

Resultaten Scoren

scoort resultaten

Resultaten Scoren
EVALUATIESTUDIE 1999 – 2003

Drs. Eta Mulder en 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. Begin 2003, het laatste jaar van het eerste traject, heeft de Stuurgroep Resultaten Scoren het initiatief genomen tot het laten onderzoeken van de effecten van al deze vernieuwingen.

We wilden weten in hoeverre alle activiteit en energie die in de vernieuwingen gestoken is, ook daadwerkelijk leidt tot andere zorg en begeleiding. Zeker met de doelstellingen van het tweede traject voor ogen, waar de implementatie en borging de belangrijkste pijlers zijn, was het belangrijk om lering te trekken uit het reeds bereikte resultaat.

De resultaten van dit onderzoek vindt u in dit rapport. Het zijn de resultaten van dertien instellingen, 77% van de verslavingszorg. De resultaten zullen herkenbaar en bruikbaar zijn voor de hele sector verslavingszorg.

Gelukkig kunnen we concluderen dat Resultaten Scoren resultaten scoort, maar ook dat we er nog lang niet zijn. Met name de implementatie en borging moet meer aandacht krijgen, zowel vanuit het landelijke project als binnen de instellingen. We zullen ons moeten inzetten voor registratie van effecten. Te allen tijde moet voorkomen worden, dat hetgeen we bereikt hebben weer langzaam verdwijnt en dat de gezamenlijke taal die we steeds meer gaan spreken over enkele jaren weer Babylonische spraakverwarringen zijn.

Laten we de komende twee jaren opnieuw optimaal gebruiken.

Assen, april 2004

Martinus Stollenga

Voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren

Directeur CAD Drenthe

Inhoudsopgave

Samenvatting

1. Inleiding

1.1	Introductie	1
1.2	Doelstelling en vraagstelling	2
1.3	Fasering van adoptie	2
1.4	Bevorderende en belemmerende factoren	3

2. Uitvoering van het onderzoek

2.1	Onderzochte producten	5
2.2	Deelnemers	6
2.3	Uitvoering	6

3. Resultaten

3.1	Leeswijzer	9
3.2	Resultaten per product	
3.2.1	‘Handboek IMC’	10
3.2.2	‘Gebruiksruimten in beeld’	15
3.2.3	‘Vuren op de kust’	19
3.2.4	‘Effectieve verslavingspreventie’	23
3.2.5	‘Draaiboek homeparty’	27
3.2.6	‘Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten’	31
3.2.7	‘Protocol theater2daagse’	34
3.2.8	‘Leefstijltraining I en II’	37
3.2.9	‘Intake Module’	44
3.3	Wat vinden de medewerkers?	50

4. Bespreking van de resultaten	
4.1 Inleiding	53
4.2 In welke fase van adoptie bevinden de producten zich?	54
4.3 Op welke wijze wordt vorm gegeven aan de implementatie?	60
4.4 Welke bevorderende en belemmerende factoren zijn van invloed op de implementatie?	65
5. Conclusies en aanbevelingen	
5.1 Conclusies	71
5.2 Aanbevelingen	73
Literatuurlijst	75
Colofon	78

Samenvatting

Het onderzoek

In de periode mei tot december 2003 is onderzoek gedaan naar de resultaten van het project 'Resultaten Scoren'. 'Resultaten Scoren' is een vijf jaar durend zorgvernieuwingproject in de verslavingszorg in Nederland. Het doel van het 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 de mogelijkheden voor verbetering van de implementatie van toekomstige producten.

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij dertien instellingen voor verslavingszorg, vier grote instellingen, zes middelgrote en drie kleine. Zij liggen verspreid in het land. De dertien instellingen vormen samen 77% van de verslavingszorg in Nederland. Voor de niet in dit onderzoek betrokken instellingen kan worden aangenomen dat de uitkomsten voldoende valide en betrouwbaar zijn zodat ze ook voor hen relevant zijn.

Het onderzoek heeft zich gericht op tien producten die tot april 2003 binnen 'Resultaten Scoren' zijn ontwikkeld en geïmplementeerd zijn in het veld, of zich in de 2^e pilotfase bevinden. De onderzochte producten verschillen van aard:

- ❖ Protocollen; zij reguleren het gedrag van de medewerkers tot op specifiek niveau: de 'Leefstijltraining I en II', het 'Draaiboek homeparty', de 'Intake Module', het 'Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten' en het 'Protocol theater2daagse';
- ❖ Richtlijnen; zij adviseren over het meest wenselijke gedrag, maar moeten door de medewerker vertaald worden naar de eigen praktijk: de handreiking 'Gebruiksruimten in beeld' en het 'Handboek Intramuraal Motivatie Centrum';
- ❖ Kennisdocumenten; meestal een literatuurstudie waarmee het gedrag op indirecte wijze wordt gestuurd: de publicaties 'Vuren op de kust' en 'Effectieve verslavingspreventie'

De dataverzameling heeft in drie fasen plaatsgevonden. Na een schriftelijke inventarisatie in de instellingen is met veertig beleidsmedewerkers en leidinggeven een telefonisch interview gehouden en zijn vervolgens ruim honderdnegentig medewerkers bevraagd door middel van een schriftelijke vragenlijst.

De resultaten

De vraag of 'Resultaten Scoren' resultaten scoort kan bevestigend beantwoord worden. Op de publicatie 'Effectieve verslavingspreventie' na, zijn alle producten bij de dertien instellingen bekend. De beperkte bekendheid van 'Effectieve verslavingspreventie' past bij het doel dat de ontwikkelaars hadden met dit product. Alle producten worden gebruikt, er is niet één product dat door geen enkele instelling wordt toegepast. De producten zijn positief ontvangen door het veld. Ze zijn een antwoord op ervaren knelpunten, worden inhoudelijk goed gewaardeerd en passen in het beleid van de instellingen en de werkstijl van de medewerkers.

Niet alle producten zijn even goed geïmplementeerd. Met name de kennisproducten staan vaak te ver van de praktijk af en vergen teveel actie vanuit de instelling om er praktisch vorm aan te geven. Het best geïmplementeerd zijn de protocollen waarbij de leefstijltrainingen het meest succesvol zijn.

De implementatie van de producten vindt onvoldoende gestructureerd plaats. Slechts vier van de tien producten ('Leefstijltraining I en II', 'Intake Module' en 'Draaiboek homeparty') zijn door de ontwikkelaars met een implementatieplan aangeboden aan het veld. Dit blijkt een belangrijke succesbepalende factor, met name als de implementatie vergezeld gaat van begeleiding en scholing door de ontwikkelaars. Voor de overige producten worden de instellingen geacht zelf een implementatieplan te maken. Dit gebeurt meestal niet op gestructureerde wijze, met als consequenties dat men niet doelgericht en systematisch te werk gaat.

Een zwak punt in alle implementaties is de evaluatie van het product. Dit is een direct gevolg van het niet stellen van doelen en van het feit dat er bijna geen gegevens rondom gebruik en effecten van de producten worden geregistreerd. Men heeft onvoldoende gegevens om te kunnen evalueren. Hierdoor worden de producten onvoldoende geborgd en gaan ze een onzekere toekomst tegemoet.

Voor alle onderzochte producten geldt dat de belangrijkste bevorderende factoren voor implementatie de kwaliteit van het product, de houding van de medewerkers en een implementatieplan zijn. Voor alle producten wordt aangegeven dat de inhoudelijke kwaliteit goed is, aansluit bij het afdelingsbeleid en de normen en waarden van de medewerkers. Hierdoor is het draagvlak voor de vernieuwing groot. Het is belangrijk dat de gebruikers een product aan kunnen passen aan de eigen situatie, echter zonder de kern

en de evidentie van het product aan te tasten. Dit verhoogt de kwaliteit van het product in de specifieke situatie en het draagvlak voor de vernieuwing onder de gebruikers.

Medewerkers hebben een drang tot professionaliseren. Men staat positief tegenover meer geprotocolleerd werken en vindt het niet moeilijk om oude routines op te geven. Tot nu toe vinden medewerkers niet dat er teveel veranderingen tegelijkertijd worden doorgevoerd.

Leidinggevend vinden echter wel dat er soms te veel op hun teams af komt.

De grootste kans op succes hebben producten die met een implementatieplan, inclusief scholing en begeleiding door de ontwikkelaars, worden aangeboden aan het veld. De externe 'druk' die deze wijze van implementeren met zich meebrengt, lijkt veel invloed te hebben.

De belangrijkste belemmerende factoren voor implementatie liggen in de sociale omgeving en het systeem. Deze factoren zijn instellingsafhankelijk. Een instabiele situatie in de aansturing of de samenstelling van een team werkt belemmerend voor het invoeren van een vernieuwing. Ook wijzigingen in een team en de leiding brengen het reeds bereikte implementatieresultaat in gevaar. Een instabiele organisatie door bijvoorbeeld een reorganisatie of fusie creëert een ongunstig klimaat voor het implementeren van vernieuwingen.

Ook de omvang van een instelling is van invloed op de implementatie. De implementatie van behandelproducten gaat in kleine instellingen sneller dan in (middel)grote instellingen, relatief meer instellingen zitten in de behoudfase. De implementatie van preventieproducten gaat in kleine instellingen moeizamer dan in (middel)grote.

Vanuit deze resultaten wordt de projectorganisatie geadviseerd om de reeds ontwikkelde kennisproducten verder te ontwikkelen tot richtlijnen en protocollen. Gezien de moeite van kleine instellingen om kennisproducten op het gebied van preventie te implementeren vragen deze meer aandacht. Indien er nieuwe producten ontwikkeld worden, hebben deze een grotere succeskans als het 'halfproducten' zijn, die instellingen zelf moeten aanpassen aan hun eigen situatie.

Zowel vanuit het project als binnen de instellingen moet het implementatieproces beter gestructureerd worden. Hierbij dient nadrukkelijk aandacht gegeven te worden aan evaluatie van de producten. Het opzetten van een, liefst sectorbreed, registratiesysteem met gegevens over gebruik, effect en waardering is hiervoor belangrijk.

1. Inleiding

1.1 Introductie

Door middel van dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek dat in de periode mei tot november 2003 heeft plaatsgevonden naar de resultaten van het project ‘Resultaten Scoren’ bij dertien instellingen voor verslavingszorg in Nederland. In het rapport zijn de resultaten van de instellingen geaggregeerd en anoniem verwerkt. Iedere deelnemende instelling ontvangt een separate bijlage met de eigen resultaten.

‘Resultaten Scoren’ is een vijf jaar durend zorgvernieuwingsproject in de verslavingszorg in Nederland. De doelstelling van het project is om in deze vijf jaren 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.

Het onderzoek naar de resultaten van ‘Resultaten Scoren’ vindt plaats in het laatste projectjaar van fase 1(2003). De ontwikkelcentra hebben inmiddels een flink aantal producten afgerond aangeboden aan het veld. De projectorganisatie besteedt aandacht aan de implementatie van de producten door middel van verspreiding, scholing, training, intervisie en de leernetwerken.

Het is echter onduidelijk in hoeverre de activiteiten van ‘Resultaten Scoren’ leiden tot werkelijke veranderingen in de werkwijzen van de medewerkers in de verslavingszorg. Er is geen inzicht in de mate waarin de medewerkers de ontwikkelde producten kennen en toepassen. Daarmee ontbreekt het aan handvatten om de implementatie van producten in de toekomst waar nodig te verbeteren. Dit onderzoek geeft inzicht in de mate van het gebruik van de producten van ‘Resultaten Scoren’ in de verslavingszorg en doet handreikingen voor mogelijke verbetering in de toekomst.

In dezelfde periode als waarin dit onderzoek plaatsvindt, wordt nog een onderzoek uitgevoerd naar implementatie van producten van Resultaten Scoren. Mw. A. van Dijk doet diepgaand onderzoek naar de implementatie van de Leefstijltrainingen in vier instellingen. Beide onderzoeken vullen elkaar aan en om de gezamenlijke aarde van de onderzoeken voor de verslavingszorg te vergroten, wordt voor een deel van de meting gebruik gemaakt van hetzelfde instrument.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Doel

Het doel van het onderzoek is om, door het bepalen van de fase van adoptie van de aan het veld aangeboden producten van 'Resultaten Scoren' in de verslavingszorg en de daarbij bevorderende en belemmerende factoren, inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor verbetering van de implementatie van toekomstige producten.

Vraagstelling

In welke fase van adoptie bevinden de aan het veld aangeboden producten van 'Resultaten Scoren' zich en welke factoren bevorderen dan wel belemmeren de implementatie?

Onderzoeksvragen

1. In welke fase van adoptie bevinden de aan het veld aangeboden producten van 'Resultaten Scoren' zich?
2. Op welke wijze hebben de betrokken instellingen de implementatie van de producten van 'Resultaten Scoren' intern vormgegeven?
3. Welke belemmerende en bevorderende factoren geven de managers of beleidsmakers en medewerkers aan, die van invloed zijn op de implementatie van de producten van 'Resultaten Scoren'?

1.3 Fasering van adoptie

Voor het vaststellen van mate van adoptie van de producten is 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 de implementatie succesvol te laten verlopen is het noodzakelijk om voorafgaand aan het daadwerkelijk invoeren van de vernieuwing zicht te hebben op deze factoren en strategieën te ontwikkelen om de 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) hulpverleners, 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. Een overzicht van alle producten die 'Resultaten Scoren' tot op heden heeft opgeleverd is te vinden in het verslag van het project over de periode 1999 – 2003 (Van Es, 2004).

In het onderzoek zijn die producten uit 'Resultaten Scoren' opgenomen die tot april 2003 aangeboden zijn aan het veld. Ook een aantal producten dat zich nog in het ontwikkelproces bevond (in de zogenaamde 2^e pilot, waarin het product in meerdere instellingen anders dan de ontwikkelende instelling(en) gebruikt wordt), is meegenomen. Ten aanzien van kennisdocumenten zijn geen literatuurstudies opgenomen die binnen het ontwikkelcentrum nader uitgewerkt worden of die onderdeel zijn van een handboek of protocol. Deze studies worden niet gezien als autonome producten. De opgenomen producten staan vermeld in het onderstaande overzicht.

Product	Kennisdocument, richtlijn of protocol	Ontwikkeld door
Handboek Intramurale motivatie centra (IMC)	richtlijn	OCSVB*
Gebruiksruimten in beeld, een handreiking voor organisatie en inrichting	richtlijn	OCSVB
Vuren op de kust, nieuwe aanknopingspunten voor verslavingspreventie	kennisdocument	OCPREV**
Effectieve verslavingspreventie, in de wijk, op school en in het gezin.	kennisdocument	OCPREV
Draaiboek homeparty	protocol	OCPREV
Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten	protocol	OCPREV
Protocol theater2daagse	protocol	OCPREV
Leefstijltraining I	protocol	OCK***
Leefstijltraining II	protocol	OCK
Intake Module	protocol	OCK

* OCSVB Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid

** OCPREV Ontwikkelcentrum Preventie en Innovatie

*** OCK Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van zorg

2.2 Deelnemers

De directies van de vijftien grootste lidinstellingen verslavingszorg van GGZ Nederland zijn per brief gevraagd om toestemming te verlenen voor deelname van hun instelling aan het onderzoek en om in hun organisatie een contactpersoon aan te wijzen voor het onderzoek. Van de vijftien aangeschreven instellingen hebben er dertien in het onderzoek geparticipeerd, vier grote instellingen (± 600 medewerkers), zes middelgrote instellingen (± 300 medewerkers) en drie kleine instellingen (< 300 medewerkers). Eén instelling heeft aangegeven niet deel te willen nemen en één instelling heeft na een aanvankelijk positieve reactie op het verzoek tot deelname tijdens onderzoeksfase 1 niet gerespondeerd. De instellingen liggen verspreid in het land.

De dertien onderzochte instellingen vertegenwoordigen 77% van de verslavingszorg (alleen leden van GGZ Nederland). Er werken 3854 van de totaal 5000 zorggebonden medewerkers (Van der Spelt, 2003). Hiermee is de implementatie van de producten van Resultaten Scoren in het grootste deel van de verslavingszorg in kaart gebracht. De overige 23% van de verslavingszorg wordt geleverd door zestien meest kleine instellingen. De resultaten van dit onderzoek zullen voor hen waarschijnlijk herkenbaar zijn en bruikbaar zijn voor analyse van hun eigen situatie.

2.3 Uitvoering

Nadat de directies van de instellingen akkoord zijn gegaan met hun participatie in het onderzoek en een contactpersoon voor het onderzoek hebben aangewezen, zijn de gegevens in drie fasen verzameld.

Onderzoeksfase 1

Door middel van een schriftelijke vragenlijst aan de contactpersonen is per product geïnventariseerd of het bekend is in de instelling, of men er mee werkt, wie er mee werkt, in welke mate dit gebeurt en of er speciale implementatieactiviteiten zijn ondernomen. Er zijn dertien ingevulde vragenlijsten geretourneerd.

Onderzoeksfase 2

In deze fase zijn interviews gehouden met de contactpersoon of leidinggevende over de implementatie van de producten, die gebruikt worden in de instelling. De contactpersonen bleken in veel instellingen niet over voldoende specifieke informatie te beschikken om de interviewvragen te kunnen beantwoorden. Zij hebben voor het interview doorverwezen

naar leidinggevend en of beleidsmedewerkers van de betreffende afdelingen. In totaal zijn er 40 interviews gehouden.

In de interviews is ingegaan op de adoptiefase, implementatieactiviteiten en factoren die hierop van invloed zijn. Voorafgaand aan het interview hebben de kandidaten de vragen en onderwerpen die aan de orde kwamen, op schrift, toegestuurd gekregen. De interviews zijn telefonisch afgenomen en opgenomen op band. Na woordelijk te zijn uitgetypt, is deze tekst gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Dit resultaat is voorgelegd aan de geïnterviewden, zodat zij er op konden reageren. Drie respondenten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Zij brachten nuanceringen aan op de schriftelijke weergave van het interview.

Onderzoeksfase 3

In deze fase hebben medewerkers uit de teams die de producten geïmplementeerd hebben, een schriftelijke vragenlijst ingevuld. Deze schriftelijke vragenlijst is dezelfde als die mw. A. van Dijk gebruikt heeft in haar implementatiestudie naar producten van Resultaten Scoren.

Het was de bedoeling om per product een gestratificeerde steekproef te nemen, waarbij iedere derde medewerker uit het team een vragenlijst toegestuurd zou krijgen. Hiermee zou bereikt worden dat de omvang van de instellingen evenredig zou meetellen in de totaalresultaten. Dit is om verschillende redenen niet gelukt:

- a) Verschillende producten zijn niet in hun ‘pure’ versie bij medewerkers terechtgekomen, maar zijn door de leidinggevende of beleidsmedewerker verwerkt in voorstellen en dergelijke. De medewerkers kenden het product dan niet.
- b) Een aantal producten is slechts door een klein deel van het team gebruikt (bijvoorbeeld het ‘Draaiboek homeparty’).
- c) Als er wel besloten was om het product te implementeren en daar op het niveau van de leidinggevende voorbereidingen voor getroffen werden waar de medewerkers nog niet bij betrokken waren, dan was het niet zinvol om medewerkers een vragenlijst te sturen.

De onderstaande tabel biedt een overzicht van de respons van de vragenlijsten die aan medewerkers verstuurd zijn. De totale respons is 73%.

Tabel 2.1 responsoverzicht schriftelijke vragenlijst fase 3

product	aantal instellingen waar over het product een interview gehouden is	aantal verstuurde vragenlijsten en instellingen	aantal geretourneerde vragenlijsten	responspercentage
Handboek IMC	8	27 in 6 instell.	19 uit 6 instell.	70%
Gebruiksruimten in beeld	7	8 in 2 instell.	7 uit 2 instell.	88%
Vuren op de kust	11	25 in 10 instell.	15 uit 9 instell.	60%
Effectieve verslavingspreventie	10	15 in 7 instell.	13 uit 7 instell.	87%
Draaiboek homeparty	7	15 in 6 instell.	13 uit 6 instell.	87%
Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten	6	7 in 5 instell.	7 uit 5 instell.	100%
Protocol theater2daagse	6	5 in 4 instell.	4 uit 3 instell.	80%
Leefstijltraining I	13	74 in 13 instell.	58 uit 13 instell.	78%
Leefstijltraining II	13	63 in 12 instell.	44 uit 10 instell.	70%
Intake Module	10	28 in 7 instell.	16 uit 5 instell.	57%
RESPONS TOTAAL		267	196	73%

3. Resultaten

3.1 Leeswijzer

In de volgende paragraaf wordt het gebruik van alle producten (per product) weergegeven door middel van een cirkeldiagram. Dit geeft aan welk deel van de dertien instellingen het product gebruikt, van plan is dit te gaan doen of juist niet gebruikt. In de diagram zijn de keuzen van de instellingen weergegeven met de volgende termen:

- ❖ ‘implementatie’, hierbij past de adoptiefasen *acceptatie*, *verandering* en *behoud*;
- ❖ ‘nog geen besluit’, hierbij past de adoptiefasen *oriëntatie* en *inzicht*;
- ❖ ‘niet relevant’, hierbij past de adoptiefase *oriëntatie*;
- ❖ ‘niet implementeren’, hierbij past de adoptiefase *inzicht*;
- ❖ ‘onbekend’, hier past geen adoptiefase bij.

