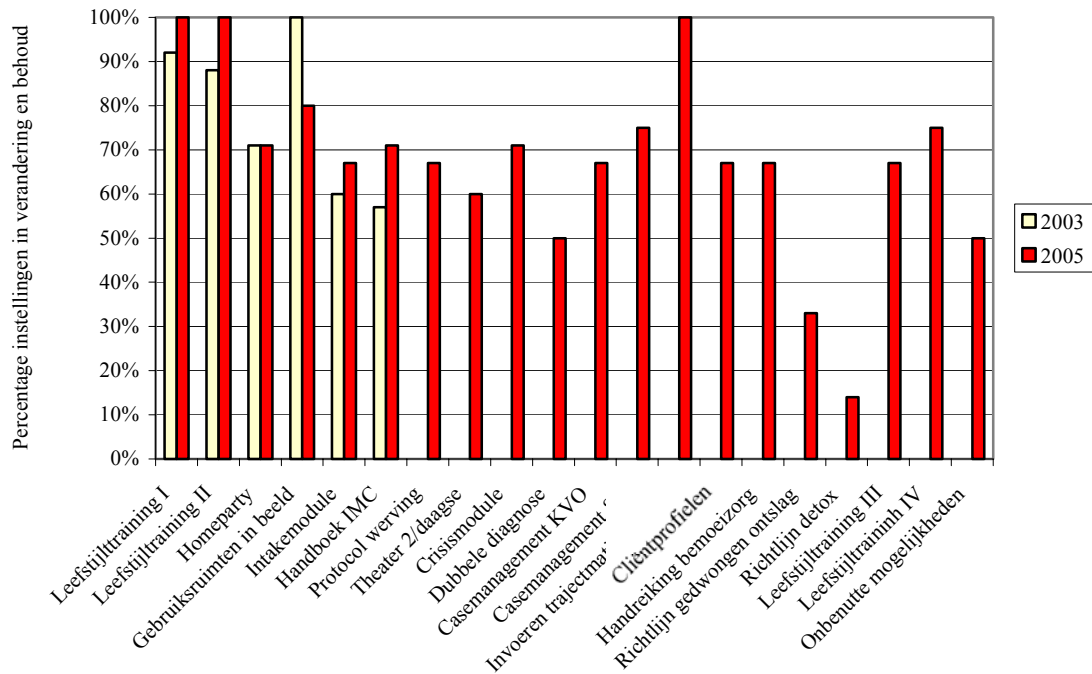
Bij de Intakemodule ligt het anders. Hier is de stijging van de groep niet-gebruikers te verklaren door het feit dat instellingen die in 2003 vast van plan waren om de module te implementeren, dit uiteindelijk niet gedaan hebben. Vaak heeft men slechts enkele

aspecten van de hele module geïmplementeerd en beoordeelt men het in 2005 als niet geïmplementeerd. Bij de Homeparty is de teruggang mogelijk te verklaren door het soort product. Het blijkt vaak lastig om voor een homeparty de juiste mensen te werven. Een deel van de instellingen die het in 2003 nog actief probeerden hebben intussen besloten om de homeparty geen onderdeel van hun vaste preventieaanbod te maken. Bij de nieuwe producten vallen de Theater2daagse, het Casemanagement KVO, Invoering Trajectmatig werken en Onbenutte mogelijkheden op omdat zij door relatief veel instellingen niet geïmplementeerd worden. Ze zijn dus niet voor alle instellingen aantrekkelijk genoeg om in te investeren. Verklarende factoren hiervoor kunnen gevonden worden in financiering (Theater2daagse), een als te arbeidsintensief ervaren product (Theater2daagse en Trajectmatig werken), voldoende alternatieven voor handen waar men reeds mee werkt (Casemanagement KVO), onvoldoende prioriteit in het instellingsbeleid (Onbenutte mogelijkheden). In positieve zin vallen de Crisismodule, de richtlijn Cliëntprofielen, de handreiking Bemoeizorg en Leefstijltraining IV op. Hier besluiten bijna alle instellingen om te implementeren.

Naast de instellingen die besloten hebben om al dan niet te implementeren zijn er ook instellingen die nog geen definitieve keuze gemaakt hebben voor het wel of niet implementeren van een product. De omvang van deze groep is veelal gekoppeld aan de tijdsduur waarmee een product beschikbaar is. Hoe jonger het product, hoe groter deze groep is. Voor de handreiking Bemoeizorg is het bv 30% van de instellingen. Opvallend is echter dat het percentage ook voor een aantal 'oudere' producten relatief hoog is en dat lijkt geen gunstig voorteken te zijn voor implementatie in de toekomst. Als men het nu nog niet weet, terwijl de producten al lang beschikbaar zijn, is de kans op een negatief besluit groot. Het protocol Werving is een protocol waar nog steeds veel discussie is over de inhoud en dat brengt met zich mee dat een relatief hoog percentage instellingen nog geen keuze gemaakt heeft (25%). Voor de Theater2daagse ligt het percentage op 15%.