Indien een instelling besluit om een product niet te implementeren, omdat het bijvoorbeeld niet relevant is of niet passend in het beleid, is er wel een bepaalde mate van adoptie met betrekking tot het product in de instelling. Minimaal kent men het product om de relevantie te kunnen beoordelen (*oriëntatiefase*). Om te kunnen besluiten of een product niet in het beleid past, is kennis nodig van de inhoud van het product (*inzicht*). Een instelling, die besluit om een product wel te implementeren, neemt dit 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 eigen werkwijze.

De adoptiefasen die de instellingen hebben bereikt staan weergegeven in een staafdiagram. Iedere staaf vertegenwoordigt het percentage instellingen dat in die betreffende adoptiefase zit voor het betreffende product. Gezien de voorgaande uitleg zal het duidelijk zijn dat hier ook instellingen bij staan, die het product niet gaan toepassen. De mate van adoptie is in een tweede staafdiagram uitgesplitst naar omvang van de instellingen. Hierbij is een onderscheid gemaakt in grote, middelgrote en kleine instellingen (zie paragraaf 2.2).

De in de interviews genoemde factoren die de implementatie bevorderen en/of belemmeren, zijn opgenomen in een aparte tabel. Het is een beschrijvende weergave. De genoemde factoren zijn niet gewogen of anderszins geselecteerd voordat ze opgenomen zijn in de tabel.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waarin de resultaten van enkele vragen uit de medewerkervragenlijst voor alle producten en instellingen zijn samengevoegd.

3.2 Resultaten per product

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de resultaten van de volgende producten beschreven:

1. 'Handboek IMC';
2. 'Gebruiksruimten in beeld';
3. 'Vuren op de kust';
4. 'Effectieve verslavingspreventie';
5. 'Draaiboek homeparty';
6. 'Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten';
7. 'Protocol theater2daagse';
8. 'Leefstijltraining I en II';
9. 'Intake Module';

3.2.1 Handboek 'Intramuraal motivatiecentrum'

Inleiding

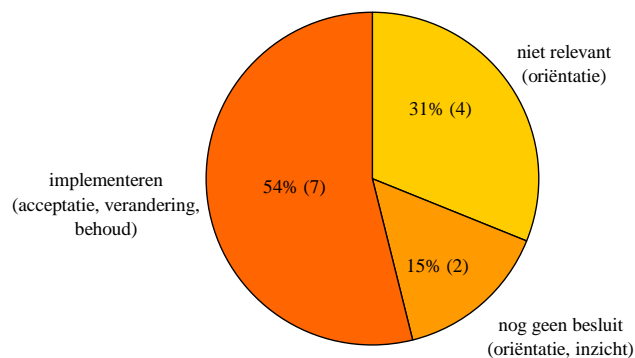
Het 'Handboek Intramuraal Motivatiecentrum' (Diepraam, 2003) is een van de jongste producten van het Ontwikkelcentrum Sociale Verslavingsbeleid. Het is geschreven door een aantal IMC's, met als doel om de huidige, geldende, succesvolle werkwijzen te bundelen en aan anderen ter beschikking te stellen. Het handboek geeft een overzicht van de karakteristieken van het IMC, de inhoudelijke visie op het IMC, 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 is bekend gemaakt dat de publicatie er is en hoe deze besteld kan worden.

Gebruik

Het handboek is een jong product, het is sinds korte tijd beschikbaar voor het veld. Het is positief ontvangen. Dit wordt duidelijk aan het hoge percentage instellingen die de keuze om het te (gaan) implementeren al gemaakt heeft. Niet alle instellingen zullen het implementeren, voor een deel van hen is het niet relevant omdat zij geen IMC hebben. Dit zijn vooral de kleinere instellingen uit het onderzoek. In de onderstaande figuur is het gebruik van het handboek weergegeven voor de dertien instellingen gezamenlijk. Bij

uitsplitsing naar omvang van de instelling ontstaat een gedifferentieerder beeld. Alle middelgrote instellingen voor wie het handboek relevant is, hebben reeds het besluit tot implementeren genomen, bij de grote instellingen moet bijna 40% nog over de implementatie besluiten.



Figuur 3.1 Overzicht gebruik 'Handboek IMC'

Het handboek wordt niet overal in zijn geheel gebruikt. De meeste instellingen gebruiken er delen uit, passend binnen hun beleid en cultuur. Het handboek biedt handvatten om meer geprotocolleerd te gaan werken en wordt gebruikt om eigen protocollen mede inhoud te geven.

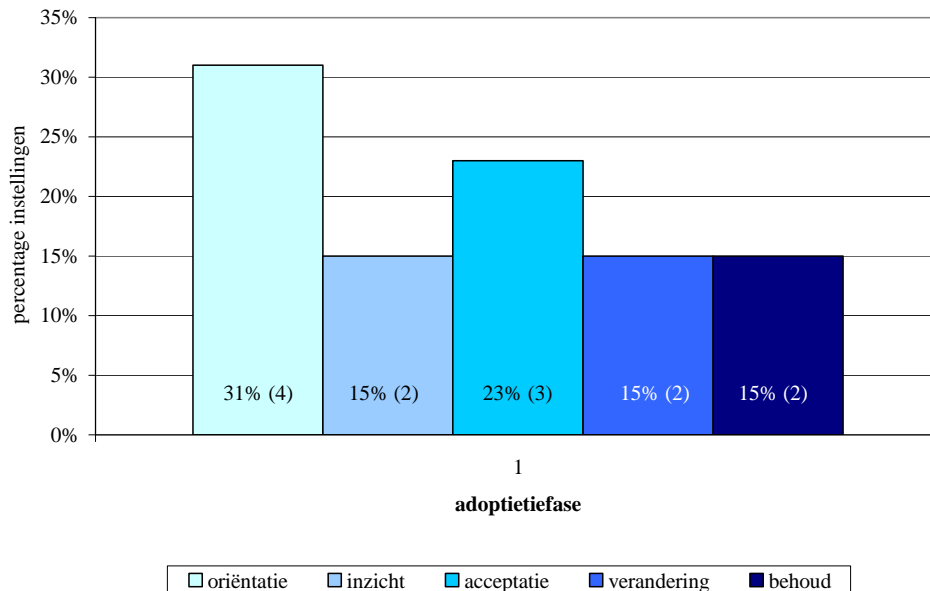
De geïnterviewden is gevraagd om de mate van gebruik van het handboek binnen hun instelling te kwantificeren (het percentage van de caseload van cliënten dat met behulp van het handboek wordt begeleid, het aantal uren dat medewerkers het handboek gebruiken). Dit bleek erg lastig. Dit soort gegevens wordt niet geregistreerd, de geïnterviewden kunnen het hoogstens schatten. Deze schatting was echter te onbetrouwbaar en onvolledig, om op te nemen in de resultaten.

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Als belangrijkste implementatieactiviteit is het handboek door de leidinggevende onder de medewerkers verspreid en is er binnen het team over de inhoud gediscussieerd. Naar aanleiding van de discussie is vastgesteld welke delen van het handboek te gebruiken zijn. Het team speelt hierin een belangrijke rol.

De geselecteerde onderdelen van het handboek worden, indien nodig, aangepast aan de specifieke situatie van het team en vervolgens gaat men werken volgens de nieuwe wijze.

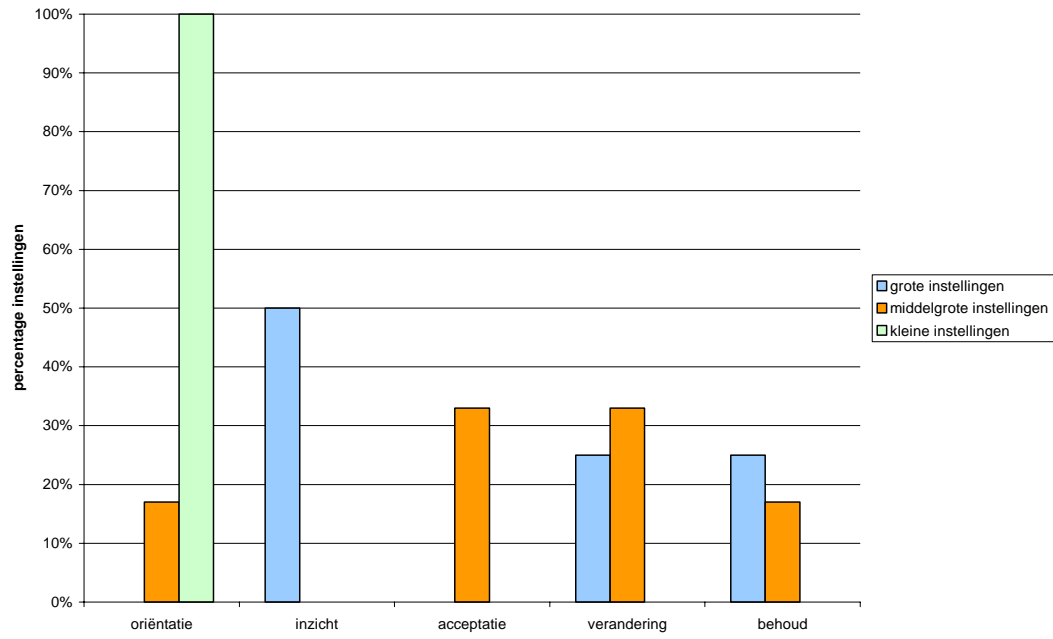
Gezien de korte tijd dat het handboek beschikbaar is, zijn deze activiteiten in veel instellingen nog niet uitgevoerd. Er zijn wel concrete plannen voor de bespreking in het team. De fasering van de adoptie van het handboek in de onderzoeksgroep is weergegeven in de onderstaande figuur.



Figuur 3.2 Overzicht adoptie 'Handboek IMC'

In de onderzoeksgroep zitten twee instellingen die mede inhoud hebben gegeven aan het handboek. Zij vinden in het handboek een weergave van hun huidige werkwijze en hoeven het dus niet verder te implementeren. Als implementatiefase geven zij 'behoud' aan. De instellingen die de adoptiefase 'oriëntatie' aangeven zijn de instellingen uit de onderzoeksgroep die geen IMC hebben en voor wie het handboek dus niet relevant is. Het handboek heeft, door de in de korte tijd bereikte adoptiegraad, de potentie om uit te groeien tot een breed geïmplementeerd product.

Uitsplitsing van de resultaten naar omvang van de instellingen laat zien dat, ondanks de korte tijd dat het handboek beschikbaar is, de helft van de grote en middelgrote instellingen al minimaal de veranderfase heeft bereikt (zie figuur 3.3).



Figuur3.3 Adoptiefasen 'Handboek IMC' naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.1 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Handboek IMC'

	Vanuit de interviews (n=8)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n=19, respons 70%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kwaliteit ▪ sluit aan bij beleid IMC's ▪ geen grote verandering t.o.v. bestaande werkwijze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bevat te weinig nieuwe informatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ handige lay-out ▪ goede inhoud ▪ passend in praktijk en werkstijl 	<ul style="list-style-type: none"> ▪
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ enthousiast over de inhoud ▪ positief over de ruimte die er is om inhoud aan te passen aan de eigen situatie 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ helder en begrijpelijk ▪ voldoende kennis en capaciteit voor gebruik ▪ voldoende betrokken bij verandering 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ te weinig tijd om informatie uit handboek eigen te maken
factoren in team, leiding en cliënten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ onstabiel team ▪ wisselende leidinggeevenden 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ gebruik handboek door collega's niet gestimuleerd ▪ leidinggevende zien niet toe op gebruik handboek in de praktijk
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ reorganisatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisatie steunt en faciliteert gebruik handboek voldoende 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ teveel veranderingen in te korte tijd

Samenvatting

Het 'Handboek IMC' is positief ontvangen is door het veld. Men vindt het inhoudelijk goed en kan de kennis uit het handboek toepassen in de eigen situatie. Het past goed bij de ontwikkelingsfase en het beleid van de IMC's in het land. Medewerkers en leidinggevende geven hetzelfde beeld van factoren die de implementatie bevorderen dan wel belemmeren. Gezien het grote percentage instellingen dat nu reeds actief bezig is met de implementatie van het handboek (de metingen in dit onderzoek zijn zes tot zeven maanden na de publicatie verricht) is het een product dat de potentie heeft om breed geïmplementeerd te worden in het veld.

3.2.2 'Gebruiksruimten in beeld, handreiking bij organisatie en inrichting'

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 wordt van de voorziening en de effecten van gebruiksruimten in Nederland. Het is een product van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid in samenwerking met het Landelijk Steunpunt Druggebruikers 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 het verschijnen onder andere in de Resultaten Scoren-nieuwsbrief, op het ggz-kennisnet en in het tijdschrift 'Psy'. Het boekje is zonder nader implementatieplan aangeboden aan het veld.

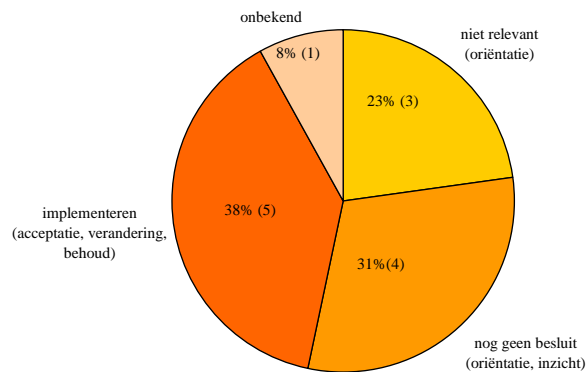
Gebruik

De handreiking is alleen relevant voor instellingen die een gebruiksruimte in hun zorgaanbod hebben.

De handreiking is breed bekend in het land en wordt met name door managers en beleidsmedewerkers gebruikt bij het opzetten of reorganiseren van een gebruiksruimte. De wijze van gebruik verschilt sterk. Er zijn instellingen waar het boekje stap voor stap gevolgd wordt en het 'stukgelezen' is en er zijn instellingen waar onderdelen worden toegepast of het is ter inzage neergelegd. Door instellingen die de handreiking niet of beperkt gebruiken, wordt vaak aangegeven dat zij nog niet besloten hebben of ze verdere implementatie van de

handreiking nastreven. De handreiking wordt het meest intensief gebruikt door instellingen die bezig zijn met het opzetten of reorganiseren van een gebruikruimte.

Het kwantificeren van het gebruik is niet mogelijk omdat er geen registratie plaatsvindt van de tijdsbesteding van de medewerkers. In figuur 3.4 is het gebruik van de handreiking weergegeven. Uitsplitsing van de resultaten naar omvang van de instellingen laat zien dat slechts een derde deel van de middelgrote, en de helft van de grote instellingen de handreiking implementeren.

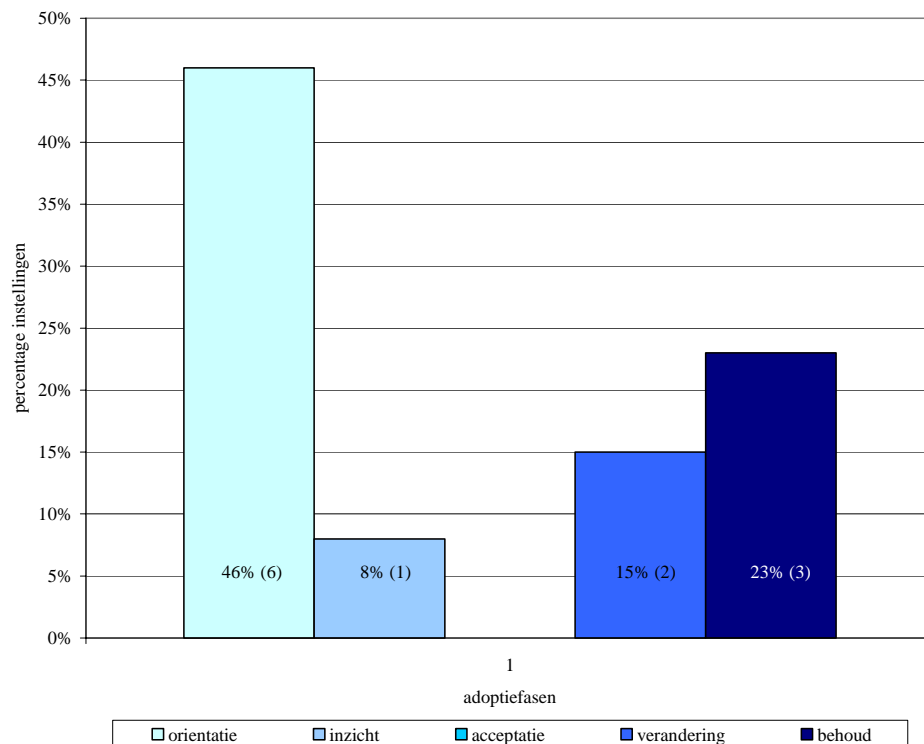


Figuur 3.4 Overzicht gebruik 'Gebruiksruimten in beeld'

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

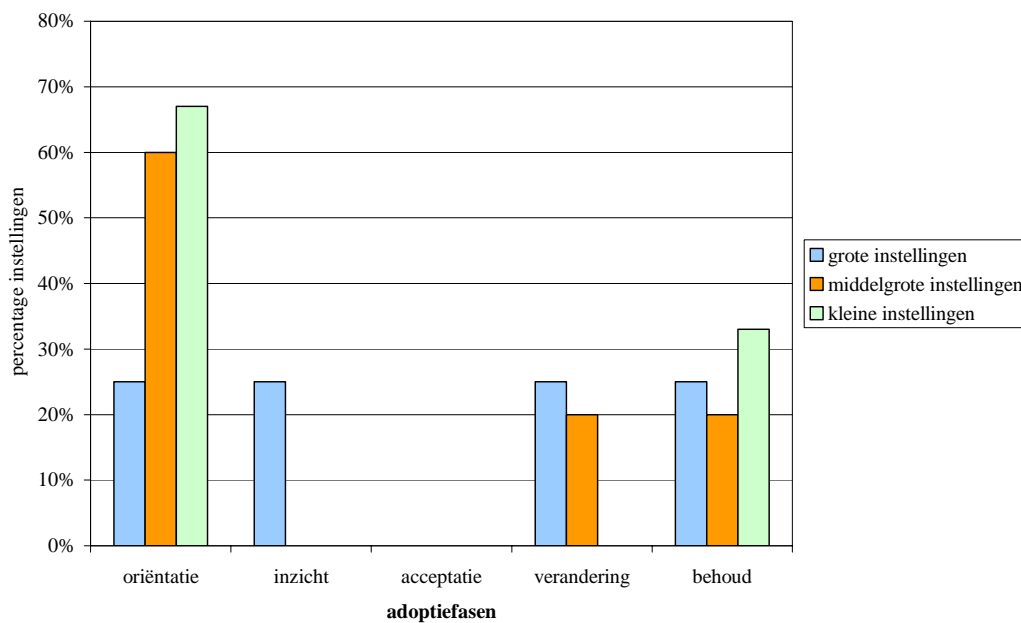
Doordat voornamelijk managers en beleidsmedewerkers de handreiking gebruiken zijn de implementatieactiviteiten naar medewerkers toe beperkt. Alleen de leidinggevendenden van de instellingen die nauw betrokken waren bij de totstandkoming van de publicatie hebben de handreiking onder hun medewerkers verspreid, maar zij hebben vervolgens geen verdere implementatieactiviteiten ondernomen, omdat de inhoud een weerslag van hun eigen werkwijze is.

De instellingen die de handreiking concreet willen implementeren zijn hier al mee aan de slag gegaan. Zij bevinden zich in de adoptiefasen 'verandering' en 'behoud'. De instellingen voor wie de handreiking niet relevant is, kennen het wel en zitten in de *oriëntatiefase*. De instellingen die besloten hebben geen verandering door te voeren op basis van de handreiking of hier nog geen besluit over genomen hebben bevinden zich in de *inzichtfase*. Figuur 3.5 biedt een overzicht van de verschillende adoptiefasen voor de verslavingszorg. Hierin valt op dat geen enkele instelling zich in de adoptiefase *acceptatie* bevindt. Dit beeld past bij een product dat al langer beschikbaar is en de instellingen die het willen gebruiken heeft bereikt. De grote groep instellingen die in de *oriëntatiefase* zitten bevat tevens de instellingen voor wie de handreiking niet relevant is.



Figuur 3.5 Overzicht adoptie 'Gebruiksruimten in beeld'

Uitsplitsing van de adoptiefasen naar omvang van de instellingen laat nogmaals zien dat de handreiking voor de kleinere instelling meestal niet relevant is en dat de implementatie in grote en middelgrote instelling slecht matig gevorderd is, zeker gezien de lange periode dat de handreiking reeds beschikbaar is (zie figuur 3.6).



Figuur 3.6 Adoptiefasen 'Gebruiksruimten in beeld', naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.2 *Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Gebruiksruimten in beeld'*

	Vanuit de interviews (n=7)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n=7, respons 88%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ helder ▪ goed toepasbaar in de praktijk 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud is onvoldoende concreet en voor een te diffuse doelgroep geschreven. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoudelijk goed ▪ goede lay-out ▪ relevante verandering ▪ passend in eigen normen en waarden 	
factoren in de individuele hulpvertener		<ul style="list-style-type: none"> ▪ grote verandering, vergt cultuuromslag en ontmoet daardoor veel weerstand 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud begrijpelijk en helder ▪ voldoende eigen kennis voor toepassing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ onvoldoende betrokken bij verandering
factoren in team, leiding en cliënten				
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ontbreken van financiering door gemeentelijke overheid ▪ strijdige belangen binnen de gemeentelijke overheid 		

De afwezigheid van implementatieactiviteiten naar medewerkers toe leidde er toe dat slechts bij drie instellingen medewerkers een vragenlijst over dit product toegestuurd hebben gekregen.