De instellingen die besloten hebben om het product te implementeren worden geacht daadwerkelijk aan de slag te gaan met de nieuwe werkwijze. Deze instellingen bevinden zich in de adoptiefase acceptatie. Zijn ze er een eind mee gevorderd, dan bevinden ze zich verandering, en loopt het al een tijdje, dan in de fase van behoud. In figuur 4.3 is

weergegeven het percentage instellingen dat gekozen heeft om te implementeren en daar mee gevorderd is tot in de fasen verandering en behoud.



Figuur 4.3 Percentage instellingen dat zich in de verander- of behoudfase bevindt van de instellingen die besloten hebben te implementeren (aantal verschilt per product) in 2003 en 2005.

De implementatie van de producten wordt voortvarend aangepakt en van bijna alle producten bevindt meer dan de helft van de instellingen zich in de adoptiefasen verandering en behoud.

Met uitzondering van de Handreiking Gebruiksruimten in beeld en de Homeparty zijn alle producten die ook in 2003 zijn onderzocht in 2005 verder gevorderd in de implementatie. De Leefstijltrainingen I en II hebben nu zelfs een 100% bij alle instellingen die besloten dat te doen. Opvallend is dat het wat vertekend percentage van 100% voor Invoeren Trajectmatig werken. Dit product is beperkt bekend (zie figuur 4.1) en wordt slechts door één instelling geïmplementeerd, maar dan wel met succes. Figuur 4.3 maakt duidelijk dat een aantal ‘oude’ producten nog niet volledig zijn geïmplementeerd, hetgeen wel te verwachten was, omdat men immers al twee jaar geleden besloot te implementeren. Kennelijk is zo’n beslissing geen garantie dat het ook feitelijk gebeurt. Het geldt voor de producten Intakemodule (die we hiervoor al

toelichtte) Homeparty en Handboek IMC die niet echt veel vorderingen gemaakt sinds 2003.

Beperkt succesvol lijken de implementaties van de richtlijnen Dubbele diagnose, Gedwongen ontslag, Detox en Onbenutte mogelijkheden. Dit wordt veroorzaakt door het relatief hoge percentage instellingen dat nog in de acceptatiefase zit. Het is ook het gevolg van de korte periode dat de producten beschikbaar zijn en/of van de complexiteit van het product dat een langdurige voorbereiding van de implementatie vergt. Naar verwachting zullen deze producten in de toekomst hoger scoren.

4.4 Bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie

Of een product succesvol wordt geïmplementeerd is afhankelijk van meerdere factoren. Nooit zal één factor allesbepalend zijn. Er is altijd sprake van een combinatie van factoren. Bij het beïnvloeden van de factoren is dan ook altijd een combinatie van strategieën noodzakelijk. Tijdens de interviews hebben de respondenten factoren benoemd die de implementatie bevordert dan wel belemmert. In deze paragraaf worden de meest genoemde factoren beschreven.

Aard en inhoud van de producten

De inhoud van de producten wordt bijna altijd als positieve factor ervaren. De gebruikers vinden de meeste duidelijk, ze bieden houvast en structuur en men kan zich vinden in de inhoud. Deze succesfactor representeert de kracht van Resultaten Scoren. Doordat de producten van idee tot resultaat in samenwerking tussen wetenschappers en gebruikers worden ontwikkeld, sluiten de producten optimaal aan bij de behoefte en praktijk van de toekomstige gebruikers. Dit vergroot de kans op daadwerkelijk gebruik aanzienlijk.

Wanneer een instelling besluit om een product niet te implementeren, dan is de inhoud van een product nooit de reden. Het gebeurde wel dat het product als niet passend binnen de eigen instelling werd beoordeeld, men heeft zelf een goed werkend alternatief of andere prioriteiten.