Samenvatting

De handreiking 'Gebruiksruimten in beeld' wordt niet breed toegepast in het veld. Het product is niet voor alle instellingen relevant. Binnen de instellingen die het implementeren, zijn het met name leidinggevend en beleidsmedewerkers die de handreiking gebruiken, medewerkers bijna niet.

Het product is al langere tijd beschikbaar en zal naar verwachting geen groter implementatiebereik krijgen dan nu.. Dit is terug te zien in het feit dat er geen instellingen zijn die zich in de *acceptatiefase* bevinden. De instellingen die de handreiking gebruiken zijn positief over de inhoud, het is goed toepasbaar binnen de eigen situatie. Instellingen ontmoeten zowel intern als vanuit de omgeving belemmerende krachten om een gebruiksruimte daadwerkelijk op te zetten en daarmee ook om de handreiking te implementeren.

3.2.3 'Vuren op de kust, nieuwe aanknopingspunten voor verslavingspreventie'

Inleiding

'Vuren op de kust' is een publicatie van het Ontwikkelcentrum Preventie en Innovatie (Groenewegen, Oerlemans, Pieters, & Plantinga, 2001).

In één publicatie geven veertien mensen uit aangrenzende vakgebieden zoals communicatie, marketing en gezondheidsvoorlichtingen 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 de publicatie in. Het is een uitgesproken kennisproduct.

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

Gebruik

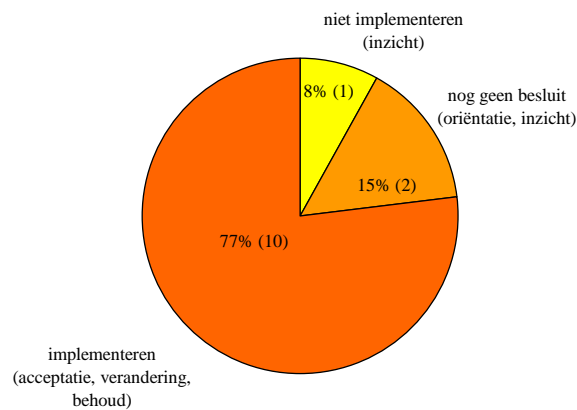
Ruim driekwart van de betrokken instellingen implementeert onderdelen uit 'Vuren op de kust' (figuur 3.7). Aspecten van de publicatie waar men zich het beste in kan vinden of die het beste passen bij het instellingsbeleid worden ingebouwd in afdelings-, werk- of

beleidsplannen. Onderdelen van de publicatie worden met name gebruikt bij de acquisitie voor nieuwe producten en public relations.

De kennis in de publicatie blijkt niet gemakkelijk toepasbaar te zijn. De instellingen die de kennis willen toepassen moeten deze zelf vertalen naar de praktijk.

Het kwantificeren van het gebruik van een kennisdocument als ‘Vuren op de kust’ is niet mogelijk. Dit komt enerzijds doordat het een kennisproduct is en anderzijds doordat dit soort gegevens niet geregistreerd worden.

Een grote instelling is die besloten heeft ‘Vuren op de kust’ niet te implementeren. In het interview gaf de leidinggevende van deze instelling aan dat de kennis in de publicatie voor hen niet nieuw is en implementatie geen toegevoegde waarde heeft.



Figuur 3.7 Overzicht gebruik ‘Vuren op de kust’

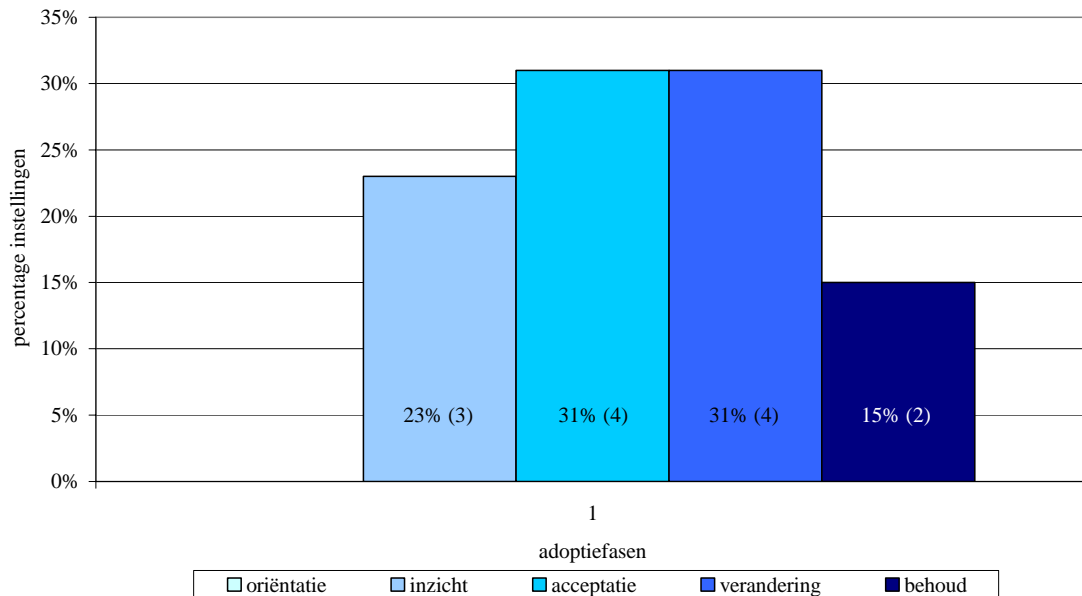
Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De implementatie bestaat voornamelijk uit het verspreiden van de publicatie onder de medewerkers en het bespreken hiervan in het teamoverleg. Eén van de ondervraagde instellingen heeft een nieuwe medewerker aangenomen die belast is met implementatie van de (marketing en communicatie-)kennis en de activiteiten die hieruit voortkomen. Bij de andere instellingen is de implementatie de taak van de leidinggevende en/of de programmacoördinator.

De implementatieactiviteit die vanuit het ontwikkelcentrum is georganiseerd in de vorm van een masterclass marketing wordt door de respondenten negatief beoordeeld en heeft er zelfs toe geleid dat twee instellingen uit de onderzoeksgroep niet verder gaan met de implementatie van ‘Vuren op de kust’.

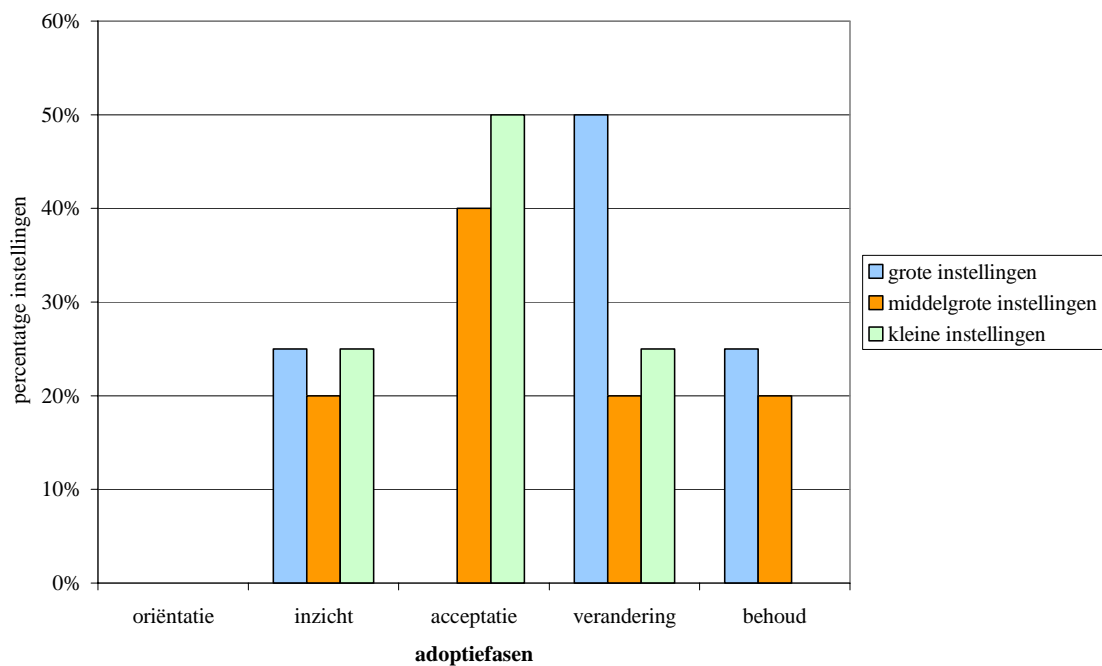
De nieuwe kennis uit ‘Vuren op de kust’ wordt met name gebruikt door medewerkers die zich bezig houden met public relations en wordt toegepast bij de ontwikkeling van nieuwe producten. De meeste instellingen zitten in de adoptiefase ‘*verandering*’ en ‘*acceptatie*’

(figuur 3.8). Teams zijn bezig de nieuwe kennis in de praktijk te brengen of zijn op zoek naar een wijze waarin dit vorm kan krijgen. De respondenten geven aan dat zij het moeilijk vinden om te spreken van *behoud* bij een kennisproduct als ‘Vuren op de kust’. De kennis moet bij de medewerkers ‘tussen de oren’ zitten en gebruikt worden bij alle nieuwe producten die de afdeling ontwikkelt en het is moeilijk vast te stellen wanneer dit automatisch gebeurt.



Figuur 3.8 Overzicht adoptie ‘Vuren op de kust’

Specificatie van de adoptiefasen naar omvang van de instellingen laat zien op dat het vooral de grote instellingen zijn die de *verander-* of *behoud*fase bereikt hebben (zie figuur 3.9).



Figuur 3.9 Adoptiefasen ‘Vuren op de kust’, naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.3 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Vuren op de kust'

	Vanuit de interviews (n= 11)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n= 15, respons 60%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud is helder ▪ gedachtegoed past in het afdelingsbeleid, dient aangepast worden aan de eigen situatie ▪ aantrekkelijke vernieuwing die past in de actualiteit waar preventieafdelingen zich mee bezig houden, het juiste product op het juiste moment ▪ past binnen visie en ontwikkeling van de preventieafdelingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kloof ervaren tussen de theorie uit 'Vuren op de kust' en de praktijk de doelen die in 'Vuren op de kust' staan, worden niet als haalbaar en realistisch geacht ▪ is geen uitgewerkt product, meer een aanzet tot anders denken. De publicatie zou omgezet moeten worden naar een concreet handboek ▪ moet steeds opnieuw onder de aandacht gebracht worden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud is goed ▪ goede lay-out ▪ sluit aan bij normen en waarden van goede preventie ▪ passend bij praktijk en werkstijl 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud staat ver van de praktijk af
factoren in de individuele hulpvertener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ het gedachtegoed uit 'Vuren op de kust' sluit aan bij eigen taakopvatting ▪ de vernieuwing die door het gedachtegoed uit 'Vuren op de kust' ingevoerd kan worden voedt de professionaliseringsdrang van de medewerkers 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ helder en begrijpelijk ▪ zelf voldoende kennis voor gebruik informatie uit 'Vuren op de kust' ▪ goed in staat kennis toe te passen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ onvoldoende tijd om kennis uit 'Vuren op de kust' eigen te maken
factoren in team, leiding en cliënten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ leidinggevende die langdurig afwezig is. ▪ verloop en vacatures onder het personeel ▪ gedachtegoed sluit niet aan bij ontwikkelingsfase van het (nieuwe en in ontwikkeling zijnde) team 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ positieve houding tegenover gebruik kennis uit 'Vuren op de kust' van collega's en leidinggevenden 	
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ onvoldoende faciliteiten vanuit de organisatie om tijd te maken voor implementatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voldoende faciliteiten vanuit de instelling om de kennis uit 'Vuren op de kust' in de praktijk te brengen 	

Samenvatting

Het algemene beeld van ‘Vuren op de kust’ is positief. Inhoudelijk vindt men de publicatie goed: zij bevat informatie waar behoefte aan is. Er is echter ook veel behoefte aan concretisering van deze kennis in richtlijnen of protocollen. In de huidige vorm staat de inhoud te ver van de praktijk af. Door de aard van het product is het lastig om vast te stellen in hoeverre het geïmplementeerd is. Dit blijkt ook uit de fasering, waarin *acceptatie* en *verandering* het meeste voorkomen. Gezien de lange tijd die het product al beschikbaar is, zouden - bij goede implementeerbaarheid- veel meer instellingen de fase van *behoud* bereikt moeten hebben.

3.2.4 ‘Effectieve verslavingspreventie, in de wijk, op school en in het gezin’

Inleiding

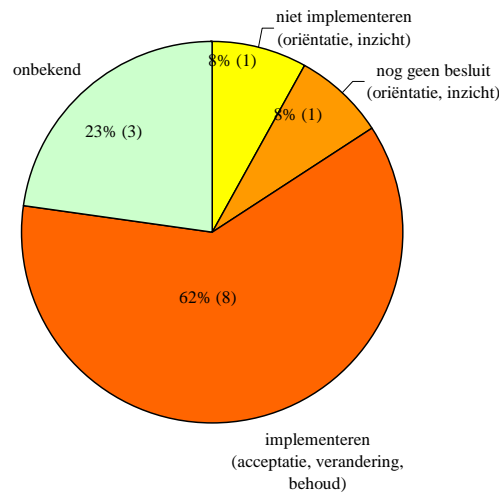
Deze publicatie (Bolier & Cuijpers, 2000) is bedoeld als voorbereiding op de verdere werkzaamheden van het Ontwikkelcentrum Preventie en Innovatie. Zij biedt een overzicht van de effectieve verslavingszorgpreventieprogramma’s op school, in de woonomgeving en in het gezin uit internationale literatuur.

Het ontwikkelcentrum wilde aan de hand van dit overzicht keuzen maken voor modelprojecten. De ontwikkel- en onderzoeksvorstellen die op basis van de publicatie zijn gemaakt, zijn tot nu toe echter door vooral financiële beperkingen niet uitgevoerd.

Het doel van het ontwikkelcentrum met dit boekje, brengt met zich mee dat er geen activiteiten zijn ontplooid om het breed bekend te maken en te implementeren.

Gebruik

De publicatie wordt in zeer beperkte mate gebruikt door het veld. Een relatief groot deel van de instellingen (23%) kent de publicatie niet. In instellingen waar zij wel wordt gebruikt, zijn het vooral leidinggevenden en projectleiders die de publicatie raadplegen ter ondersteuning van beleids- of projectvoorstellen. Het gebruik wordt beperkt doordat veel van de in de publicatie beschreven methodieken (nog) niet beschikbaar zijn in Nederland. Een overzicht van het gebruik van de publicatie in de onderzoeksgroep is weergegeven in figuur 3.10.



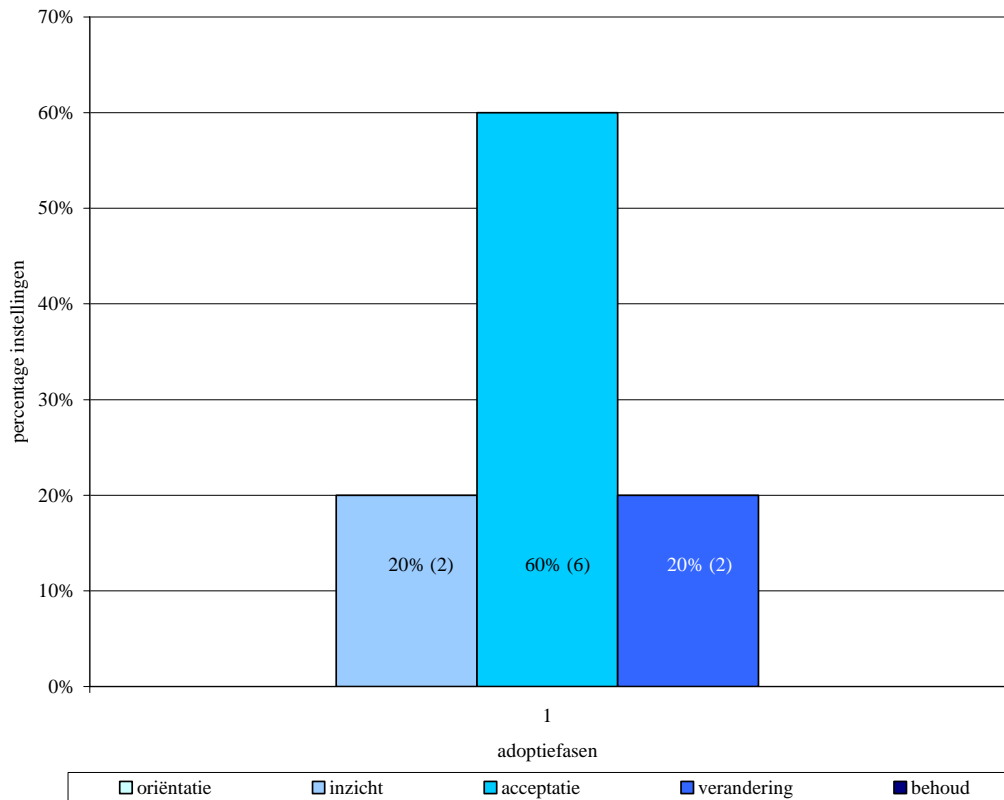
Figuur 3.10 Overzicht gebruik 'Effectieve verslavingspreventie'

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

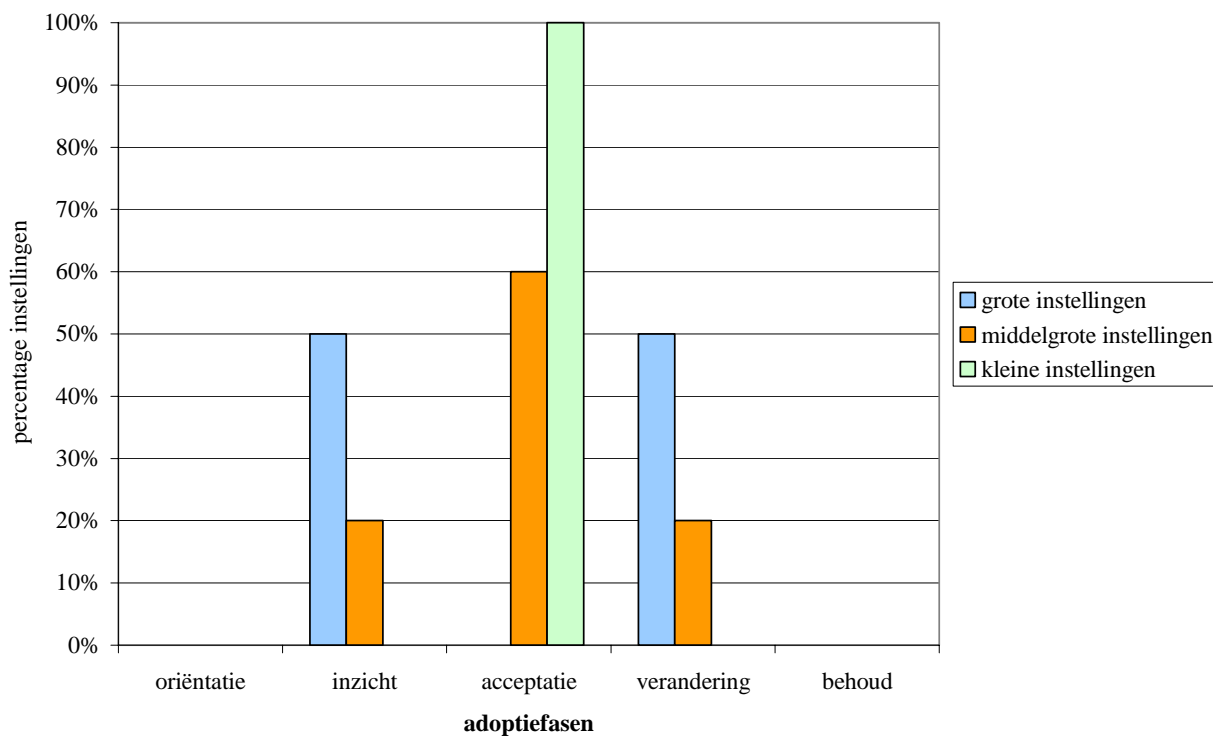
De publicatie 'Effectieve verslavingspreventie' is een literatuurstudie en daarmee een kennisdocument. Ter implementatie is de publicatie in door de leidinggevende verspreid onder de medewerkers en is de inhoud besproken tijdens een teamoverleg. Daarna zijn het vooral de leidinggevend en projectleiders die de inhoud uit de publicatie gebruiken bij bijvoorbeeld nieuwe projecten. De medewerkers zijn wel betrokken bij deze nieuwe projecten, maar gebruiken zelf de publicatie niet.

Het beperkte gebruik is duidelijk af te lezen aan de implementatiefasen. Instellingen zitten vooral in de *acceptatiefase*, weinig *verandering* en geen *behoud*. Dit wordt veroorzaakt doordat veel van de in de publicatie beschreven methodieken nog niet beschikbaar zijn voor Nederland. In de onderstaande figuur 3.11 worden de adoptiefasen weergegeven voor de tien instellingen die het product kennen.

Specificatie van de adoptiefasen naar omvang van de instellingen laat zien dat met name de kleine instellingen de beschreven methodieken niet kunnen omzetten in daadwerkelijke verandering en dat dit de middelgrote instellingen maar in zeer geringe mate lukt (zie figuur 3.12).