Binnen Resultaten Scoren worden drie soorten producten onderscheiden: protocollen, richtlijnen en kennisdocumenten. Ondanks het feit dat het implementeren van protocollen bij aanvang van de implementatie op de meeste weerstand stuit omdat geprotocolleerd werken als beknellend ervaren wordt, zijn het wel de protocollen die het

gemakkelijkst de verschillende adoptiefasen doorlopen. Kennisdocumenten staan daar tegenover. Kennisdocumenten zijn veelomvattend en beperken zich tot beschrijving. Dat maakt ze moeilijk over te dragen en te implementeren. Ze worden dan ook op een andere manier gehanteerd dan de protocollen. Kennisdocumenten worden of zeer intensief, of niet gebruikt en meestal maar door een beperkt aantal medewerkers. Doordat kennisdocumenten omvangrijk zijn is het bijna onmogelijk om alle kennis om te zetten in uitvoerbaar gedrag in de eigen situatie. Dit gebeurt dan ook bijna niet. Instellingen oordelen verschillend over de mate waarin men het kennisdocument, of delen ervan, geschikt acht voor gebruik in de eigen instelling. Kennisdocumenten worden voornamelijk als naslagwerken gehanteerd.

De houding van de gebruikers

De meeste medewerkers zijn blij met de Resultaten Scoren-producten. Ze ervaren ze als antwoord op een knelpunt en erkenning van hun werk. Inhoudelijk sluit de nieuwe werkwijze meestal goed aan bij de waarden en normen die ze hanteren voor goede zorg. Met name bij oudere medewerkers stuit een nieuwe werkwijze, zeker als deze strakker geprotocolleerd is dan de oude, in het begin op weerstand. De ervaring dat er ook binnen een protocol voldoende ruimte is voor een eigen inbreng vermindert de weerstand. Jongere medewerkers zijn vanuit hun initiële opleiding meer gericht op geprotocolleerd werken en bieden deze weerstand niet. Bij enkele producten, bijvoorbeeld de richtlijn Detoxificatie, is het belemmerend dat niet duidelijk is welke competenties de medewerkers moeten hebben om de module goed toe te kunnen passen. Helderheid hierover vanuit de ontwikkelaars zal de implementatiekansen van de producten vergroten.

De invloed van team, leiding en cliënt

Hoewel meestal niet systematisch gemeten, hebben de medewerkers de indruk dat de cliënten die behandeld en/of begeleid worden met de nieuwe methodieken, meer tevreden zijn dan met de oude werkwijze. Dit werkt stimulerend en komt de implementatie ten goede.

De houding van de leiding en de aanwezigheid van voortrekkers in het team zijn van cruciaal belang voor een succesvolle implementatie. Die ontbreken echter nogal eens. Een wisseling in leidinggevende kan de implementatie van een product geheel te niet doen. Dit maakt duidelijk dat implementatie afhankelijk is van mensen. Het toont ook

aan dat het deze mensen tot nu toe vaak niet lukt om een nieuwe werkwijze zodanig te borgen dat het niet meer van hen afhangt, maar dat het een standaardwerkwijze is geworden.

Regelmatig krijgt een stafmedewerker de leiding van een implementatietraject. Dat werkt goed als de stafmedewerker voldoende kennis en ervaring heeft met betrekking tot implementeren. Als dit betekent dat de leidinggevende geen eindverantwoordelijke meer is (of het zich niet meer voelt) en er niet nauw bij betrokken blijft, dan gaat het fout. Ook komt het voor dat een hulpverlener de taak krijgt om een vernieuwing te implementeren. Indien deze onvoldoende kennis en vaardigheden heeft en de implementatie niet systematisch aanpakt, verzandt de invoering van de nieuwe werkwijze vaak.

Een manager die als vaandeldrager voorop loopt in de implementatie is een belangrijke bevorderende factor voor de implementatie. Gebrek aan kennis over implementeren en de druk van alledag dragen er aan bij dat het management deze rol niet altijd optimaal vervult.

Het team is de plaats waar de ervaringen met de nieuwe werkwijze besproken en gevolgd moet worden. Teams waar ervaringen met een nieuwe werkwijze regelmatig op de werkbespreking staan en waar via evaluatie, intervisie of supervisie gewerkt wordt aan borging van de nieuwe werkwijze implementeren het meest succesvol.

Invloed van de organisatie en externe factoren

Veel directies van verslavingszorginstellingen hebben besloten dat de producten van Resultaten Scoren gebruikt moeten worden. Indien ze dit actief uitdragen en ondersteunen met faciliteiten (tijd, menskracht, scholing, geld etc) is dit een belangrijke bevorderende factor voor de implementatie. Ook het verplicht stellen van toepassing van de producten werkt bevorderend.

In de afgelopen jaren zijn verschillende instellingen gefuseerd. Dit doet de implementatie geen goed. Een fusietraject is zowel praktisch als in de beleving van medewerkers ingrijpend en daarmee ontbreekt de extra tijd en aandacht die de implementatie van een nieuwe werkwijze vergt. Naast dat er geen nieuwe zaken ingevoerd kunnen worden, betekent een fusie ook vaak dat men de implementaties waar

men mee bezig was laat verzanden. Dit heeft tot gevolg dat er na de fusie vaak min of meer opnieuw begonnen moet worden.