Figuur 3.11 Overzicht adoptie 'Effectieve verslavingspreventie'



Figuur 3.12 Adoptiefasen 'Effectieve verslavingspreventie', naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.4 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Effectieve verlatingspreventie'

	Vanuit de interviews (n= 10)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n= 13, respons 87%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sluit aan bij afdelingsbeleid ▪ inhoud is goed 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ groot deel van de beschreven methodieken zijn niet beschikbaar in NL ▪ niet zozeer behoefte aan beschrijving van de methodieken, maar aan factoren die gebleken effectiviteit beïnvloeden ▪ grote kloof tussen theorie en praktijk 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud sluit aan bij waarden en normen van goede preventie en bij eigen werkwijze 	
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wordt positief ontvangen door medewerkers, zij willen zich graag professionaliseren 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ op de onderdelen inhoudelijke kwaliteit, relevantie en lay-out geven veel medewerkers aan dat ze het 'eens noch oneens' zijn 	
factoren in team, leiding en cliënten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ tijdgebrek om product bruikbaar te maken voor de praktijk 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoudelijk helder en begrijpelijk ▪ voldoende kennis voor gebruik in de praktijk ▪ positief tegenover werken volgens richtlijnen en geen moeite met veranderen routines ▪ consensus in team over informatie uit publicatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ onvoldoende betrokken voelen bij de verandering ▪ te weinig tijd om zich de informatie eigen te maken
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ ontwikkelcentrum zou vertaling naar praktijk moeten realiseren ▪ veel veranderingen tegelijk 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ op de onderdelen stimuleren en meewerken door collegae en leiding geven veel medewerkers aan dat ze het 'eens noch oneens' zijn 	

Samenvatting

Het doel dat de samenstellers hadden met de publicatie 'Effectieve verslavingspreventie' is niet bereikt. De beschreven methodieken zijn nog niet geschikt gemaakt voor gebruik in Nederland. In het veld is de publicatie, voor zover bekend bij de instellingen, positief ontvangen, maar leidinggevend en medewerkers vinden het frustrerend dat zij een groot deel van de beschreven kennis niet kunnen toepassen. Men blijft noodgedwongen 'hangen' in de *acceptatiefase*.

3.2.5 '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 landelijk uitgebracht door het Ontwikkelcentrum Preventie en Innovatie.

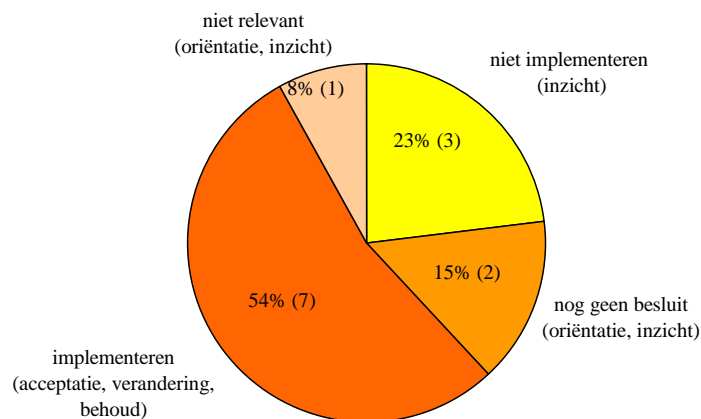
Bij het uitkomen van het draaiboek is dit toegestuurd aan alle directies en preventieafdelingen van de instellingen voor verslavingszorg en andere relevante stakeholders en is er een themadag georganiseerd voor preventiewerkers. Daarnaast is er tijdens de congresdag van 'Resultaten Scoren' van 2002 en 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. Iets meer dan de helft van de instellingen implementeert het draaiboek. Instellingen die geen concentratie allochtonen in hun werkgebied hebben, gebruiken het niet. Eén instelling wilde de homeparty gaan uitvoeren maar er bleek geen vraag naar te zijn in de doelgroep.

Figuur 3.13 biedt een overzicht van het gebruik door de instellingen in de onderzoeksgroep. Specificatie van het gebruik naar omvang van de instellingen laat zien dat het grote instellingen zijn die de keuze gemaakt hebben om het draaiboek niet te implementeren, zij hebben eigen producten voor deze doelgroep of het past niet in hun beleid. Voor één kleine instelling blijkt het draaiboek geen relevant product, zij hebben onvoldoende mensen uit de doelgroep in hun werkgebied.

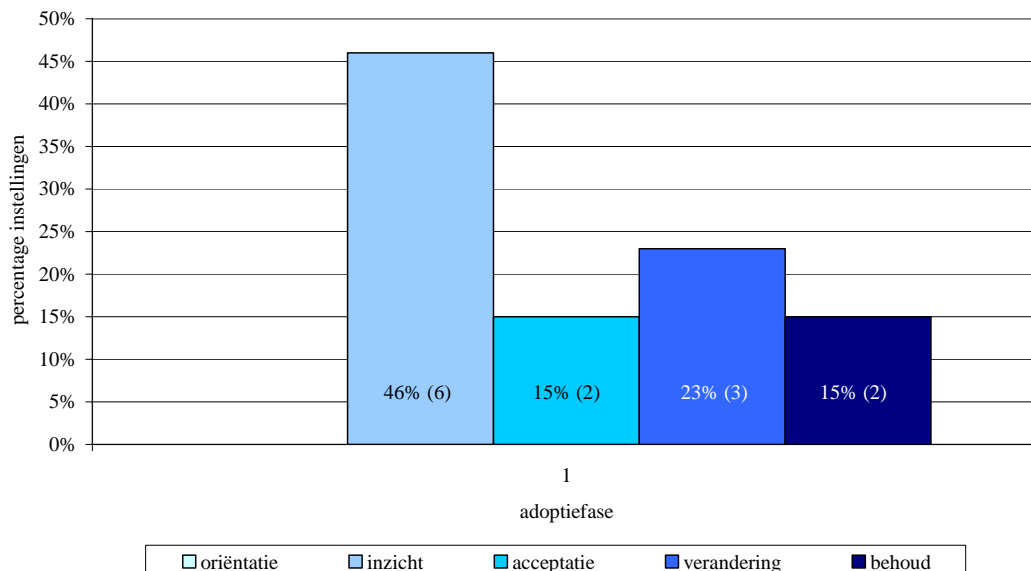


Figuur 3.13 Overzicht gebruik 'Draaiboek homeparty'

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

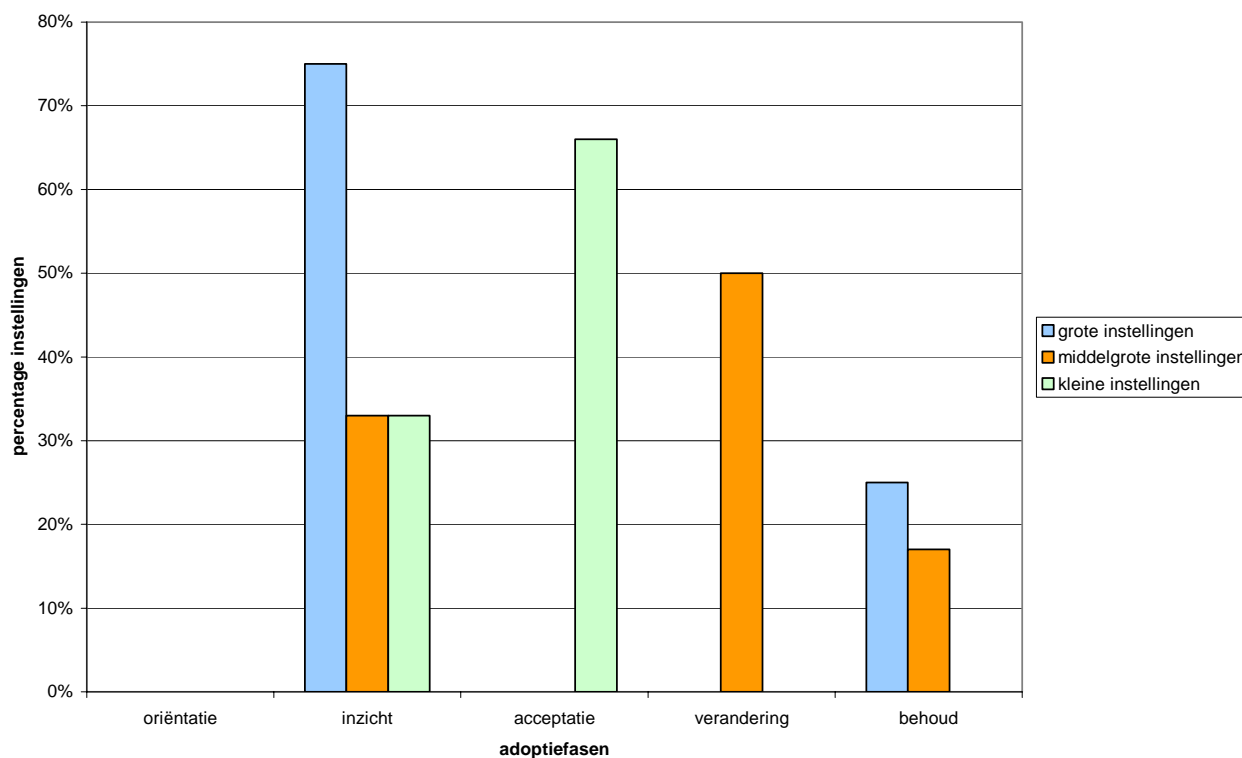
In alle instellingen begint de implementatie met het verspreiden van het protocol onder de medewerkers, waarna de inhoud besproken wordt tijdens een teamoverleg. Daarna wordt besloten of het protocol ingevoerd wordt. In alle instellingen die homeparty's uitvoeren, gebeurt dit door een beperkt deel van het team. De vormgeving van de verandering verschilt sterk per instelling. Eén instelling heeft het protocol aangepast aan de eigen situatie. Eén instelling heeft een aandachtsfunctionaris benoemd.

Instellingen die geen homeparty's (gaan) uitvoeren, kennen het protocol allemaal wel. Iedere instelling bevindt zich minimaal in de *inzichtfase*. Gezien de periode dat het protocol reeds beschikbaar is, zijn de instellingen die het daadwerkelijk willen en kunnen uitvoeren, hier al mee bezig. Twee instellingen van de onderzoeksgroep hebben besloten om homeparty's op te nemen in hun aanbod en de uitvoering voorbereid, maar het is hen nog niet gelukt om financiering te vinden of er is geen vraag naar uit de omgeving. Zij zitten wel in de *veranderfase*. Een overzicht van de adoptiefasen van de betrokken instellingen is weergegeven in figuur 3.14.



Figuur 3.14 Overzicht adoptie 'Draaiboek homeparty'

Specificatie naar omvang van de instellingen laat zien dat er van de kleine instellingen die het draaiboek willen implementeren nog geen enkele instelling in de *veranderfase* zit. Bij één van deze instellingen heeft men moeten wachten tot de financiering rond was, de andere instellingen zijn de toepassing nog aan het voorbereiden (zie figuur 3.15).



Figuur 3.15 Adoptiefasen 'Draaiboek homeparty', naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.5 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Draaiboek homeparty'

	Vanuit interviews (n= 7)		Vanuit schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n= 13, respons 87%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud is goed ▪ voldoet aan verwachting van de gebruikers ▪ oplossing voor ervaren problemen 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoudelijk goed ▪ werkbare lay-out 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Passend in praktijk en werkstijl
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ komt tegemoet aan behoefte tot professionaliseren 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ op de onderdelen relevantie en verbetering t.o.v. oude werkwijze geven veel medewerkers aan dat ze het 'eens noch oneens' zijn
factoren in team, leiding en cliënten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ arbeidsintensief product ▪ duur product ▪ het komt er bij en er gaat niets af 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ heeft voldoende kennis en vaardigheden ▪ laat genoeg ruimte voor eigen afwegingen ▪ positieve houding tegenover vernieuwen en geprotocolleerd werken 	
factoren in de instelling en externe omgeving	<ul style="list-style-type: none"> ▪ externe subsidie gekregen om homeparty uit te voeren 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gebrek aan animo bij de doelgroep 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voldoende faciliteiten en ondersteuning vanuit de organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ extra financiële vergoeding nodig voor uitvoerders van de homeparty

Samenvatting

Het 'Draaiboek homeparty' is positief ontvangen door dat deel van de verslavingspreventie voor wie het relevant is. Medewerkers zijn iets minder positief over de relevantie van de vernieuwing dan de leidinggevenden. Ondanks relevantie blijkt het niet altijd tot uitvoering te komen. Factoren in de instelling, zoals een ander goedwerkend product of ander beleid spelen hierin een rol, maar ook externe factoren, zoals het moeten concurreren met aanbod vanuit bijvoorbeeld jongerenwerk en de problemen om het gefinancierd te krijgen. Soms blijkt dat de doelgroep onvoldoende animo heeft.

3.2.6 'Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten'

Inleiding

Het 'Protocol werving bij voorlichtingactiviteiten' (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 op is gericht. Binnen 'Resultaten Scoren' wordt het protocol aangeboden in combinatie met het 'Protocol theater2daagse'. Tijdens dit onderzoek werd de tweede pilot met het product gehouden, ook in combinatie met het 'Protocol theater2daagse'. Dat houdt in dat vier instellingen die niet betrokken zijn bij de ontwikkeling van het protocol, het protocol testen in hun praktijk. In de tweede pilot ligt de nadruk op de praktische uitvoerbaarheid van het protocol in de verschillende praktijksituaties van de instellingen. In de eerste pilot ligt de nadruk op de inhoud van het protocol. De vier pilotinstellingen maakten onderdeel uit van de onderzoeksgroep van het onderzoek. Voorafgaand aan de pilot zijn de betrokken instellingen door de ontwikkelaars geïnformeerd over het protocol. Het protocol is niet aangeleverd met een plan of advies voor implementatie dat gebruikt kan worden door de instellingen.

Gebruik

Gezien de pilotfase is het niet zinvol om een beeld van het gebruik van het protocol in de onderzoeksgroep grafisch weer te geven. Er zijn vier instellingen toegelaten tot de pilot. De andere instellingen kennen het protocol allemaal al wel. Zij wachten de resultaten van de pilot af alvorens ze willen kiezen voor implementatie. Naast de pilot past één instelling (een ontwikkelaar van het protocol) het protocol reeds actief toe.

Over de mate van gebruik is in deze pilotfase nog weinig te zeggen. Bij de vier pilotinstellingen is de implementatie voortvarend ter hand genomen. Er zijn medewerkers

aangewezen of aangenomen om het protocol toe te passen in combinatie met het 'Protocol theater2daagse'. De hoofdontwikkelaar gebruikt het protocol voor meer wervingsactiviteiten dan alleen het 'Protocol theater2daagse'.

Een kwantificering van gebruik is in deze pilotfase weinigzeggend en door de deelnemende instellingen niet te geven.

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

In de pilotinstellingen gaat een aangewezen groep medewerkers aan het werk met het protocol. Deze instellingen bevinden zich in de adoptiefase *verandering*. De instelling die het protocol heeft ontwikkeld, heeft het reeds ingebouwd in de dagelijkse werkwijze en geeft aan in de *behoudfase* te zitten. De overige instellingen zitten in de *oriëntatie-* en *inzichtfase*.

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.6 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten'

	Vanuit de interviews (n= 6) [4x pilot, 1x ontwikkelende instelling, 1x anders]	Vanuit de schriftelijke vragenlijst onder medewerkers (n= 7, respons 100%)
	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ goede inhoud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lay out onduidelijk
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medewerkers enthousiast 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bevorderend <ul style="list-style-type: none"> ▪ lay-out handig ▪ inhoudelijk goed ▪ passend in eigen praktijk en werkwijze ▪ noodzakelijke en relevante vernieuwing ▪ meer voordelen dan oude werkwijze ▪ voldoende ruimte voor eigen afwegingen. ▪ medewerker heeft voldoende kennis en vaardigheden om protocol toe te passen. ▪ positieve houding tegenover vernieuwen en geprotocolleerd werken ▪ voelt zich betrokken bij vernieuwing. ▪ protocol sluit aan bij eigen normen en waarden van goede preventie.
factoren in team, leiding en cliënten		<ul style="list-style-type: none"> ▪ stimulerende leiding en collega's
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ kost veel tijd ▪ werken met protocol vereist extra financiële vergoeding

Samenvatting

Doordat het ‘Protocol werving bij voorlichtingsactiviteiten’ zich nog in de pilotfase bevindt, is er nog niet veel te zeggen over het gebruik en de implementatie op grotere schaal. De instellingen die met het protocol werken vanuit de pilot, zijn enthousiast over de inhoud. Hoewel een zeer klein aantal medewerkers de vragenlijst heeft ingevuld, bevestigen zij het veelal positieve beeld dat de leidinggevenden in de interviews geven. Een belangrijk knelpunt in de uitvoering blijkt de tijd te zijn, die nodig is om het protocol toe te passen. Dit kan, gezien de financieringsstructuur van verslavingspreventie, uiteindelijk een belangrijk knelpunt gaan vormen en zal een aandachtspunt moeten zijn in de evaluatie na gebruik op bredere schaal.

3.2.7 ‘Protocol theater2daagse’

Inleiding

Het ‘Protocol theater2daagse’ (Beekers, de Zeeuw, Akkaya, Tegelaers & van der Mey, 2003) is ontwikkeld door Arta Preventie in opdracht van het Ontwikkelcentrum Preventie en Innovatie. Het wordt momenteel 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. Het protocol neemt de begeleiders stap voor stap mee langs de te ondernemen activiteiten tijdens het weekend.

Vier instellingen van de onderzoeksgroep participeren in de pilot. Zij hadden voorafgaand aan de pilot een bijeenkomst met de ontwikkelaars waarin het protocol nader is toegelicht. Het protocol bevat geen implementatieplan voor de uitvoerders.

Gebruik

De vier instellingen die de pilot uitvoeren, nemen deel aan dit onderzoek. Binnen deze instellingen is slechts een zeer beperkt aantal medewerkers daadwerkelijk met het product bezig. Bij de overige instellingen is het protocol bekend, maar men wacht met het besluit tot implementeren totdat de pilotresultaten bekend zijn. Niet iedere instelling is van plan het protocol te gaan implementeren. Instellingen die geen groepen allochtone jongeren in hun werkgebied hebben, vinden het minder relevant en twee instellingen hebben al eerder een

soortgelijk of ander, maar goed functionerend, product ontwikkeld voor de doelgroep en hebben geen behoefte aan dit specifieke protocol. In deze pilotfase er is niet veel te zeggen over het uiteindelijke gebruik van het protocol in de toekomst.

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

De medewerkers van de instellingen die deelnemen aan de pilot hebben de informatiebijeenkomst van het ontwikkelcentrum bezocht en zich verdiept in het protocol. Zij zitten in de *veranderfase*. De overige instellingen geven aan in de *oriëntatie-* of *inzichtfase* te zitten.

Bevorderende en belemmerende factoren

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.7 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Protocol theater2daagse'

	Vanuit de interviews (n=6)		Vanuit de schriftelijke vragenlijst onder medewerkers (n= 4, respons 78%)	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ informatief ▪ helder stappenplan ▪ past binnen beleid van de instelling ▪ zinvol product voor moeilijke doelgroep 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoud is goed ▪ past in praktisch en werkwijze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lay-out is onhandig ▪ twijfel over relevantie en verbetering door het protocol
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ betrokken medewerkers zijn enthousiast 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ voldoende ruimte voor eigen inbreng ▪ protocol is helder en begrijpelijk ▪ voldoende vaardigheden en kennis om het protocol toe te passen ▪ positieve houding tegenover vernieuwen en geprotocolleerd werken ▪ sluit aan bij normen en waarden van goede preventie ▪ medewerker voelt zich betrokken bij vernieuwing 	
factoren in team en leiding		<ul style="list-style-type: none"> ▪ personeelsproblemen belemmerden deelname aan pilot 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ stimulerende houding collegae en leiding 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ meer personeel nodig werken met protocol kost veel tijd
factoren in de instelling en externe omgeving		<ul style="list-style-type: none"> ▪ product vergt veel lobby om afnemers ervoor te interesseren, moet concurreren met aanbod van anderen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voldoende ondersteuning en faciliteiten vanuit de organisatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ werken met dit protocol vergt extra financiële vergoeding

Samenvatting

Doordat het protocol zich nog in de pilotfase bevindt is er nog niet veel te zeggen over het uiteindelijke gebruik en de implementatie. De instellingen die met het protocol werken vanuit de pilot zijn enthousiast over de inhoud. Het geeft een antwoord op ervaren knelpunten bij het bereiken van de allochtone jongeren en hun ouders voor verslavingspreventie.

Belemmeringen liggen vooral in de externe omgeving, waar het protocol moet concurreren met aanbod vanuit andere werkvelden. Als meer 'interne' belemmering wordt gemeld, dat het werken met het protocol tijdsintensief is en meer personeel vergt dan er beschikbaar is.

3.2.8 Leefstijltraining I en II

Inleiding

'Leefstijltraining I' (De Wildt, 2000) en 'Leefstijltraining II' (De Wildt, 2001) zijn behandelprotocollen voor ambulante behandeling die ontwikkeld zijn door het ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van zorg. 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.