Een fusie kan echter ook positief werken. Door een fusie ontstaan vaak nieuwe teams. In één fusie-instelling is het feit dat er een gezamenlijke werkwijze vastgesteld moest worden juist een stimulans gebleken om de Resultaten Scoren-producten te gaan implementeren. Er hoefde hierdoor niet ‘gestreden’ te worden wiens werkwijze leidend zou worden, het veranderde voor iedereen.

De omvang van de instelling is van invloed op de implementatie. Voor kleine instellingen blijkt het moeilijker om de producten te implementeren. De beperkte omvang speelt op twee manieren een belemmerende rol. Ten eerste is er eenvoudigweg een beperkter aantal medewerkers dat met de nieuwe producten moet werken en die kunnen niet alles tegelijk. Hierdoor verkeren kleine instellingen vaker in de adoptiefasen oriëntatie en inzicht of kennen ze producten niet. Ten tweede moet in een kleine instelling de ‘implementatielast’ door een klein aantal medewerkers gedragen worden.

Een bevorderende factor voor implementatie is het hebben van een (staf)functionaris die zich specifiek bemoeit met de implementatie van veranderingen. Soms is deze functionaris zelf de trekker van de implementaties, soms stuurt deze implementatoren aan en coördineert ze de implementaties. Instellingen met een dergelijke functionaris zijn beduidend verder in de implementatie dan instellingen zonder en pakken de implementatieprocessen gestructureerder aan. Daarnaast is deze functionaris als centrale persoon goed op de hoogte van het wel en wee van alle implementatieprojecten en de eventuele problemen die in deze projecten bestaan. Vanuit deze centrale positie heeft deze functionaris meer mogelijkheid om op centraal managementniveau voldoende faciliteiten voor de implementaties te realiseren.

In het algemeen zijn het de grotere instellingen die een (staf)functionaris specifiek belasten met de implementatie. Grotere instellingen hebben het dus zowel door hun omvang gemakkelijker als door het feit dat ze (meer) de mogelijkheid hebben om specifieke functionarissen specifieke implementatietaken te kunnen geven.

Voor preventieproducten geldt dat de afhankelijkheid van de financiering door gemeenten soms belemmerend werkt. Om preventieactiviteiten uit te kunnen voeren

moeten deze eerst worden ‘verkocht’ aan de gemeente die dit financiert. Het is vaak niet eenvoudig om een nog niet geïmplementeerd en beproefd product te verkopen.

Bovendien is er voor een aantal producten concurrentie van welzijnszorg en jeugdwerk.

Zesentwintig implementatieprojecten zijn in de afgelopen twee jaar door Resultaten Scoren gesubsidieerd. Het is niet aan te tonen of deze subsidies van invloed zijn geweest op de mate van implementatie van deze producten. Wel kan gesteld worden dat deze implementaties op meer gestructureerde wijze ingevuld worden. Zo wordt er vanuit het bureau van Resultaten Scoren aandacht besteed aan het opstellen van een helder implementatieplan en wordt door intervisie en coaching ondersteuning gegeven aan de projectleiders.

Slechts één instelling gaf aan met bepaalde producten nog niet bezig te zijn omdat Resultaten Scoren hen hier geen subsidie voor verstrekt heeft. In het algemeen vinden de instellingen de implementatie van de Resultaten Scoren-producten dus belangrijk genoeg, ook zonder externe financiële ondersteuning.

4.5 Implementeren

De afgelopen twee jaar heeft het implementeren van de ontwikkelde producten binnen Resultaten Scoren centraal gestaan. Er zijn nog wel nieuwe ontwikkelingen gestart, maar het was vooral noodzakelijk om er voor te zorgen dat de tot 2004 ontwikkelde producten ook daadwerkelijk gebruikt zouden worden. Vanuit Resultaten Scoren zijn implementatieplannen gesubsidieerd en het veld heeft los hiervan zelf de implementatie voortvarend ter hand genomen. De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat de meeste instellingen hier behoorlijk in slagen, maar ook dat implementatie lastig is. Met name het borgen van de nieuwe werkwijzen is een zwak punt. De meerderheid van de instellingen die opgenomen zijn in het overzichtsfiguur 4.3 bevinden zich in de veranderfase en niet in de behoudfase. Alleen over Leefstijltraining I en II zeggen de referenten regelmatig dat ze dat als ‘oude’ producten zien, een teken dat ze goed geborgd zijn. Vanuit de literatuur blijkt ook dat borging de moeilijkste fase van implementatie is (Grol & Wensing).

In het onderzoek van 2003 bleek dat de aanwezigheid van een implementatieplan bij de producten de implementatiekansen vergroot. Naar aanleiding van het onderzoek ziet de stuurgroep van Resultaten Scoren er op toe dat nieuwe producten met een

implementatieplan opgeleverd worden. Dit heeft echter nog geen invloed gehad op de huidige stand van zaken. De producten die na 2003 zijn ontwikkeld zijn meestel nog niet af. Ze zijn nog niet ter implementatie aangeboden aan het veld en dus niet onderzocht in deze meting. Vandaar dat in de interviews aangegeven is dat een implementatieplan of handreiking hiervoor bij de producten gemist wordt. Ook wordt regelmatig opgemerkt dat het wenselijk is om in de producten aan te geven welke competenties de hulpverlener nodig heeft om het product goed toe te passen. De afgelopen jaren is veel nadruk gelegd op implementeren. Duidelijk is geworden dat implementeren moeilijk is en dat niet alle (staf)medewerkers die de opdracht krijgen om een implementatieproject te leiden hier voldoende voor zijn toegerust. Gebrek aan kennis en vaardigheden beperken de succesansen van een implementatie. Te noemen zijn:

- 1) Taken en verantwoordelijkheden worden niet duidelijk toegewezen. Hierdoor voelt niemand zich verantwoordelijk en heeft de implementatie grotere kans om te verzanden.
- 2) De projectleider doet de implementatie 'er bij', naast de reguliere taken en hij of zij wordt onvoldoende gefaciliteerd. Vooral het vrij maken van de benodigde tijd is meestal niet gewaarborgd, ook omdat niemand een goede inschatting maakt van de benodigde tijd.
- 3) Bij de keuze om een product te implementeren wordt onvoldoende nagegaan of het product implementeerbaar is in de eigen situatie. Bij de Intakemodule hebben meerdere instellingen, na enthousiast te zijn begonnen, moeten concluderen dat de module voor het grootste deel niet implementeerbaar was in hun praktijk.
- 4) Er wordt vooraf niet altijd duidelijk en meetbaar beschreven waar de implementatie toe moet leiden. Dit heeft tot gevolg dat er geen heldere evaluatiecriteria zijn waarop getoetst kan worden of de implementatie geslaagd is en of de nieuwe werkwijze leidt tot verbetering.
- 5) Mede ten gevolge hiervan vindt er geen resultaatmeting plaats en weet men niet of er met de nieuwe werkwijze betere resultaten gehaald worden dan met de oude.
- 6) Er wordt geen systematisch implementatieplan gemaakt. Ook als een product voorzien is van een implementatieplan of -handreiking zal dit altijd nog ingevuld moeten worden voor de eigen situatie. De aanwezigheid ervan zal echter wel sturing geven en een hulpmiddel zijn.

- 7) Ten gevolge van een niet-systematische aanpak is de investering die nodig is om de medewerkers te scholen en/of te trainen en de tijd die nodig is voor evaluatie, inter- of supervisie niet altijd opgenomen in het beleidsplan van een afdeling. De planningsproblemen die hier het gevolg van zijn leiden tot vertraging van de implementatie hetgeen de succeschansen vermindert (iets wat uitloopt lijkt al snel niet zo belangrijk).

Een deel van deze knelpunten is op te lossen door te investeren in training en scholing van implementatoren. In deze noodzaak staat de verslavingszorg niet alleen. Dit verdient een brede aanpak. Het faciliteren van de implementator, het helder adresseren van taken en verantwoordelijkheden, het goed inplannen van een implementatie in de beleidsplannen en het investeren in resultaatmeting kan door het (hoger) management worden bevorderd. Implementatie is echter een relatief jong vakgebied. Veel managementopleidingen besteden hier nog maar pas of beperkte aandacht aan. Daarom is het zinvol als ook bij managers de kennisachterstand inlopen.