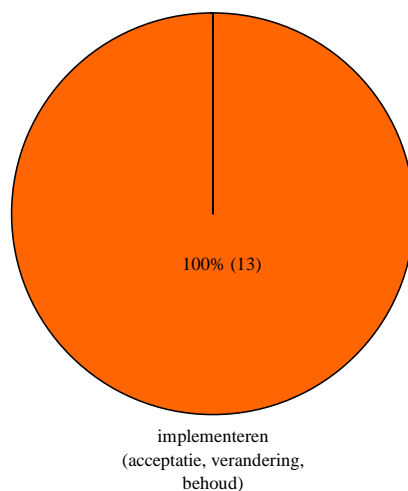
Gebruik

Alle instellingen gebruiken de beide protocollen of hebben concrete plannen voor de invoering gemaakt. Hoewel 'Leefstijltraining I' eerder is verschenen dan 'Leefstijltraining II' worden ze in de meeste instellingen gelijktijdig geïmplementeerd. De mate van gebruik van de beide protocollen is divers. In de meeste gevallen wordt 'Leefstijltraining II' meer toegepast dan I. Als oorzaak hiervoor wordt gegeven dat de cliënten niet genoeg hebben aan vier gesprekken en dat het tiengesprekkenmodel meer aansluit bij de oude werkwijze. In één instelling waar 'Leefstijltraining I' juist meer wordt gebruikt, wordt dit geweten aan het feit dat het intake- en indicatiestellingsprotocol nog niet is aangepast om te indiceren voor 'Leefstijltraining II'.

Het is niet mogelijk om een betrouwbaar kwantitatief beeld te geven van de mate van gebruik van de beide protocollen. In vergelijking tot de andere in dit onderzoek opgenomen producten

wordt er rondom deze beide protocollen het meeste geregistreerd met betrekking tot aantallen cliënten die met de protocollen behandeld worden. Maar deze registraties zijn echter veelal gericht op cliënten die vanuit een alcoholprogramma met de leefstijltrainingen behandeld worden. De protocollen worden ook voor andere verslavingen gebruikt. Er is dus geen volledige registratie.

In de onderstaande figuur is het gebruik in de onderzoeksgroep weergegeven. Gezien de eenduidige verdeling is specificatie naar omvang van de instellingen niet zinvol.



Figuur 3.16 Overzicht gebruik 'Leefstijltraining I' en 'Leefstijltraining II'

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

Het ontwikkelcentrum heeft de protocollen met een implementatieplan aangeboden aan het veld. Dit plan bestaat primair uit een training voor medewerkers. Daarnaast worden instellingen met nadruk geadviseerd om intervisiebijeenkomsten met de medewerkers te organiseren gedurende een periode na implementatie. De training is opgezet als een 'train de trainer'-opleiding waarbij per deelnemende instelling medewerkers tot trainer opgeleid worden, die vervolgens in hun eigen instelling de medewerkers opleiden.

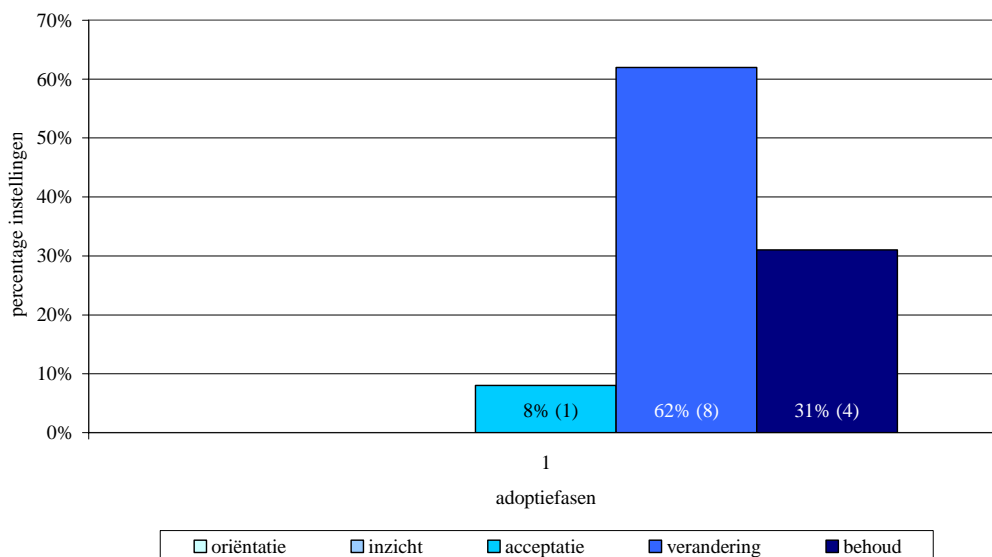
De implementatie van de leefstijltrainingen is in de meeste instellingen gestructureerd aangepakt. De meeste instellingen beschrijven de vernieuwde werkwijze en de invoering ervan als een grote verandering. In een aantal instellingen heeft het managementteam of de directie topdown besloten tot implementatie en soms tot het verplichtend opleggen van het gebruik van de protocollen.

Alle instellingen gebruiken de training van het ontwikkelcentrum om de medewerkers met het protocol te leren werken. De meeste instellingen laten één of meerdere trainers opleiden die

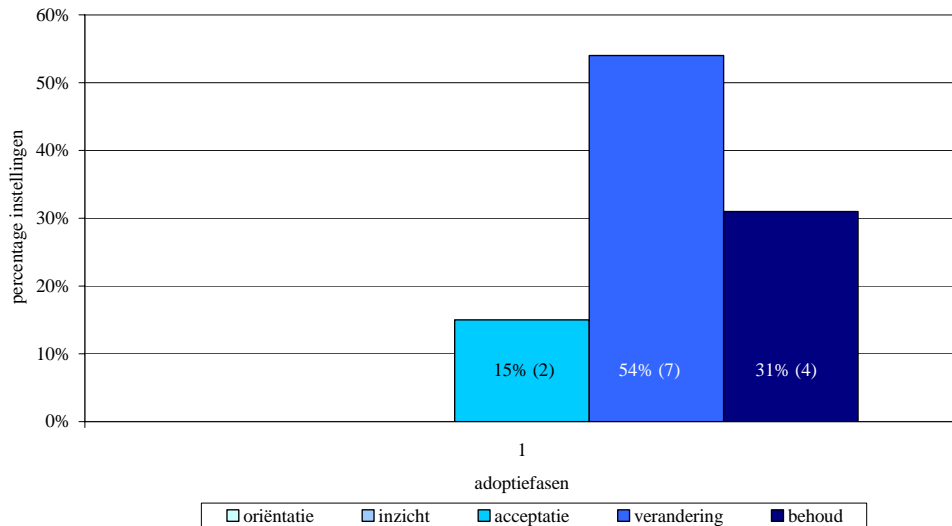
vervolgens de eigen medewerkers trainen en de intervisiebijeenkomsten begeleiden. In de instellingen wordt de training voor de beide protocollen vaak in één keer gegeven. Dit heeft te maken met het feit dat beide protocollen dan tegelijk geïmplementeerd worden en inhoudelijk erg op elkaar lijken. Daarnaast werken de meeste medewerkers met beide leefstijltrainingen. De intervisie wordt in de instellingen op verschillende wijze vorm gegeven. Instellingen kiezen soms voor intervisie of supervisie door de trainer of men benoemt het als evaluatiebijeenkomsten. Een evaluatiebijeenkomst kan meerdere keren per jaar georganiseerd worden en heeft dan het karakter van intervisie, maar wordt ook als aparte activiteit genoemd, al dan niet in combinatie met intervisie.

Drie instellingen hebben een implementatiecoördinator benoemd die de implementatie in de hele organisatie begeleidt. Andere spreken van een aandachtsfunctionaris of voortrekkers die, als dan niet specifiek met deze rol belast, een belangrijke rol spelen in de implementatie.

De voortgang van de implementatie van beide protocollen verschilt op landelijk niveau weinig. Het enige verschil is, dat er voor de 'Leefstijltraining II' iets meer instellingen nog in de *acceptatiefase* zitten dan voor 'Leefstijltraining I'. Een gelijk percentage geeft aan de protocollen geborgd te hebben in het primaire proces en dus in de *behoudfase* te verkeren.

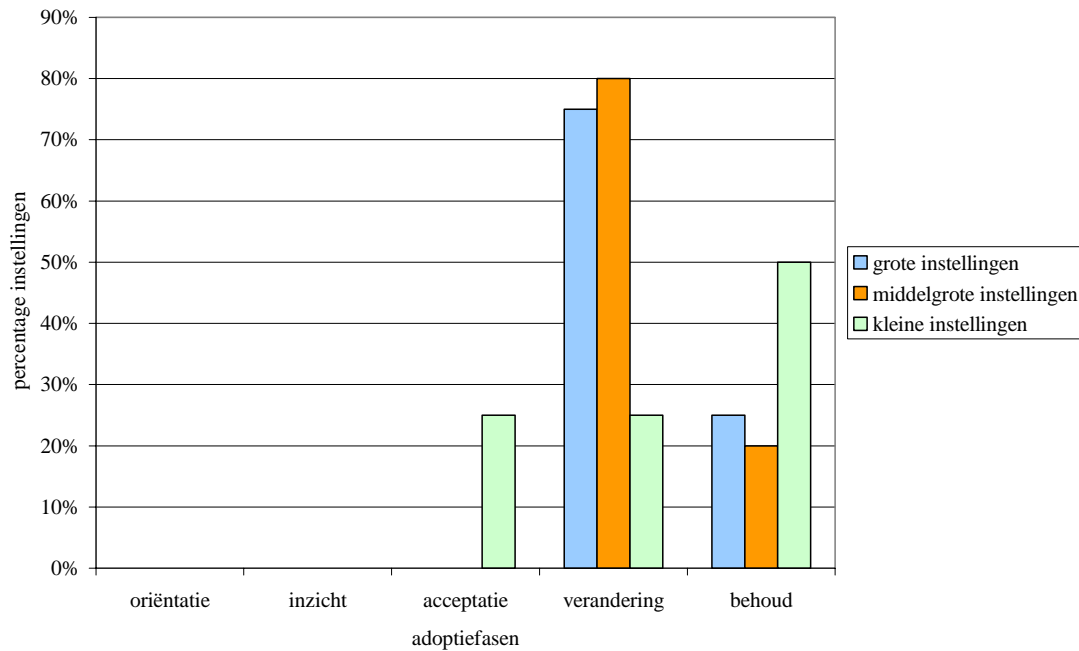


Figuur 3.17 Overzicht adoptie 'Leefstijltraining I'

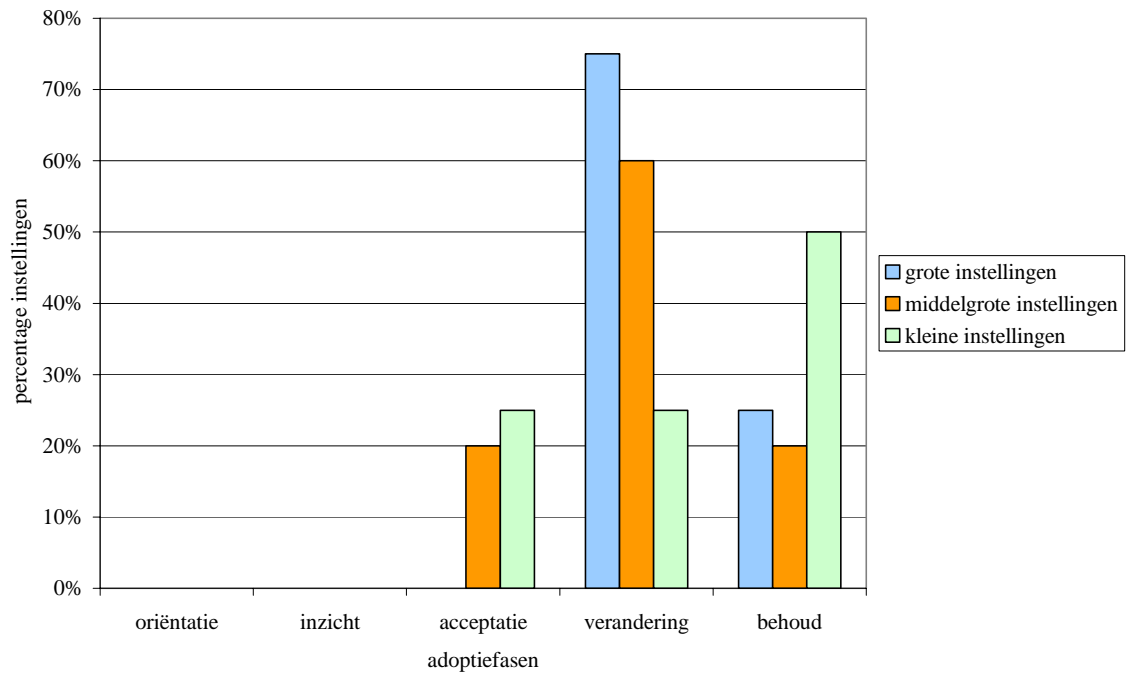


Figuur 3.18 Overzicht adoptie 'Leefstijltraining II'

Ook bij uitsplitsing naar omvang van de instellingen geven de beide Leefstijltrainingen eenzelfde beeld voor de adoptie. Een relatief groter deel van de kleine instellingen zit in de *behoudfase* (50% van de kleine instellingen tegenover 25% en 20% van de grote en middelgrote instellingen), maar het zijn ook kleine instellingen die in de *acceptatiefase* zitten en die de daadwerkelijke vormgeving van de verandering nog moeten inzetten (zie figuren 3.19 en 3.20).



Figuur 3.19 Adoptiefasen 'Leefstijltraining I', naar omvang instellingen



Figuur 3.20 Adoptiefasen 'Leefstijltraining II', naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Voor de beide leefstijltrainingen zijn de medewerkers en geïnterviewden per protocol ondervraagd. De resultaten voor beide protocollen zijn vrijwel identiek en worden hier dan ook samengenomen.

Tabel 3.8 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Leefstijltraining I' en 'Leefstijltraining II'

	Vanuit de interviews (n=13)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers Leefstijltraining I n= 58, respons 78% Leefstijltraining II n= 44, respons 70%	
	bevorderend	belemmerend	bevorderend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ sluit aan bij beleid in de organisatie ▪ inhoud is helder en begrijpelijk ▪ verschil met oude werkwijze is niet groot ▪ Leefstijltraining I en II vormen een geheel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ grote verandering en daardoor meer weerstand en langdurige implementatie ▪ Leefstijltraining I vaak te kort om doelen te bereiken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ inhoudelijk goed ▪ handig in gebruik ▪ protocollen laten voldoende ruimte voor eigen afwegingen 	
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medewerkers vinden het een verbetering ▪ past bij gewenste professionalisering van de medewerkers ▪ training biedt voldoende kennis en vaardigheden om het protocol goed toe te passen ▪ medewerkers willen graag meer geprotocolleerd werken 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ weerstand tegen geprotocolleerd werken, angst voor autonomie en controle ▪ onvoldoende competentie bij medewerkers om protocol uit te voeren zoals bedoeld 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medewerkers voelen zich capabel en vaardig om de protocollen toe te passen ▪ meerderheid van de medewerkers voelt zich betrokken bij de verandering ▪ medewerkers staan positief tegenover geprotocolleerd werken ▪ medewerkers willen graag veranderen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ niet door meerderheid als verbetering t.o.v. eerdere werkwijze gezien ▪ verandering niet door meerderheid als relevant beoordeeld

	Vanuit de interviews bevoornderend	belemmerend	Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers belemmerend
factoren in team, leiding en cliënten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voortrekker of aandachtsfunctionaris ▪ stimulerende rol leidinggevende ▪ verplichtend opleggen ▪ team unaniem over verbetering door toepassing protocollen ▪ interventie / evaluatiebijeenkomsten werken stimulerend ▪ cliënten positief over behandelwijze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vertrek voortrekker geeft aan hoe kwetsbaar situatie is ▪ hectiek van de dag belemmert benodigde continue aandacht, onderhoud vergt veel tijd en aandacht ▪ leiding stuurt onvoldoende, vrijblijvendheid geeft medewerkers ruimte de protocollen niet toe te passen ▪ personeelsverloop 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ collega's worden als steun ervaren ▪ leidinggevenden ondersteunen en zien toe op gebruik protocollen ▪ consensus in de teams over de protocollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ protocollen houden onvoldoende rekening met individuele cliëntkenmerken en wensen van de cliënt
factoren in de instelling en externe omgeving	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MT/directie besluit tot verplichtend opleggen van nieuwe werkwijze en faciliteert dit. ▪ leernetwerken ▪ verplichtend opleggen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ reorganisatie waardoor men het gevoel heeft opnieuw te moeten beginnen ▪ onvoldoende faciliteit voor opzetten interventie ▪ registratie is onvolledig en belemmert evalueren ▪ indicatiestelling niet ingericht op leefstijltrainingen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisatie faciliteert en ondersteunt voldoende ▪ men is niet overvoerd met veranderingen in korte tijd

Samenvatting

De beide leefstijltrainingen zijn op systematische wijze geïmplementeerd in de gehele verslavingszorg. Inhoudelijk worden ze beschouwd als goede producten, die aansluiten bij het beleid en de wens tot professionaliseren van de medewerkers. Het implementatieplan met scholing en intervisie, waarmee de protocollen vanuit het ontwikkelcentrum zijn aangeboden aan het veld, hebben een positief effect op de implementatie. De omvang van de verandering door invoering van de protocollen brengt met zich mee dat hoger management en directie een nadrukkelijke rol hebben in het implementatieproces. Zij nemen het besluit tot implementatie en daar waar zij toepassing verplicht opleggen, blijkt dit een positief effect te hebben. Direct leidinggevenden en collega's die de rol van voortrekker op zich nemen zijn belangrijk voor de voortgang van de implementatie. Door gebrekkige registratie is het gebruik van de protocollen onvoldoende te kwantificeren.

3.2.9 'Intake Module'

Inleiding

De 'Intake Module' (De Wildt, Schramade, Boonstra & Bahrach, 2002) is een protocol dat ontwikkeld is door het Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van zorg.

Het doel van de module is 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 beste 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 beide leefstijltrainingen. Het toepassen van de module blijkt soms noodzakelijk om de leefstijltrainingen te indiceren en de uitvoering hiervan veilig te stellen.

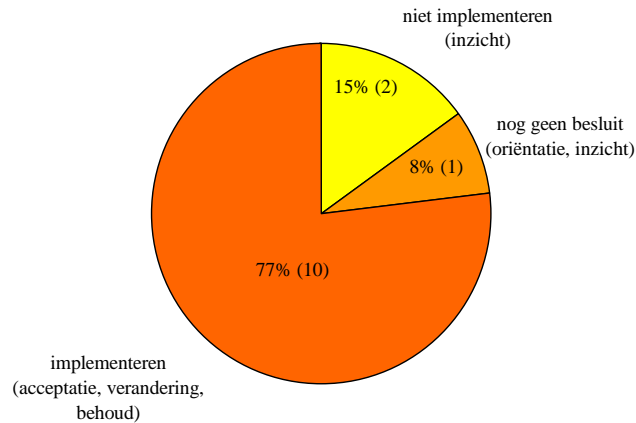
De module is met een uitgebreid implementatieplan aangeboden aan het veld. Disseminatie van de module heeft onder ander plaatsgevonden tijdens een workshop op de congresdag van 'Resultaten Scoren' in 2002. Hier stonden de inhoudelijke uitgangspunten van de module en de ervaringen met deze werkwijze die tijdens de pilots zijn opgedaan centraal. Tevens werd uiteengezet welke consequenties implementatie met zich meebrengt, zodat aanwezige instellingen een idee krijgen 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 is dat deze vaardigheden door deze vier instellingen overgedragen worden aan collega-instellingen. Afsluitend worden er medewerkers getraind in de inhoudelijke aspecten van de nieuwe werkwijze. Dit gebeurt, net als bij de leefstijltrainingen, door middel van een train-de-trainer opleiding.

Gebruik

Driekwart van de instellingen heeft de module geïmplementeerd, is hier mee bezig of heeft het besluit genomen dit te gaan doen. Een klein deel van de instellingen gebruikt slechts beperkte delen uit de module. Zij vinden zelf dat dit te weinig is, om te stellen dat zij de module implementeren. Belangrijk verschil tussen hun werkwijze en de module is dat deze instellingen er bewust voor kiezen om het indicatiestellingsproces niet los te koppelen van het behandelproces. Deze keuze wordt enerzijds gemaakt, omdat het loskoppelen praktisch niet haalbaar is (kleine teams, grote topografische spreiding). Anderzijds kan men zich niet vinden in het eerste uitgangspunt van de module en vindt men het voor de kwaliteit en de continuïteit van zorg beter als de cliënt bij dezelfde medewerker terecht kan voor intake, toewijzing en behandeling.

In figuur 3.21 is het gebruik in de onderzoeksgroep weergegeven. Specificatie van het gebruik van de module naar omvang van de instellingen laat zien dat alle kleine instellingen besloten hebben tot implementatie van de module en dat de instellingen die de module niet implementeren alleen grote instellingen zijn.



Figuur 3.21 Overzicht gebruik 'Intake Module'

De mate van gebruik wordt niet geregistreerd. De aard van de module brengt met zich mee dat, na implementatie, de nieuwe werkwijze bij alle cliënten wordt toegepast. Hoeveel tijd de medewerkers met de module werken is afhankelijk van de samenstelling van hun takenpakket.

Implementatieactiviteiten en adoptiefase

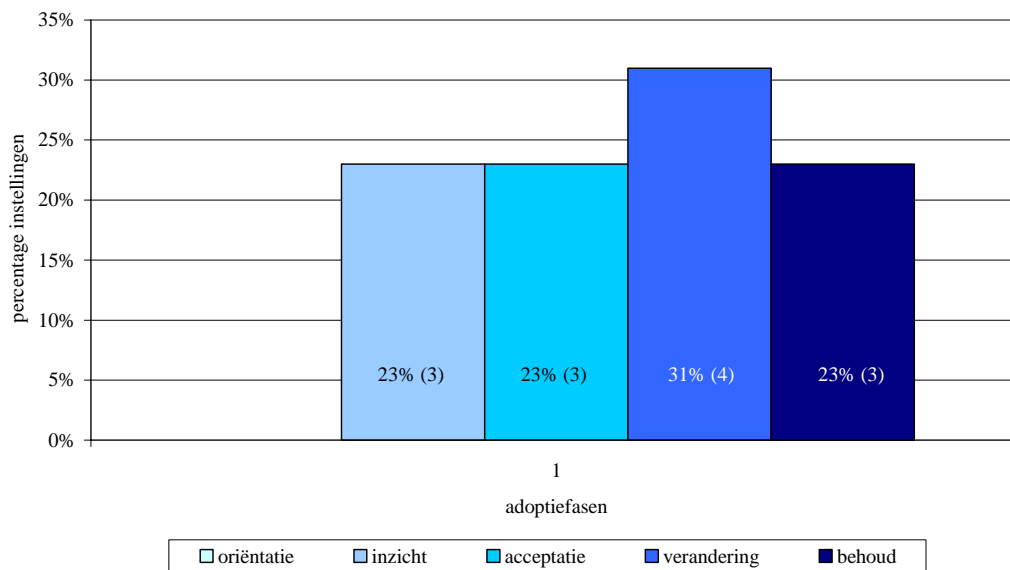
De implementatie van de module is een omvangrijk en langdurig proces. Voor de meeste instellingen betekent het een aanpassing van de structuur of voortzetting van een reeds in gang gezette structuurverandering. De keuze voor implementatie heeft dusdanige consequenties dat dit in alle instellingen een formele keuze van de directie is.

Na de keuze voor implementatie wordt het indicatiestellings- en toewijzingsproces voor de eigen instelling met behulp van de module vastgesteld. In de organisaties wordt het nieuwe proces vormgegeven door een werkgroep van leidinggevenden en medewerkers.

Communicatie met alle betrokkenen in de organisatie vormt in alle instellingen een belangrijk onderdeel van de implementatie.

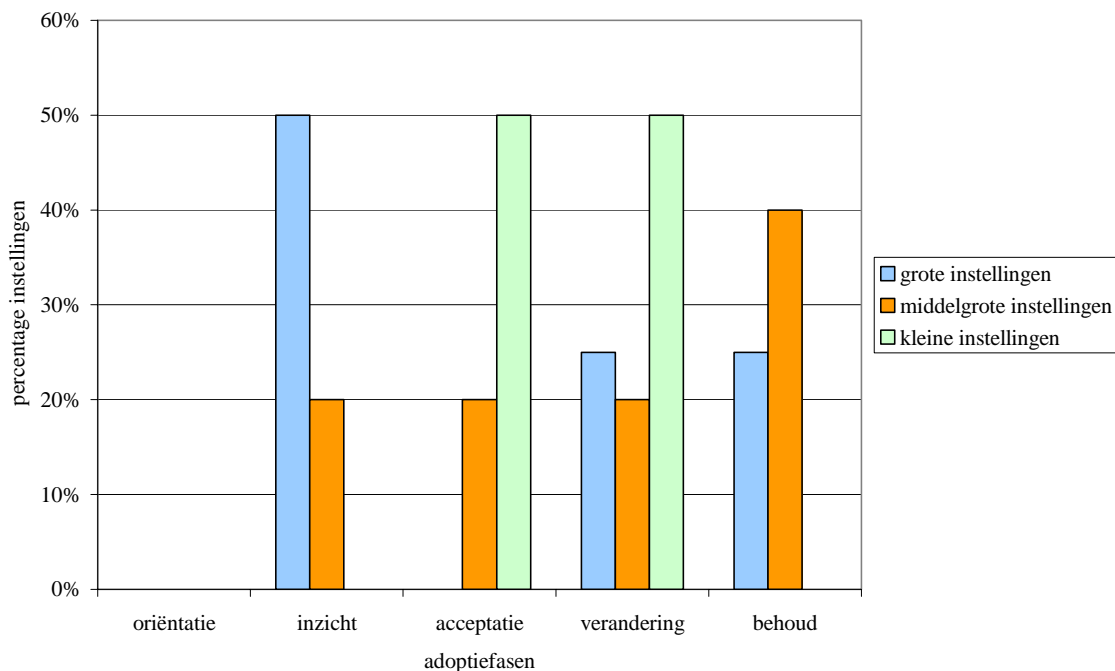
Vier instellingen evalueren de nieuwe werkwijze regelmatig sinds de invoering is ingezet. In één instelling is er sprake van supervisie en één instelling toetst door middel van dossieronderzoek.

De verschillende adoptiefasen waarin de instellingen zich bevinden zijn weergegeven in figuur 3.22.



Figuur 3.22 Overzicht adoptie 'Intake Module'

Uitsplitsing van het gebruik naar omvang van de instellingen laat zien dat de helft van de grote instellingen in de *inzichtfase* zit. Dit zijn de instellingen die aangegeven hebben de module niet te implementeren (zie figuur 3.23).



Figuur 3.23 Overzicht adoptie 'Intake Module', naar omvang instellingen

Bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie

Op grond van de interviews en medewerkervragenlijsten is een inventarisatie gemaakt van de meest genoemde bevorderende en belemmerende factoren. Deze staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 3.9 Overzicht bevorderende en belemmerende factoren 'Intake Module'

Vanuit de interviews (n=10)		Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n=16, respons 73%)	
	bevorderend	belemmerend	belemmerend
inhoud van het product	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nieuwe werkwijze is een verbetering ▪ past in beleid en doelen van de organisatie ▪ inhoud is goed ▪ mogelijkheid om de module aan te passen aan de eigen situatie ▪ verandering is niet groot, is voortborduren op wat we al deden 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ het is een grote verandering ▪ beslisboom in de module is te sturend 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ module is inhoudelijk goed ▪ module past bij praktisch en werkstijl
factoren in de individuele hulpverlener	<ul style="list-style-type: none"> ▪ door grote betrokkenheid bij vormgeven proces voelt men zich eigenaar van de vernieuwing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ veel weerstand door grote verandering ▪ angst voor uitkleeden van eigen functie ▪ zien gevaar in te strak hanteren module waardoor menselijke toon eraf gaat, te theoretisch ▪ angst voor overprotocollisering 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ men vindt de module een noodzakelijke en relevante verandering ▪ nieuwe werkwijze heeft meer voordelen dan oude ▪ medewerker acht zich capabel en vaardig om module uit te voeren ▪ medewerkers vindt de inhoud helder en begrijpelijk ▪ geen weerstand tegen geprotocolleerd werken ▪ geen moeite met veranderen van oude routines ▪ module sluit aan bij eigen normen en waarden ▪ medewerkers voelen zich betrokken bij de verandering

	Vanuit de interviews (n=10)	Vanuit de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers (n=16, respons 73%)
factoren in team, leiding en cliënten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ toetsing van dossiers ter evaluatie werkt stimulerend ▪ goede communicatie ▪ multidisciplinair vormgeven van het proces in een werkgroep of andere structuur 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ondersteuning door collega's ▪ ondersteuning en sturing door leidinggevenden ▪ consensus in het team ▪ cliënten werken mee ▪ module houdt rekening met individuele kenmerken en wensen van cliënten
factoren in de instelling en externe omgeving	<ul style="list-style-type: none"> ▪ besluit van hoger management tot implementeren ▪ goede communicatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ voldoende ondersteuning en faciliteiten vanuit de organisatie ▪ niet teveel veranderingen in korte tijd ▪ bijna de helft van de medewerkers vindt dat er een extra financiële vergoeding nodig is voor het werken met de module

Samenvatting

De ‘Module indicatiestelling en trajecttoewijzing’ is positief ontvangen door het veld. Het grootste deel van de instellingen implementeert de module zoals deze ontwikkeld is.

Implementatie is een langdurig en daardoor ook kwetsbaar proces, waarin door de instellingen veel aandacht geschonken wordt aan communicatie. Dit heeft tot gevolg dat de medewerkers zich betrokken voelen bij de verandering en er positief tegenover staan. Van belang voor draagvlak en eigenaarschap is het feit dat de module bewerkt moet worden voor de eigen organisatie. Leidinggevendenden geven aan dat zij weerstand ervaren bij medewerkers vanwege een angst voor overprotocollisering en uitkleden van het werk. Medewerkers geven deze belemmeringen niet aan.

3.3 Wat vinden de medewerkers?

In de vragenlijst die de medewerkers over de producten hebben ingevuld is een aantal vragen gesteld waarvan de resultaten, los van de producten, een beeld geven van de visie en houding van medewerkers in de verslavingszorg met betrekking tot de implementatie van de producten van ‘Resultaten Scoren’. Bias in deze resultaten is veroorzaakt doordat alleen medewerkers bevraagd zijn in instellingen waar de producten geïmplementeerd worden, hetgeen kan duiden op een op voorhand positieve houding ten opzichte van de verandering. Daarnaast is de respondentgroep niet helemaal representatief, omdat niet van alle teams waar met de producten gewerkt wordt medewerkers bevraagd zijn.

Het gegeven resultaat is het percentage respondenten dat het eens of zeer eens is met de stelling, n= 196.

❖ Ik heb geen moeite met het veranderen van mijn oude routines.	76 %
❖ Ik heb geen weerstand tegen werken met protocollen en richtlijnen in het algemeen.	80%
❖ Ik voel mij voldoende betrokken bij de verandering.	63%
❖ Ik ben van mening dat ik goed in staat zal zijn / ben om het product toe te passen in de dagelijkse praktijk.	86%
❖ Ik heb voldoende kennis om het product goed te kunnen toepassen.	83%
❖ Ik heb voldoende vaardigheden om het product goed te kunnen toepassen.	89%
❖ Collega’s werken mee aan het toepassen van de producten.	71%
❖ Leidinggevendenden werken mee aan de toepassing van de producten.	87%

❖ Leidinggevenden zien toe op naleving van de producten.	49%
❖ Er zijn teveel veranderingen in een te korte tijd.	20%
❖ De organisatie biedt voldoende ondersteuning en faciliteiten om de producten toe te passen.	75%

Samenvatting

Deze productonafhankelijke resultaten laten zien dat medewerkers in de verslavingszorg een positieve houding hebben tegenover de implementatie van de nieuwe producten en nog niet verandermoe zijn. Dit past in de ‘professionaliseringshonger’ waar enkele geïnterviewden van spreken.

Iets meer dan de helft van de medewerkers voelt zich betrokken bij de verandering. Wanneer medewerkers zich betrokken voelen bij een verandering zullen zij zich eerder eigenaar voelen van de vernieuwing hetgeen een zeer positieve invloed heeft op de implementatie.

Het is niet eenduidig te verklaren waarom de leidinggevenden naar de mening van de medewerkers niet sterk toezien op naleving van de producten. Dit zou kunnen duiden op een cultuur waarin de leidinggevende geen sterk toezichthoudende rol heeft en/of de medewerkers autonoom functioneren.

4 Bespreking van de resultaten

4.1 Inleiding

De uitkomsten van dit onderzoek geven over het geheel genomen een redelijk positief beeld. De vraag of ‘Resultaten Scoren’ resultaten scoort, kan bevestigend beantwoord worden. Er vanuit gaande dat de dertien instellingen in dit onderzoek in voldoende mate representatief zijn voor de verslavingszorg kan gesteld worden dat de producten die tot april 2003 binnen ‘Resultaten Scoren’ zijn ontwikkeld, het veld hebben bereikt en veelal positief zijn ontvangen. Op de publicatie ‘Effectieve verslavingspreventie’ na, zijn alle producten bij de dertien instellingen bekend. De beperkte bekendheid van ‘Effectieve verslavingspreventie’ past bij de doelstelling die de ontwikkelaars hiermee hadden. De verspreiding van de producten is dus zeer succesvol.

De implementatie is echter nog niet voltooid. Met name de literatuurstudies zijn door hun aard niet geïmplementeerd in de zin dat ze tot aanwijsbare gedragsveranderingen hebben geleid, maar zijn ook moeilijk te implementeren. Ze behoeven een concretiseringslag om daadwerkelijk geïmplementeerd te kunnen worden.

Bevorderende factoren voor de implementatie zijn de inhoudelijke kwaliteit van de producten en de positieve houding van de medewerkers ten opzichte van de producten. De belangrijkste belemmeringen worden gevonden in de aard van de producten, factoren in de sociale omgeving (team en leiding) en het systeem (organisatie, extern, financiering).

De resultaten zoals beschreven in hoofdstuk drie worden in dit hoofdstuk gebruikt om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen. Deze zijn:

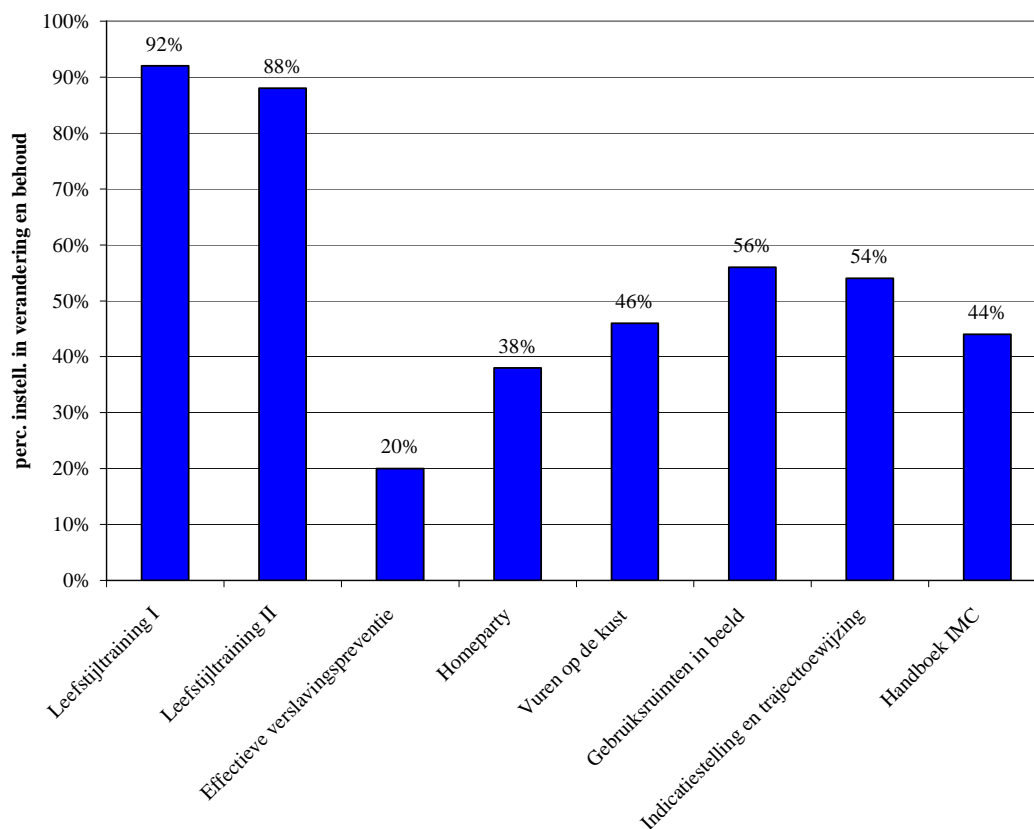
1. In welke fase van adoptie bevinden de aan het veld aangeboden producten van ‘Resultaten Scoren’ zich? (paragraaf 4.2)
2. Op welke wijze geven de instellingen vorm aan de implementatie van de producten van ‘Resultaten Scoren’? (paragraaf 4.3)
3. Welke bevorderende of belemmerende factoren geven leidinggevend en of beleidsmedewerkers en medewerkers aan die van invloed zijn op de implementatie van de producten van ‘Resultaten Scoren’? (paragraaf 4.4)

Alle producten worden gezamenlijk beschouwd. Waar het relevant is, wordt ingegaan op een enkel product of een groep van producten.

4.2 In welke fase van adoptie bevinden de producten zich?

Bij het beantwoorden van deze vraag is het zinvol om te kijken hoe lang het product al beschikbaar is. Een product waarbij veel instellingen in korte tijd de *verander-* of *behoudfase* bereiken heeft een grotere potentie dan een product waarbij dit langzaam gebeurt.

Voor het project is het van belang om te zien hoe groot de groep instellingen is die in de *verander-* of *behoudfase* zit. In deze instellingen is de nieuwe werkwijze of kennis immers onderdeel (aan het worden) van de dagelijkse praktijk. In figuur 4.1 zijn de producten in chronologische volgorde van verschijnen geplaatst met daarbij het percentage instellingen dat in de *verander-* of *behoudfase* zit. Om het beeld zo zuiver mogelijk te houden, zijn de instellingen voor wie het product niet relevant is of die het product niet kennen, niet meegerekend. De twee producten die tijdens het onderzoek in de pilotfase zaten niet opgenomen in het overzicht omdat er voor deze producten nog geen sprake is van landelijke implementatie.



Figuur 4.1 Percentage instellingen in verander- en behoudfase

In de volgende subparagrafen wordt ingegaan op het bovenstaande overzicht. Aan de hand van het overzicht wordt ingegaan op verschillende factoren die de plaats van de producten in het overzicht meebepalen. Hierbij komen de volgende onderwerpen aan de orde: de invloed

van een implementatieplan (4.2.1), de invloed van externe factoren (4.2.2), de invloed van de aard van de producten (4.2.3) en de invloed van de omvang van de instelling (4.2.4).

4.2.1 De invloed van een implementatieplan

In dit overzicht vallen twee producten positief op, 'Leefstijltraining I' en 'Leefstijltraining II'. Een hoog percentage van de betrokken instellingen heeft voor deze protocollen de *verander-* of *behoudfase* bereikt. Er zijn diverse redenen te noemen voor dit resultaat.

Het is deels toe te schrijven aan het feit dat ze al langere tijd beschikbaar zijn voor het veld. Men heeft ruim de tijd gehad om ze te implementeren. Daarnaast spelen de kwaliteit van de producten, het feit dat het veld op het moment dat de producten werden uitgebracht behoefte had aan professionalisering en dus open stond voor de vernieuwingen, en dat de vernieuwing aansluit bij het beleid van de instellingen een rol. Deze drie laatst genoemde bevorderende factoren gelden echter voor alle producten en kunnen dus niet allesbepalend voor het succes zijn.

Waarschijnlijk is het succes van de leefstijltrainingen voor een belangrijke deel toe te schrijven aan het implementatietraject dat er vanuit de ontwikkelaars aan verbonden is. Hierdoor hebben de instellingen de implementatie op gestructureerde wijze ingevuld. Dat een implementatieplan een belangrijke succesbepalende factor kan zijn, blijkt ook bij de 'Intake Module'. Deze module is als een van de laatste producten verschenen en meer dan de helft van de instellingen heeft hier al de *verander-* of *behoudfase* bereikt. Ook hier is er vanuit de ontwikkelaars een implementatieplan en een begeleidingstraject aan de invoering van de nieuwe werkwijze verbonden.

Er zijn echter meer producten die met een richtlijn voor implementatie uitgebracht zijn. Het 'Draaiboek homeparty' besteedt nadrukkelijk aandacht aan de voorbereiding van de invoering. Hierin staat dat een instelling of team voorafgaand aan het besluit tot implementeren een analyse moet maken van mogelijke problemen, de doelgroep, het netwerk, de benodigde vaardigheden en middelen. Ook Grol en Wensing noemen deze aspecten bij het opstellen van een implementatieplan.

Toch hebben voor het 'Draaiboek homeparty' veel minder instellingen de *verander-* of *behoudfase* bereikt (38%). Waarom zijn de implementatieplannen van de leefstijltrainingen en de 'Intake Module' dan succesvoller dan die van het 'Draaiboek homeparty'? Het

implementatieplan van het draaiboek voorziet als enige niet in scholing van de medewerkers en ook niet in begeleiding vanuit de ontwikkelaars gedurende het implementatieproces.

Mogelijk zijn deze factoren het meest cruciaal voor het succes.

Als alle medewerkers geschoold worden in de nieuwe werkwijze is er nadrukkelijk aandacht voor de vernieuwing. Scholing vindt meestal plaats buiten de dagelijkse werksetting en biedt de medewerkers de gelegenheid om zich voor korte tijd helemaal op het nieuwe product te richten. Dit werkt bevorderend voor de implementatie.

Begeleiding tijdens het implementatieproces door iemand van buiten de instelling geeft druk van buitenaf. Door deze externe druk heeft de ‘waan van alle dag’ mogelijk minder invloed. Daarnaast is er een legitieme plaats voor vragen en opmerkingen. Als laatste vereist externe begeleiding dat de taken en verantwoordelijkheden in de instelling duidelijk en helder moeten zijn. Dit komt het implementatieproces ten goede.

Andere mogelijke verklaringen voor het verschil in succes tussen het ‘Draaiboek homeparty’ en de andere drie protocollen zijn de omvang van de vernieuwing, de financiering en de cultuur.

De leefstijltrainingen en de intakemodule impliceren voor de meeste instellingen een omvangrijke verandering. Het brengt een omvangrijk implementatieproces met zich mee en werkwijze verandert sterk (dit laatste geldt niet voor alle instellingen). Voor het ‘Draaiboek homeparty’ is dit niet aangegeven.

Daar waar bij de leefstijltrainingen en de indicatiestellingsmodule alle medewerkers anders gaan werken is het bij de homeparty slechts een klein deel van het team dat zich hiermee bezig gaat houden. Een verandering die niet het hele team betreft is mogelijk kwetsbaarder en moeilijker te borgen dan een verandering waar het hele team wel direct bij betrokken is, omdat er dan minder aandacht is voor het nieuwe product en de nieuwe werkwijze gemakkelijker verdwijnt bij weggaan van de betreffende medewerkers.