In de bovenstaande tekst wordt het gebrek aan kennis en vaardigheden van de implementatoren in verband gebracht met de afwezigheid van resultaatmeting. Dit is niet helemaal terecht, ook bij implementaties door ervaren implementatoren worden weinig resultaten gemeten. Binnen instellingen wordt überhaupt nog maar op zeer beperkte schaal de resultaten van een behandeling gemeten. Eerste pogingen vormen de benchmarks met resultaten van de Leefstijltrainingen (Outcomebench) en de IMC's. Het meten van resultaten maakt duidelijk of de nieuwe werkwijze bijdraagt aan betere zorg en of de gestelde doelen bereikt zijn. Een aantal respondenten geeft aan resultaatmetingen met de nieuwe producten te missen. Zij willen voorafgaand aan de keuze voor een bepaalde werkwijze weten welke resultaten ze ervan kunnen verwachten. Resultaatmeting kan op die wijze bijdragen aan de acceptatie van een product. Het gaat er bij deze respondenten niet om het gebruik van resultaten in het eigen primaire proces, maar om beslisinformatie. Theoretisch kan er zonder resultaatmeting geen sprake zijn van behoud. In de interviews bleek dat respondenten zelf wel vinden dat de implementatie afgerond is en er dus sprake is van behoud. Er hoeft niet meer nadrukkelijk geïnvesteerd te worden om er voor te zorgen dat een product toegepast wordt. Dit is niet verwonderlijk. Ook van de meeste bestaande werkwijzen worden de resultaten niet structureel gemeten, dus

waarom van de nieuwe wel? Ofschoon de evidentie voor kwaliteitsverbetering als gevolg van resultaatmeting en terugrapportage in de geestelijke gezondheidszorg nog mager is, verdient deze in potentie krachtige methodiek meer aandacht. In de productontwikkeling kan de resultaatmeting gefaciliteerd worden door het toevoegen van indicatoren voor resultaten gerelateerd aan de doelstellingen van het product. Resultaatmetingen zijn des te meer van belang omdat men ook van buiten de sector antwoord wenst op de vraag of de VZ nu betere zorg levert dan voorheen. Dat is moeilijk te beantwoorden, omdat er nooit voormeting is gedaan, maar wel moet de huidige kwaliteit van zorg gemeten en gepresenteerd kunnen worden.

4.6 Indicatoren voor succesvolle implementatie

De onderzoeksvraag of er indicatoren zijn voor succesvolle implementatie hebben we niet kunnen beantwoorden. In deze onderzoeksvraag waren we op zoek naar die factoren in organisaties die, los van de te implementeren specifieke producten, het succes van een implementatie positief beïnvloeden. We wilden de variatie in implementatie relateren aan eigenschappen van de instellingen. Daarmee hoopten we een plaatje te kunnen schetsen van de ‘ideale instelling’ met als advies aan instellingen “Als u uw organisatie / implementatie op deze wijze inricht, heeft u grote kans dat implementeren van vernieuwingen bij u succesvol zal verlopen.” De onderzoeksresultaten geven een onvoldoende helder beeld om deze discriminerende factoren te benoemen. Er is voorts te weinig variatie tussen de resultaten die de instellingen behalen en tussen de wijze waarop instellingen de implementatie organiseren en faciliteren.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

'Resultaten Scoren' scoort nog steeds resultaten.

De Resultaten Scoren-producten zijn bekend en worden breed toegepast in de verslavingszorg. De producten worden positief ontvangen door de medewerkers en het merendeel van de instellingen hebben besloten dat Resultaten Scoren-producten standaard geïmplementeerd moeten worden. Resultaten Scoren kan ook na zeven jaar rekenen op een breed draagvlak onder de medewerkers en draagt bij aan de professionalisering van de verslavingszorg.

De implementatie van de in 2003 onderzochte producten is in 2005 verder gevorderd.

Echter, niet voor alle in 2003 onderzochte producten is het verschil in implementatie met de in 2005 onderzochte producten groot. Het blijkt in de praktijk niet haalbaar om voor alle producten de behoudfase te bereiken. Het besluit om te implementeren garandeert niet dat het ook gebeurt.

De verspreiding van Resultaten Scoren-producten moet zich nadrukkelijker richten op kleinere instellingen.

Ten opzichte van 2003 zijn meer producten bij meer instellingen niet bekend. Met name kleinere instellingen worden niet altijd goed bereikt. Deze instellingen zijn vaak minder betrokken bij de ontwikkelingen binnen Resultaten Scoren o.a. omdat ze zelf geen producten ontwikkelen.

De behandelproducten worden door meer instellingen geïmplementeerd dan de producten voor de sociale verslavingszorg en preventie.

Er lijkt minder behoefte aan de preventieproducten te zijn. Vaker dan bij de behandelproducten geven respondenten aan dat zij zelf een goed werkend alternatief hebben voor deze producten.

Een mix van factoren bevordert en belemmert de implementatie

De protocollen en de richtlijnen die op beperkte schaal moeten worden aangepast aan de eigen praktijk zijn het meest succesvol. Implementatie wordt bevordert door de kwaliteit van de producten, als de medewerkers de producten ervaren als antwoord op een knelpunt en de cliënten meer tevreden zijn. Belemmerend is organisatorische onrust, personele wisselingen en onduidelijkheid over het te verwachten resultaat van de nieuwe werkwijze en het benodigde competentieprofiel van de medewerker die met een product moet werken.