Het ‘Draaiboek homeparty’ is een preventieproduct. Een instelling is voor de financiering van de uitvoering van preventieproducten afhankelijk van de gemeenten. Een preventieteam moet haar producten verkopen aan de gemeenten. Dit werkt soms belemmerend. Daar tegenover staat dat de overheid toen de leefstijltrainingen verschenen veel subsidie gaf in het kader van een stimuleringsplan voor hulpverlening aan alcoholverslaafden. Instellingen hebben deze subsidie aangewend om de leefstijltrainingen te implementeren wat bevorderend gewerkt heeft voor de implementatie.

Het onderscheid preventie- en behandelproducten kan ook een cultureel aspect hebben. Mogelijk past het meer in de cultuur van de behandelaars in de verslavingszorg om geprotocolleerd te werken en om sturend op te treden zoals dat in de implementatieplannen voor de leefstijltrainingen en de indicatiestellingsmodule gebeurt.

4.2.2 Invloed van externe factoren

Naast de invloed van een implementatieplan blijkt dat de preventieproducten en ‘Gebruiksruimten in beeld’ (sociale verslavingszorg) bij hun implementatie beïnvloed worden door de financiële beperking van gemeenten. Buiten de juiste public relation en marketing hebben instellingen hier beperkte invloed op.

Bij de ontwikkeling van een landelijk product is van tevoren niet te bepalen hoe het draagvlak en animo bij deze externe stakeholders zal zijn en in die zin is de ontwikkeling in grotere mate een ‘gok’ dan bij de andere producten. Het product wordt ontwikkeld omdat de medewerkers op grond van hun eigen inzicht verwachten dat er vraag naar zal zijn, vanuit een ervaren noodzaak voor de vernieuwing en de behoefte tot professionalisering bij zichzelf. Nadien blijkt pas of er ook een markt is voor het product. Uit de interviews komt naar voren dat er grote verschillen zijn tussen de gemeenten. In de ene stad lukt het de preventiewerkers niet om de ‘Draaiboek homeparty’ aan de man te brengen en in de andere stad wordt het vele malen per jaar uitgevoerd. Er is geen duidelijke reden voor deze verschillen gevonden.

4.2.3 Invloed van aard van de producten

In het overzicht in figuur 4.1 is een rangorde te onderscheiden in de mate van implementatie naar de aard van de producten. Rekening houdend met de duur van de beschikbaarheid van de producten blijken allereerst de protocollen het meest succesvol geïmplementeerd, daarna de richtlijnen en vervolgens de kennisproducten.

Met name voor kennisproducten is het lastig om de fase van *behoud* te bereiken. Het meest duidelijk geldt dit voor ‘Vuren op de kust’. Hoewel het al langere tijd beschikbaar is, lijkt het alsof men ‘blijft hangen’ in de veranderfase. Voor ‘Effectieve verslavingspreventie’ geldt dit ook, maar daar wordt de beperkte implementatie ook sterk beïnvloed doordat de beschreven methodieken niet allemaal beschikbaar zijn voor de Nederlandse verslavingszorg. Er is dus weinig te implementeren uit dit product. De ontwikkelaars hadden tot doel om de in de publicatie genoemde methodieken te implementeren, niet de publicatie zelf.

Uit de interviews blijkt dat de leidinggevenden met de implementatie van kennisproducten willen bereiken dat de nieuwe kennis bij de medewerkers ‘tussen de oren gaat zitten’. Het is

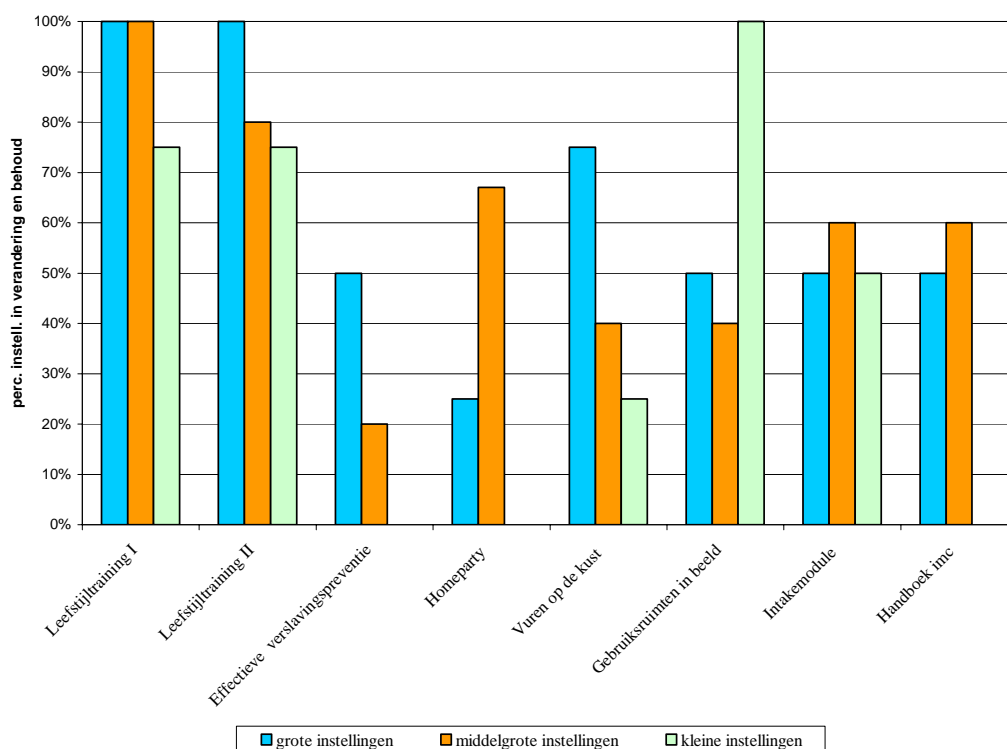
echter moeilijk om vast te stellen wanneer dit het geval is. In termen van Weggeman (2000) is dit het geval als men ten aanzien van de nieuwe kennis 'een gevoel van zinvolle stilstand' (onbewust bekwaam) heeft bereikt. Hiervoor ontbreken echter de criteria en de leidinggevendenden geven aan dat zij het gedachtegoed steeds opnieuw onder de aandacht van de medewerkers moeten brengen.

Een andere belangrijke belemmering bij de implementatie van kennisproducten is het feit dat de gebruikers de nieuwe kennis zelf moeten omzetten in nieuw handelen. Hoewel het zelf invulling kunnen geven aan de vernieuwing meestal een bevorderende factor is voor de implementatie, werkt het hier belemmerend. Dat komt omdat de eigen ruimte voor invulling te groot is en te veel tijd kost. Binnen de vaak relatief kleine preventieteams hebben de medewerkers weinig gelegenheid om hier aan te werken en het gebeurt dan ook beperkt. Wil het zelf invulling kunnen geven aan de vernieuwing bevorderend werken, dan is een zekere mate van concretisering door de ontwikkelaars noodzakelijk zodat men de vernieuwing met name aanpast aan de eigen specifieke situatie en hem niet vanuit de theorie helemaal zelf invult. Uit de interviews blijkt dat er behoefte is aan een geconcretiseerde versie van bijvoorbeeld 'Vuren op de kust' in de vorm van een handboek of richtlijn.

'Gebruiksruimten in beeld' en het 'Handboek IMC' zijn hier voorbeelden van. Beide producten geven de gebruiker concrete richtlijnen. Dat dit de implementatie ten goede komt is te zien in het hogere percentage instellingen dat de *verander-* of *behoudfase* bereikt dan voor de pure kennisproducten.

4.2.4 Invloed van omvang van de instelling

Voor alle producten is voor de mate van adoptie een uitsplitsing gemaakt naar omvang van de instellingen (groot, middelgroot en klein). De bijbehorende grafieken per product zijn opgenomen bij de resultaten in hoofdstuk 3. Uitsplitsing van de figuur 4.1 naar omvang van de instellingen geeft het overzicht dat weergegeven is in figuur 4.2. Ook hier is, net als bij de samenstelling van figuur 4.1, gecorrigeerd voor instellingen die het product niet kennen of voor wie het niet relevant is. De twee producten die tijdens het onderzoek in de pilotfase zaten zijn niet in de figuur opgenomen.



Figuur 4.2 Percentage instellingen in verander- en behoudfase, uitgesplitst naar omvang

De invloed van de omvang van de instelling op de implementatie van producten voor behandeling en op preventie gerichte producten blijkt tegengesteld te zijn. De implementatie van Leefstijltrainingen gaat in kleine instellingen sneller dan in (middel)grote instellingen (hier zitten relatief meer instellingen zitten in de *behoudfase*, zie H 3) en de implementatie van preventieproducten gaat in kleine instellingen moeizamer dan in (middel)grote. Wanneer de verander- en behoudfase worden samengevoegd, valt dit verschil weg.

De Leefstijltrainingen zijn concrete protocollen. Mogelijk is een kleine instelling bij de implementatie van protocollen slagvaardiger. Men hoeft minder mensen te trainen en de communicatie is hier met een kleinere groep eenvoudiger dan in een (middel)grote instelling. Voor het protocol ‘Draaiboek homeparty’ gaat deze redenering echter niet op. Hierbij blijven de kleine instellingen ‘hangen’ in de *acceptatiefase*. Dit is ook het geval bij de kennisproducten ‘Vuren op de kust’ en ‘Effectieve verslavingspreventie’. Over de andere preventieprotocollen is nog niets te zeggen omdat deze alleen nog als pilot worden uitgevoerd.

In de onderzoeksgroep hebben preventieafdelingen in kleine instellingen moeite met het implementeren van de vernieuwingen, ongeacht de aard van het product. De omvang van de teams kan hier een oorzaak voor zijn. In de kleine instellingen is een zeer beperkt aantal

preventiewerkers (3 tot 10 medewerkers in de onderzoeksgroep). Het implementeren van meerdere vernieuwingen tegelijk (3 – 5 producten) is dan problematisch. Zeker als hier kennisproducten bij zitten waar veel tijd in geïnvesteerd moet worden om ze aan te passen voor de eigen praktijk.

Een andere oorzaak kan de financieringsstructuur van verslavingspreventie zijn. Preventie wordt betaald door de gemeentelijke overheid en er worden afspraken gemaakt over aantallen uit te voeren preventieactiviteiten. Door deze afspraken blijft er weinig tijd over om bijvoorbeeld een kennisproduct uit te werken voor de eigen praktijk. In een kleine instelling met een klein team speelt dit waarschijnlijk sterker dan in een (middel)grote instelling waar meer preventiewerkers werkzaam zijn.

Deze situatie bevestigt het beeld dat ‘Resultaten Scoren’ voor de verslavingspreventie een zeer belangrijk project is. Zonder gezamenlijke en landelijke ontwikkeling zouden waarschijnlijk alleen de (middel)grote instellingen toe kunnen komen aan het ontwikkelen en implementeren van vernieuwingen, maar zou dit voor kleine instellingen niet haalbaar zijn. De beperkte mogelijkheid om te investeren in het vertalen van kennis naar de praktijk geeft aan dat het belangrijk is dat de producten die ontwikkeld worden dicht bij de praktijk staan. Voor kennisproducten geldt dit onvoldoende, voor protocollen en richtlijnen geldt dit wel. Dit pleit er voor om de bestaande kennisproducten ‘Vuren op de kust’ en ‘Effectieve verslavingspreventie’, zoals ook aangegeven in de interviews en door de ontwikkelaars, te concretiseren.

4.3 Op welke wijze wordt vormgegeven aan de implementatie?

Bij het beantwoorden van deze vraag moet onderscheid gemaakt worden tussen de implementatie binnen de instellingen en implementatie vanuit het landelijke project ‘Resultaten Scoren’

4.3.1 Implementatieactiviteiten binnen de instellingen

Hierbij is onderscheid te maken tussen producten die met implementatieplan vanuit de ontwikkelaars aan het veld worden aangeboden en producten waarbij de implementatie wordt overgelaten aan de instellingen zelf.

Producten met implementatieplan

Zoals in de vorige paragraaf al aan de orde kwam, zijn slechts vier van de tien producten met een implementatieplan of -richtlijn vanuit de ontwikkelaars aan het veld aangeboden, 'Leefstijltraining I en II', 'IntakeModule' en het 'Draaiboek homeparty'. Het is voor instellingen relatief eenvoudiger om deze producten op gestructureerde wijze te implementeren. Het implementatieplan ondersteunt doordat het voorziet in de te nemen stappen en eventuele scholing en begeleiding.

Voor de drie behandelprotocollen (leefstijltrainingen en indicatiestellingmodule) wordt in veel gevallen in de instelling iemand aangewezen vanuit de staf of het management die de implementatie coördineert en leidt. Voor het 'Draaiboek homeparty' is meestal een teamlid de aandachtsfunctionaris.

Een zwak punt in de implementatieplannen van de protocollen is de evaluatie. Evaluatie is een belangrijk onderdeel van de verbetercyclus. Voor 'Resultaten Scoren-producten' dient de evaluatie uitgevoerd te worden op twee niveaus. Ten eerste evaluatie van ervaring van medewerkers, het doorlopen implementatieproces en van de doelen die men wil bereiken door de producten toe te passen (a). Ten tweede evaluatie van de producten inhoudelijk. Deze evaluatie moet leiden tot eventueel noodzakelijke aanpassing van de producten (b). Beide vormen van evaluatie hebben geen heldere plaats in de implementatieplannen van de behandelprotocollen. De eerstgenoemde evaluatie wel in het implementatieplan van het 'Draaiboek homeparty'

a) Evaluatie van de ervaring van medewerkers, het doorlopen proces en de behaalde doelen vindt voor de behandelprotocollen plaats als onderdeel van de super- of intervisie. Uit de interviews blijkt dat super- of intervisie in de meeste instellingen slechts gedurende een beperkte tijd plaatsvindt en dat dit als eerste vervalt als er belangrijke andere bezigheden of omstandigheden zijn. Men ervaart dit zelf als belemmerend voor de afronding van de implementatie. De evaluatie van gestelde doelen is zeer beperkt. Er wordt bijna geen toetsing uitgevoerd of registratie gepleegd die hier inhoud aan kan geven. In het 'Draaiboek homeparty' is de evaluatie van ervaringen, proces en doelen een onderdeel van het stappenplan. Iedere homeparty wordt geëvalueerd met de aanwezigen. Hiertoe is een evaluatieformulier opgenomen bij het draaiboek. Na een aantal homeparty's te hebben uitgevoerd, wordt naar de eigen instelling en de extern betrokken organisaties teruggekoppeld of de doelen bereikt zijn en hoe het proces is verlopen. Dit kan leiden tot nieuwe activiteiten.

b) De evaluatie van de inhoud van de producten zelf is volgens een aantal geïnterviewden de taak van het landelijk project. Op zich is dit een redelijke gedachte. Echter, deze evaluatie kan niet plaatsvinden zonder input van gegevens en informatie van de gebruikers. Het zou dus logisch zijn dat gebruikers de inhoud van de producten betrekken in hun evaluatie en hier gericht informatie over doorspelen aan de ontwikkelcentra. Dit kan bereikt worden door de inhoudelijke productevaluatie vast onderdeel te laten zijn van de implementatieplannen die met de producten mee geleverd worden. Daarnaast zal voor evaluatie op landelijke niveau (maar natuurlijk bruikbaar op instellingsniveau) geïnvesteerd moeten worden in een registratiesysteem waarin de gebruikers op eenduidige wijze gegevens aanleveren voor deze evaluatie.

Producten zonder implementatieplan

Voor de overige producten geldt dat de implementatie overgelaten wordt aan de instellingen zelf. Vanuit de ontwikkelaars wordt wel bekendheid gegeven aan de nieuwe producten en het veld wordt tijdens studiedagen, congressen en andere bijeenkomsten geïnformeerd over de inhoud van de producten (disseminatie), maar een echt implementatieadvies geeft men niet. Binnen de instellingen wordt niet altijd op gestructureerde wijze vorm gegeven aan de implementatie van deze producten. Uit bijna alle interviews blijkt dat voor de producten de volgende implementatiestappen genomen worden:

- ❖ verspreiden onder de medewerkers;
- ❖ bespreken tijdens een teamvergadering of speciaal belegde bijeenkomst;
- ❖ gezamenlijk bepalen of en welke onderdelen van het product geïmplementeerd worden;
- ❖ een groep(je) medewerkers past het product, indien nodig, aan de eigen situatie aan, soms ondersteund door een beleidsmedewerker;
- ❖ men gaat volgens de nieuwe werkwijze werken.

Deze wijze van implementeren heeft een aantal knelpunten:

- 1) Er wordt vooraf geen plan van aanpak voor de implementatie opgesteld. Hierdoor ontbreekt een reële inschatting van de tijd die nodig is voor de implementatie. Het traject zelf wordt niet in de tijd gepland, en het is niet duidelijk hoeveel tijd de medewerkers of leidinggevende die een trekkersrol hebben, nodig hebben voor hun taken. Dit vergroot de kwetsbaarheid van het proces. De medewerkers doen het 'er bij' en door de drukte van alledag raken deze extra activiteiten snel in de knel. De implementatie wordt daarbij sterk afhankelijk van het enthousiasme en de gedrevenheid van enkele medewerkers die er vaak

veel vrije tijd steken, omdat ze het belangrijk vinden. Gebeurt dit niet, dan duurt het proces langer dan noodzakelijk is, waardoor het voor de overige teamleden steeds minder actueel is.

- 2) De keuze om een product te implementeren wordt genomen op basis van de inhoud van het product en de vraag of het team en/of het management vindt dat het past in het beleid en de werkwijze van het team of de instelling. Men analyseert vooraf de implementatiekansen niet. Er wordt daardoor onvoldoende gekeken naar de achtergronden van de implementatie en de bevorderende en belemmerende factoren die te voorzien zijn. Dit vergroot de kans op (negatieve) verrassingen tijdens het implementatieproces.
- 3) Er worden geen doelstellingen geformuleerd. Hierdoor is het niet helder wat men precies wil bereiken met de invoering van de nieuwe werkwijze en is het daardoor ook niet mogelijk om na te gaan of de implementatie succesvol is geweest.
- 4) Ook hier is evaluatie geen vast onderdeel van het implementatieproces. Er wordt bijna nergens geëvalueerd of er sprake is van daadwerkelijke invoer van de vernieuwing en ook de inhoud van het product wordt niet geëvalueerd. Dit betekent dat de verbetercyclus (plan-do-check-act cyclus) wordt niet gevolgd, de checkfase ontbreekt. Teams gaan werken met een nieuw product zonder vast te stellen wat men wil bereiken en te toetsen of dit uiteindelijk ook de gewenste verbetering tot gevolg heeft. Men laat de mogelijkheid voorbij gaan om noodzakelijke verbeteringen in het product of het uitvoeringsproces aan te brengen.

Door deze knelpunten lopen de producten een grotere kans om over een aantal jaren vergeten te zijn dan de producten die met een implementatieplan aangeboden zijn. Dit is frustrerend voor de medewerkers die met veel enthousiasme en inzet bezig zijn geweest met de vernieuwing en zal hun houding tegenover andere nieuwe producten negatief beïnvloeden.

Het niet of zeer beperkt evalueren van de vernieuwingen zou volgens de theorie van Grol en Wensing betekenen dat er nog geen sprake is van *behoud*. Zij stellen dat in de *behoudfase* de vernieuwing onderdeel is geworden van het reguliere werkproces, is verankerd in de organisatie en dat er afspraken zijn gemaakt over toetsing en evaluatie. In de interviews geven de leidinggevenden aan dat zij vinden dat ze met de verankering in de dagelijkse werkwijze tot *behoud* te zijn gekomen.

4.3.2 Implementatieactiviteiten vanuit het landelijk project

De implementatieactiviteiten op projectniveau worden uitgevoerd door de ontwikkelcentra, die hierbij worden ondersteund door de landelijke projectorganisatie. Het zijn voornamelijk disseminatieactiviteiten: het nieuwe product wordt verspreid onder alle instellingen, de inhoud wordt met betrokken medewerkers uit de instellingen besproken tijdens studiebijeenkomsten en op het jaarlijkse congres wordt tijdens workshops aandacht besteed aan de inhoud van de nieuwe werkwijzen en worden ervaringen uitgewisseld tussen medewerkers die er al mee werken.

Voor de leefstijltrainingen en de indicatiestellingsmodule worden vanuit het ontwikkelcentrum ook implementatieactiviteiten georganiseerd in de vorm van scholing en begeleiding.

Een enkel keer gaf een geïnterviewde aan van mening te zijn dat de evaluatie van de producten een taak is van het landelijke project. Dit gebeurt ook, door het opzetten van een benchmark en door het opstellen van een onderhoudsprotocol:

1) Benchmarking

Vier instellingen uit het ontwikkelcentrum Kwaliteit en innovatie zijn sinds enkele jaren bezig met het benchmarken van resultaten met betrekking tot detoxificatie. In deze benchmark meet iedere instelling de resultaten van haar eigen proces en is er geen protocol dat het proces in alle instellingen stuurt. Met de komst van het 'Detoxprotocol' (een product van 'Resultaten Scoren' dat in de zomer van 2004 verschijnt) zal dat veranderen. Het ontwikkelcentrum is bezig om de benchmark uit te breiden naar de leefstijltrainingen en naar meer instellingen. Het op deze wijze meten, vergelijken en terugkoppelen van resultaten kan een goede input leveren voor de evaluatie van een product.