Implementatoren hebben behoefte aan producten met een ondersteunend implementatieplan, een competentieprofiel voor de medewerkers die het product gaan gebruiken en indicatoren op basis waarvan ze kunnen beoordelen of de nieuwe werkwijze tot het gewenste resultaat leidt.

De implementatie wordt zelden op gestructureerde wijze uitgevoerd.

Veel implementatoren maken bij aanvang geen helder implementatieplan. Er worden geen heldere meetbare doelen gesteld, een analyse van de doelgroep en het benoemen van bevorderende en belemmerende factoren blijft achterwege. Dit komt onder andere door een tekort aan kennis en vaardigheden bij de implementatoren. Eén van de consequenties hiervan is dat de implementatie vaak niet voldoende geborgd wordt. Het aanstellen van een (staf)functionaris die implementaties ‘trekt’ of implementatoren begeleidt bevordert het systematisch implementeren.

Het meten van resultaten van de toegepaste werkwijze zal bijdragen aan implementatie en verbetering van de producten.

Resultaatmeting behoort bij borging van de nieuwe werkwijze. Dit gebeurt nog slechts op zeer beperkte schaal in de verslavingszorg. Naast input voor het eigen primaire (implementatie)proces, geeft resultaatmeting de mogelijkheid om de producten inhoudelijk te evalueren en te verbeteren.

De rol van het management in implementatie moet verstevigd worden.

Hoewel een (staf)medewerker die zich nadrukkelijk bezig houdt met de implementaties deze bevordert, blijft het van groot belang dat de eindverantwoordelijkheid voor de implementatie door managers genomen wordt. Dit is nu niet overal het geval en dat brengt de acceptatie en borging van de verandering in gevaar.

5.2 Aanbevelingen

Op grond van de resultaten en conclusies kunnen de volgende aanbevelingen worden geformuleerd:

De positieve houding van de medewerkers in de verslavingszorg rechtvaardigt een voortgang van Resultaten Scoren. Maak ook in de toekomst gebruik van de kracht van de bundeling van wetenschappelijke ontwikkeling en praktijk.

Besteed meer aandacht aan de verspreiding van nieuwe producten, met name in kleine instellingen die onvoldoende binding ervaren met de Resultaten Scoren-organisatie.

Ga na welke productontwikkeling er voor de preventie noodzakelijk is en investeer hierin.

Nieuwe producten kunnen het beste protocollen of richtlijnen zijn die nog een beperkte vertaalslag naar de eigen praktijk behoeven.



Lever nieuwe producten af met:



- een handreiking of plan voor implementatie
- een overzicht van de benodigde competenties om te werken met het product
- indicatoren voor het meten van resultaten van de nieuwe werkwijze.

Besteed aandacht aan het vergroten van kennis en vaardigheden van implementatie voor implementatoren en managers.

Investeer in het meten van resultaten van de nieuwe werkwijzen, zowel in de eigen instelling als tussen instellingen.

Onderzoek in welke mate de implementatie van Resultaten Scoren-producten geleid heeft tot een afname van het gebruik van niet wetenschappelijk evidente methodieken in de verslavingszorg.

Literatuurlijst

Beekers, F., De Zeeuw, Z., Akkaya, A., Tegelaers, J., & Van der Mey, M. (2003). *Protocol theater2daagse: uitvoering creatieve werkvorm*. Utrecht: GGZ Nederland.

Blanken, B., Kerkmeer, M., de Klerk, C., Posthuma, T. en Vos, R. (2003) *Dubbele diagnose, dubbele hulp*. Utrecht: GGZ Nederland.

Bolier, L., & Cuijpers P. (2000). *Effectieve verslavingspreventie in de wijk, op school en in het gezin*. Utrecht: GGZ Nederland.

Bolier, L., Riper, H., Poelmans, I., & De Vocht, M. (2004). *Draaiboek homeparty's in de praktijk. Homepartyproject fase 2; rapportage van de procesevaluatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bool, M. (2002) *Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders*. Utrecht: GGZ Nederland.

Broekman, T., Grijsbach, R., Kersten, T., Rutten, R. en Van der Plas, A. (2002) *Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Indicatiestellingproject*. Utrecht: GGZ Nederland.

Diepraam, A. (2003). *Intramuraal Motivatie Centrum; een handboek*. Utrecht: GGZ Nederland.