2) Onderhoudsprotocol

Binnen het landelijke project 'Resultaten Scoren' wordt momenteel gewerkt aan een onderhoudsprotocol voor de reeds ontwikkelde producten. Dit protocol richt zich met name op de protocollen en niet op de richtlijnen en de kennisproducten. Het is de bedoeling dat het onderhoud cyclisch gaat plaatsvinden; de frequentie is afhankelijk van de mate van verandering waaraan het onderwerp van het protocol onderhevig is. Een belangrijke informatiebron voor het onderhoud moet de databases van de instellingen zijn die informatie bevatten over toepassing, cliëntwaardering en resultaten. Dit onderzoek wijst echter uit, dat er tot nu toe erg weinig en onvolledig wordt geregistreerd in de verslavingszorg, dus deze databases zijn nog niet beschikbaar. De verslavingszorg neemt hiermee in de zorgsector geen uitzonderingspositie in.

4.4 Welke bevorderende of belemmerende factoren zijn van invloed op de implementatie?

Bevorderende en belemmerende factoren kunnen onderverdeeld worden in vier groepen:

- 1) factoren in de vernieuwing zelf;
- 2) factoren in de individuele hulpverlener;
- 3) factoren in de leiding, het team en de cliënt (factoren in de sociale omgeving);
- 4) factoren in de instelling en de externe omgeving (factoren in het systeem).

In deze paragraaf worden de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren die benoemd zijn in de interviews en de schriftelijke vragenlijsten onder medewerkers besproken. In de meeste gevallen bepaalt een combinatie van de factoren het uiteindelijke implementatiesucces.

4.4.1 Factoren in de vernieuwing zelf

De inhoud van het product heeft veel positieve invloed op de implementatie. Voor alle producten geven leidinggevend en medewerkers aan dat zij de inhoud goed en helder vinden, dat deze past in het eigen beleid en bij de normen en waarden die men heeft voor goede zorg. De producten zijn een antwoord op ervaren knelpunten en worden in het algemeen zeer relevant gevonden.

Dit resultaat kan enigszins vertekend zijn omdat er niet verder gesproken is over een product, als een instelling heeft aangegeven dit product niet te implementeren. De inhoud van een product blijkt echter nooit een reden te zijn om het niet te implementeren. Wel wordt enkele keren genoemd dat een product niet geïmplementeerd wordt omdat het niet past binnen het beleid van de instelling of het team.

Van de kennisproducten wordt opgemerkt dat de inhoud te ver van de praktijk af staat en dat dit de implementatie belemmert. Het sluit dan minder goed aan bij de eigen belevingswereld en de ervaren praktijk.

Als de inhoud ver van de praktijk af staat, is de tijd die men nodig heeft om zich de nieuwe kennis eigen te maken ook belemmerend voor de implementatie. De medewerkers geven bij de producten 'Vuren op de kust' en 'Effectieve verslavingspreventie' aan dat ze te weinig tijd hebben om zich de informatie uit deze producten eigen te maken.

Een belemmerende factor is de omvang van de verandering. Als deze groot is doordat de nieuwe werkwijze sterk afwijkt van de oude, roept dit meer weerstand op bij de medewerkers

dan wanneer de nieuwe werkwijze niet veel afwijkt van de oude. Daarnaast vergt de implementatie van een grote verandering meer tijd en ook dat wordt als belemmerend ervaren. Dit aspect heeft op zichzelf echter niet erg veel invloed. De leefstijltrainingen en de indicatiestellingsmodule worden bijvoorbeeld gekenmerkt als grote verandering en blijken toch zeer succesvol geïmplementeerd te worden. Wanneer een omvangrijk implementatietraject uitgevoerd moet worden in een onstabiele omgeving, zoals bijvoorbeeld in een organisatie die gelijktijdig reorganiseert, is de omvang van de verandering wel belemmerend.

4.4.2 Factoren in de individuele hulpverlener

De individuele medewerker in de verslavingszorg is vooral een bevorderende factor voor het implementeren van de vernieuwingen. Uit de interviews blijkt een professionaliseringsdrang en een honger naar nieuwe werkwijzen en methodieken. Medewerkers willen meer *evidence based* gaan werken en (vooral de jongeren) hebben behoefte aan de structuur die protocollen bieden. Medewerkers die al langer in de verslavingszorg werken, hebben aanvankelijk vaak het gevoel dat ze het voorheen kennelijk niet goed gedaan hebben, zij lopen niet direct warm voor de vernieuwingen. Dit is echter nooit echt belemmerend voor de implementatie en meestal worden zij overtuigd door de kwaliteit van de inhoud van het product. Grote veranderingen kunnen rekenen op meer aanvangsweerstand dan kleine veranderingen. Het positieve beeld wordt bevestigd door de medewerkers zelf. Men heeft geen moeite met het veranderen van oude routines (76%) en staat positief tegenover het werken met protocollen en richtlijnen (80%). De medewerkers voelen zich niet overvoerd door de veranderingen (80%) en geven bij alle producten aan dat zij zich voldoende capabel achten om het product in de praktijk uit te voeren (86%), men mist geen kennis (83%) of vaardigheden (89%) hiervoor .

Voor 37% van de medewerkers geldt dat zij zich onvoldoende betrokken voelen bij de vernieuwing. Dit kan implicaties hebben voor het draagvlak van de vernieuwing. Iemand die zich niet betrokken voelt, voelt zich ook geen eigenaar. Volgens Grol en Wensing bevat het implementatieproces zowel de ontwikkeling van de vernieuwing als de stappen die genomen worden om gebruik in de praktijk te realiseren. Een belangrijke reden hiervoor is dat het succes van implementatie mede afhankelijk is van de betrokkenheid van de gebruikers bij de ontwikkeling ervan.

Binnen 'Resultaten Scoren' zijn de producten ontwikkeld in een samenwerkingsverband van instellingen en wetenschappers. Dit brengt met zich mee dat het grootste deel van de gebruikers 'uitontwikkelde' producten gepresenteerd krijgt. Uit de interviews blijkt dat het positief gewaardeerd wordt als de instellingen de mogelijkheid hebben om het product aan te passen aan de eigen situatie. Bij de 'Intake Module' is dit in hoge mate het geval en, hoewel het veel werk is, verhoogt dit het draagvlak voor de verandering. Deze ervaring pleit ervoor om te streven naar 'halffabrikaten', waar instellingen een op de eigen situatie toegesneden vorm aan kunnen geven, zonder de kern van het product te veranderen. Een geïnterviewde benoemde deze noodzaak als volgt: "Assen is niet te vergelijken met Amsterdam en preventieproducten kunnen in beide steden dan ook niet identiek zijn." Teveel zelf in te vullen ruimte in een product, zoals bij bijvoorbeeld 'Vuren op de kust' blijkt echter belemmerend te werken (zie paragraaf 4.2). Het ontwikkelen van halffabrikaten betekent niet dat er geen protocollen ontwikkeld zouden moeten worden. Ook een protocol kan zodanig zijn opgesteld dat de gebruikende instelling ruimte heeft het aan te passen aan de eigen specifieke situatie.

Opvallend is dat alleen medewerkers die met preventieproducten werken van mening zijn dat er een extra financiële tegemoetkoming zou moeten staan tegenover het werken met de nieuwe producten. Medewerkers die met de ander in dit onderzoek opgenomen producten werken, geven dit niet aan. Een reden hiervoor is niet nader onderzocht.

4.4.3 Factoren in de leiding, het team en de cliënt

Bij factoren op het niveau van de leiding, het team en de cliënten valt op dat de leidinggevend in de interviews op dit aspect bijna alleen belemmerende factoren benoemen. Alleen bij de leefstijltrainingen en de 'Intake Module' worden ook bevorderende factoren genoemd. Met name het bevorderende effect van het verplichtend opleggen van het werken met de protocollen valt hier op.

De belemmerende factoren betreffen vooral het vertrek van personeel en leidinggevend en de kwetsbaarheid van de implementatie als er teveel geleund wordt op een aandachtsfunctionaris. Zoals in alle literatuur is beschreven, wordt hier bevestigd dat een stabiele situatie in een team belangrijk is voor het succesvol invoeren van een vernieuwing. De stabiliteit van het team en de leiding zijn geen onderwerpen die in de vragenlijst aan de medewerkers voorkomen. Medewerkers geven vooral bevorderende factoren aan zoals de ervaren steun en stimulans van de leiding (87%) en collega's (73%). Afhankelijk van de aard van het product is de benodigde tijd voor het zich eigen maken van de nieuwe kennis of voor

het uitvoeren van de nieuwe werkwijze wel belemmerend. Ten aanzien van de protocollen vindt 14 – 26% van de medewerkers dat ze te weinig tijd hebben om zich het product eigen te maken. Voor de richtlijnen is dit 42% en voor de kennisdocumenten geeft 45 – 52% dit knelpunt aan.

De leidinggevenden zien naar de mening van de medewerkers niet toe op naleving van de producten (49%). Het is niet eenduidig te verklaren waarom dit zo is. Het zou kunnen duiden op een cultuur waarin de leidinggevende geen sterk toezichhoudende rol heeft en/of de medewerkers autonoom functioneren.

Nieuwe producten komen er vooral bij en vormen meestal geen aanleiding om met andere activiteiten te stoppen. Dat gaat tot op heden goed (men voelt zich niet overvoerd), maar sinds april 2003 zijn er twaalf nieuwe producten verschenen en een zo grote hoeveelheid in korte tijd kan toch belemmerend gaan werken op de implementatie.

4.4.4 Factoren in de instelling en de externe omgeving

In de interviews zijn de bevorderende en belemmerende factoren in de instelling en externe factoren het minst vaak genoemd. Bij de grote veranderingen, zoals bij de leefstijltrainingen en de indicatiestellingmodule, is het bevorderend als het hoger management of de directie besluit tot de implementatie en het ook verplichtend oplegt. Daar waar medewerkers niet verplicht worden om volgens de nieuwe werkwijze te werken, wordt dit als belemmerend ervaren voor de implementatie. Dit speelt zich niet altijd op het niveau van het hoger management af, het verplichtend opleggen gebeurt ook door de direct leidinggevenden.

Uit de interviews met de hoofden van preventieafdelingen blijkt, dat het hoger management meestal geen cruciale rol speelt in de besluitvorming tot implementatie en de invoering zelf. Dit wordt door de geïnterviewden niet als belemmerend ervaren. Zij vinden dit op hun niveau in de organisatie horen.

De preventieproducten en ‘Gebruiksruimten in beeld’ worden als enige belemmerd door externe factoren. Eén instelling heeft extra subsidie gekregen voor het uitvoeren van het ‘Draaiboek homeparty’, hetgeen natuurlijk bevorderend werkt. Voor de overige producten wordt de afhankelijkheid van externe financiering en het moeten concurreren met aanbod uit andere sectoren als belemmerend ervaren voor de implementatie.

Fusies en reorganisatie werken vertragend op de implementatie en daardoor belemmerend.

4.4.5 Overige factoren

Tijdens het onderzoek bleek dat het onderzoek zelf een bevorderende factor is voor de implementatie van de producten. In zeven interviews is aangegeven dat het gesprek over de implementatie er toe zou leiden, of er reeds toe had geleid, dat er meer aandacht voor de implementatie van de betreffende producten zou komen.

In de voorbereiding van het interview hebben de leidinggevenden de publicatie opnieuw doorgenomen en nagedacht over het implementatieproces tot nu toe. Dit zorgt ervoor dat de producten (in ieder geval voor korte tijd) weer actueel zijn en dat er in de periode na de interviews meer aandacht is voor de implementatie. Dit bevestigt de gedachtegang over het implementerend effect van de externe begeleiding en scholing door de ontwikkelaars in paragraaf 4.2. Externe ‘druk’ heeft een positieve invloed op de implementatie.

4.4.6 Samenvatting

Samenvattend kan gesteld worden dat de meeste bevorderende factoren voor implementatie gelegen zijn in de kwaliteit van de producten zelf en de gretigheid van de hulpverleners om er mee te gaan werken. Dit geldt voor alle instellingen. Uitzondering vormen de uitgesproken kennisproducten. Hun implementatie wordt belemmerd doordat de inhoud te ver van de praktijk af staat en er in de dagelijkse praktijk niet voldoende tijd is om deze kennis om te zetten in praktische implicaties.

Vervolgens zijn er per instelling factoren in de sociale omgeving van het team en de leiding die met name als belemmerend ervaren worden. Daarnaast is vooral bij grote veranderingen de ondersteuning van het hoger management cruciaal en deze wordt door alle instellingen als bevorderend ervaren.

5 Conclusies en aanbevelingen

De antwoorden op de onderzoeksvragen in de paragrafen 4.1 t/m 4.4 leiden (samengevat) tot een aantal conclusies en aanbevelingen.

5.1 Conclusies

'Resultaten Scoren' scoort resultaten

Alle producten worden gebruikt, er is niet één product dat door geen enkele instelling wordt toegepast. Op één na, zijn alle producten bekend bij alle instellingen. De producten zijn positief ontvangen door het veld. Ze zijn een antwoord op ervaren knelpunten, worden inhoudelijk goed gewaardeerd en passen in het beleid van de instellingen en de werkstijl van de medewerkers.

Met de ontwikkeling en implementatie van de producten bereikt de verslavingszorg de doelstellingen die zij heeft geformuleerd ten aanzien van het verkrijgen van inzicht en overzicht van effectieve en efficiënte interventies en het sectorbreed implementeren van deze interventies.

Er is verschil in de mate waarin de ontwikkelde producten geïmplementeerd zijn

Niet alle producten zijn even goed geïmplementeerd. De aard van de producten heeft grote invloed op de implementeerbaarheid ervan. De protocollen zijn het best implementeerbaar, waarbij de leefstijltrainingen het meest succesvol zijn. Met name de kennisproducten staan vaak te ver van de praktijk af en vergen teveel actie vanuit de instelling om er praktisch vorm aan te geven. Richtlijnen nemen een tussenpositie in.

Het implementeren van de producten vindt te weinig gestructureerd plaats

Slechts vier van de tien producten zijn door de ontwikkelaars met een implementatieplan aangeboden aan het veld. Voor de overige producten worden de instellingen geacht zelf een implementatieplan te maken. Dit gebeurt meestal niet op gestructureerde wijze, met als consequenties dat men niet doelgericht en systematisch te werk gaat.

Een zwak punt in alle implementaties is de evaluatie, zowel van de inhoud van het product als van het effect van de nieuwe werkwijze. Dit is een direct gevolg van het niet stellen van doelen en van het feit dat er bijna geen gegevens rondom gebruik en

effecten van de producten worden geregistreerd. Men heeft onvoldoende gegevens om te kunnen evalueren. Hierdoor worden de producten onvoldoende geborgd en gaan ze een onzekere toekomst tegemoet.

De belangrijkste bevorderende factoren voor implementatie zijn de kwaliteit van het product, de houding van de medewerkers en een implementatieplan

Uit het onderzoek blijkt dat dit voor alle producten en alle instellingen geldt.

- ❖ Voor alle producten wordt aangegeven dat de inhoudelijke kwaliteit goed is, aansluit bij het afdelingsbeleid en de normen en waarden van de medewerkers. Hierdoor is het draagvlak voor de vernieuwing groot.
- ❖ Het is belangrijk dat de gebruikers een product aan kunnen passen aan de eigen situatie. Dit verhoogt de kwaliteit van het product in de specifieke situatie en het draagvlak voor de vernieuwing onder de gebruikers.
- ❖ Medewerkers hebben een drang tot professionaliseren. Men staat positief tegenover meer geprotocolleerd werken en vindt het niet moeilijk om oude routines op te geven. Tot nu toe vinden medewerkers niet dat er teveel veranderingen tegelijkertijd worden doorgevoerd. Leidinggevend vinden echter wel dat er ook nu al soms te veel op hun teams af komt.
- ❖ De grootste kans op succes hebben producten die met een implementatieplan, inclusief scholing en begeleiding door de ontwikkelaars, worden aangeboden aan het veld. De externe 'druk' die deze wijze van implementeren met zich meebrengt, lijkt veel invloed te hebben.

De belangrijkste belemmerende factoren voor implementatie liggen in de sociale omgeving en het systeem

In tegenstelling tot de bevorderende factoren zijn de belemmerende factoren met name instellingsafhankelijk.

- ❖ Een instabiele situatie in de aansturing of de samenstelling van een team werkt belemmerend voor het invoeren van een vernieuwing. Ook wijzigingen in een team en de leiding brengen het reeds bereikte implementatieresultaat in gevaar.
- ❖ Een instabiele organisatie door bijvoorbeeld een reorganisatie of fusie creëert een ongunstig klimaat voor het implementeren van vernieuwingen.

De omvang van een instelling is zowel bevorderend als belemmerend voor de implementatie

De implementatie van behandelproducten gaat in kleine instellingen sneller dan in (middel)grote instellingen, relatief meer instellingen zitten in de *behoudfase*; de implementatie van preventieproducten gaat in kleine instellingen moeizamer dan in (middel)grote.

5.2 Aanbevelingen

Op grond van de conclusies kunnen voor het vervolgtraject van ‘Resultaten Scoren’ de volgende aanbevelingen geformuleerd worden (in willekeurige volgorde):

Zet in op het verder ontwikkelen van de kennisproducten naar richtlijnen en protocollen.

Hierdoor zal de implementeerbaarheid van deze producten toenemen en daarmee de kans dat ze blijvende invloed hebben op de verslavingszorg. Besteed hierbij nadrukkelijke aandacht aan de kennisproducten die gericht zijn op preventie, omdat de implementatie daarvan in met name kleine instellingen kwetsbaar is.

Nieuwe producten hebben meer kans van slagen als zij zodanig zijn opgesteld, dat de gebruikende instellingen het zelf moeten aanpassen aan hun eigen situatie.

De aanpassing mag de kern en de evidence van het product niet veranderen. Aanpassing vergroot het draagvlak voor de vernieuwing omdat men zich meer de eigenaar van het product voelt en dat is bevorderend voor de implementatie. Er zit echter wel een grens aan de inspanning die instellingen kunnen leveren bij het aanpassen van de producten aan hun eigen situatie.

Zowel vanuit het project als binnen de instellingen moet het implementatieproces beter gestructureerd worden.

Het uitbrengen van de producten met een implementatieplan of minimaal een heldere richtlijn voor de implementatie is belangrijk. Daarnaast kunnen ontwikkelaars gebruik maken van de ‘Checklist Implementatie’ die is opgesteld door de Commissie implementatie van het project ‘Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ’ (2002).

Geef de ontwikkelaars van een product een begeleidende rol in de implementatie van producten in de instellingen.

Dit leidt ertoe dat de producten gebruikt worden zoals ze bedoeld zijn en ontstaat er een positieve ‘druk’ van buitenaf, waardoor de voortgang en de inhoud van het implementatieproces positief beïnvloed worden.

Geef bij de implementatie nadrukkelijk aandacht aan het behoud en daarin met name aan de evaluatie van het product, zowel op instellingsniveau als op projectniveau.

Investeer in het opzetten van een zoveel mogelijk sectorbreed registratiesysteem.

Hierin moeten gebruik en resultaten van de nieuwe producten geregistreerd worden, zodat evaluatie plaats kan vinden op basis van objectieve gegevens.

Literatuurlijst

Baarda, D. B., & De Goede, M. P. M. (1995). *Basisboek methoden en technieken: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek.*

Groningen: Stenfert Kroese / Educatieve Partners Nederland.

Baarda, D. B., De Goede, & M. P. M. Teunissen, J. (2001). *Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren kwalitatief onderzoek.*

Groningen: Stenfert Kroese / Educatieve Partners Nederland.

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

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.

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

Utrecht: GGZ Nederland.

Creswell, J. W. (1994). *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches.*

London: SAGE Publications ltd.

Diepraam, A. (2003). *Intramuraal Motivatie Centrum; een handboek.*

Utrecht: GGZ Nederland.

Es, M. van (2004). *Unieke samenwerking in de verslavingszorg : Resultaten Scoren verslag 1999-2003.*

Utrecht: GGZ Nederland.

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

Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

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.

Karsbergen, M. van. (2002). *Checklist implementatie voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de ggz*.

Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Utrecht: GGZ Nederland.

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

Swanborn, P.G. (1991). *Basisboek sociaal onderzoek*.

Meppel / Amsterdam: Boom.

Spelt, G. van der (2003). *Zorggebonden medewerkers in de verslavingszorg*.

Utrecht: GGZ Nederland.

Splunteren, P. van. (1998). *Met het oog op toepassing: beleidsnota implementatie ZON*.

Den Haag: Zorgonderzoek Nederland.

Verschuren, P. J. M. (1999). *De probleemstelling voor een onderzoek*.

Utrecht: Het Spectrum.

Vocht, M. de, & Riper H. (2001). *Draaiboek homeparty*.

Utrecht: GGZ Nederland.

Weggeman, M. (1997). *Kennismanagement: inrichting en besturing van kennisintensieve organisaties*. Schiedam: Scriptum.

Weggeman, M. (2000). *Kennismanagement: de praktijk*.

Schiedam: Scriptum.

Wensing, M., Van Splunteren, P., Hulscher, M., & Grol, R. (2000). *Practisch nieuw: implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*.

Assen: Van Gorcum.

Wildt, W. A. J. M. 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. A. J. M. 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. A. J. M. de, Schramade, M. H., Boonstra, M., & Bachrach, C. (2002). *Intake Module: indicatiestelling & trajecttoewijzing*. Handleiding en literatuurstudie.

Utrecht: GGZ Nederland.

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 van 1999 - 2003 (fase 1) én van 2004 – 2005.

Auteur:
drs. Eta Mulder

Co-auteur:
prof. dr. Gerard Schippers

Nadere informatie:
Publicatienummer : 2003-254
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.