Diepraam, A. en Smeerdijk, A.M. (2003) *Kortdurende klinische crisisinterventie*. Utrecht: GGZ Nederland.

Doedens, P., Meulders, W. en Knibbe, R. (2004) *De handreiking Bemoeizorg*. Utrecht: GGZ Nederland.

Dommelen, M. van, Duijvebooden, K. van, Olthof, D., Wolf, J. (2003) *Casemanager in de sociale verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.

Geelen, K., Gottmer, P., Kolk, R., Schreurs, H. en Thijs, A. (2004) *Onbenutte mogelijkheden*. Utrecht: GGZ Nederland.

Groenewegen, N., Oerlemans, R., Pieters, R., & Plantinga, D. (2001). *Vuren op de kust; nieuwe aanknopingspunten voor verslavingspreventie*. Utrecht: GGZ Nederland.

Groenewegen, N., & Peters, M. (2003). *Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten*. Utrecht: GGZ Nederland.

Grol, R., & Wensing, M. (Red), (2001). *Implementatie: Effectieve verandering in patiëntenzorg*. Maarssen: De Tijdstroom.

Jong, C.A.J. de, Hoek, A.F.M. van, Jongerhuis, M. (redactie) (2004). *De richtlijn Detox, verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie*. Utrecht: GGZ Nederland.

Linssen, L., De Jong, W., & Wolf J. (2000). *Gebruiksruimten: een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan*. Utrecht: GGZ Nederland.

Loth, C. e.a. (2004). *Gedwongen ontslag*. Utrecht: GGZ Nederland.

Merkx, M. en Broek, B. van den. (2003) *Leefstijltraining III*. Utrecht: GGZ Nederland.

Merkx, M. en Broekhoven, T. (2003) *Leefstijltraining IV*. Utrecht: GGZ Nederland.

Mulder, E. en Schippers, G. (2004) *Resultaten Scoren scoort resultaten*. Utrecht: GGZ Nederland.

Spelt, G. van der (2003). *Zorggebonden medewerkers in de verslavingszorg*. Utrecht: GGZ Nederland.

Thuijls, M., Hees, M. van, Zeegers, M. (2003) *Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving*. Utrecht: GGZ Nederland.

Vocht, M. de, & Riper H. (2001). *Draaiboek homeparty*. Utrecht: GGZ Nederland.

Wildt, W. de. (2000). *Achilles Leefstijltraining 1. Alcohol, middelengebruik en gokken. Werkboek voor de cliënt, werkboek + handleiding voor de trainer*. Amsterdam: Jellinek; Nijmegen: Cure & Care publishers.

Wildt, W. de. (2001). *Achilles Leefstijltraining 2. Alcohol, middelengebruik en gokken. Werkboek voor de cliënt, werkboek + handleiding voor de trainer*. Amsterdam: Jellinek; Nijmegen: Cure & Care publishers.

Wildt, W. de, Schramade, M., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Intake Module: indicatiestelling & trajecttoewijzing*. Handleiding en literatuurstudie. Utrecht: GGZ Nederland.

Wildt, W., de. (2005) *Nazorg na deeltijd en klinische behandeling*. Utrecht: GGZ Nederland.

Bijlage 1 Overzicht instellingen

De volgende instellingen zijn bij aanvang van het onderzoek benaderd om deel te nemen:

Bouwman Verslavingszorg	Rotterdam
Brijder Verslavingszorg	Alkmaar
Centrum Maliebaan	Utrecht
De Grift, Gelders centrum voor verslavingszorg	Arnhem
De Jellinek	Amsterdam
Emergis	Goes
GGZ groep Noord en Midden Limburg	Venray
Stichting Mondriaan Zorggroep	Heerlen
Novadic/ Kentron	Sint Oedenrode
Parnassia Verslavingszorg	Den Haag
Stichting CAD	Zwolle
Tactus Instelling voor verslavingszorg	Deventer
Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen

Colofon

Dit onderzoeksrapport is uitgebracht binnen het project Resultaten Scoren van GGZ Nederland. Met Resultaten Scoren wil de gehele sector verslavingszorg de preventie en het zorgaanbod actualiseren en verbeteren.

Resultaten Scoren heeft een looptijd in twee fasen in de periode 1999 – 2005.

Auteurs:

drs. Eta Mulder, drs. Inge Duimel en prof. dr. Gerard Schippers

Nadere informatie:

Publicatienummer : 2005- 298

Prijs: € 15 (inclusief verzendkosten)

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

F. 030 - 289 4870

T. 030 - 287 3333

Publicatierecht en verspreidingsrecht:

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van GGZ Nederland.