Een continue zorg : een studie naar het verband tussen personeelwisselingen, organisatiekenmerken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding in residentiele instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen

Citation for published version (APA):

Buntinx, W. H. E. (2004). *Een continue zorg : een studie naar het verband tussen personeelwisselingen, organisatiekenmerken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding in residentiele instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20041222wb>

Document status and date:

Published: 01/01/2004

DOI:

[10.26481/dis.20041222wb](https://doi.org/10.26481/dis.20041222wb)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 26 Apr. 2023

EEN CONTINUE ZORG

Een studie naar het verband tussen personeelwisselingen,
organisatiekenmerken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding
in residentiële instellingen
voor mensen met verstandelijke beperkingen

Een continue zorg. Een studie naar het verband tussen personeelswisselingen, organisatiemarken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen

W.H.E. Buntinx

Proefschrift Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland

Met samenvatting in het Engels

ISBN 90-5278433-7

Trefwoorden: continuïteit van zorg / kwaliteit van zorg / organisatie / teameffectiviteit / verloop

© 2004 Wil H.E. Buntinx

Universiteit Maastricht

Capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg

Postbus 616

6200 MD Maastricht

EEN CONTINUE ZORG

Een studie naar het verband tussen personeelswisselingen,
organisatiekenmerken, teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding
in residentiële instellingen
voor mensen met verstandelijke beperkingen

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus,
Prof. mr. G.P.M.F. Mols
volgens het besluit van het College van Decanen,
in het openbaar te verdedigen
op woensdag 22 december 2004 om 16.00 uur

door

Willy Henri Emma Buntinx

Promotor:

Prof. dr. A.Th.G. van Gennepe

Beoordelingscommissie

Prof. dr. W.N.J.Groot (voorzitter)

Prof. dr. A.P. Aldenkamp

Prof. dr. B. Maes (Katholieke Universiteit Leuven, België)

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	9
1.1	Personeelwisselingen als probleem	11
1.1.1	Residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen	11
1.1.2	Woongroepteams in residentiële instellingen	12
1.1.3	Effectiviteit van woongroepteams	12
1.1.4	Continuïteit, effectiviteit en kwaliteit	13
1.2	Doel en probleemstelling van de studie	14
1.3	Begripsomschrijvingen	16
1.3.1	Kenmerken van het woongroepteam als spil van het primaire proces	16
1.3.2	'Verloop' versus 'personeelwisselingen'	18
1.3.3	'Effectiviteit' en 'kwaliteit'	19
1.3.4	'Zorg' versus 'ondersteuning' en 'begeleiding' en het begrip 'verstandelijke beperkingen'	20
1.4	Opbouw van de studie en leeswijzer	22

Deel I

2	DE RESIDENTIËLE INSTELLING ALS ORGANISATIE: EEN HISTORISCH-SOCIALE SCHETS	27
2.1	Van de 19 ^e eeuw tot de AWBZ	30
2.1.1	Achtergrond van de ontwikkelingen	30
2.1.2	Organisatie	33
2.2	Van 1968 tot 1990	36
2.2.1	Achtergrond van de ontwikkelingen	36
2.2.2	Organisatie	39
2.3	De jaren negentig en de periode 2000 tot 2003	41
2.3.1	Achtergronden van ontwikkeling	41
2.3.2	Organisatie	46
2.4	Personeelwisselingen in historisch perspectief	51
2.5	Residentiële instellingen: de huidige Nederlandse situatie	53

3	PERSONEELSWISSELINGEN	57
3.1	Personeelwisselingen als praktijkprobleem	59
3.1.1	Het perspectief van de bewoner	59
3.1.2	Het perspectief van ouders en familie	60

3.1.3	Het perspectief van professionals en brancheorganisatie	60
3.1.4	Conclusie	61
3.2	Personeelsswisselingen als wetenschappelijk probleem	62
3.2.1	Verband tussen personeelsswisselingen en teameffectiviteit	62
3.2.2	Verband tussen 'verloop' of 'personeelsswisselingen' en 'kwaliteit van zorg'	65
3.2.3	Correlaten van verloop en personeelsswisselingen	68
3.2.4	Het meten van personeelsswisselingen	73
3.2.5	Conclusie	75
4	TEAMEFFECTIVITEIT EN KWALITEIT	77
4.1	De dienstenorganisatie en de effectiviteit van het teamfunctioneren	79
4.1.1	Dienstenorganisaties	79
4.1.2	De vraaggerichte dienstenorganisatie	80
4.1.3	Wie is de cliënt?	82
4.1.4	Cliëntgerichtheid en marketing	84
4.1.5	Cliënttevredenheid en kwaliteit	88
4.1.6	Teameffectiviteit en cliënttevredenheid in marketingstudies	90
4.2	De dienstenorganisatie en kwaliteitszorg	91
4.2.1	Facetten van kwaliteit	92
4.2.2	Aandacht voor kwaliteit in de loop van de tijd	96
4.2.3	Indicatoren, modellen en systemen	97
4.2.4	Continuïteit en kwaliteit	102
5	CONCLUSIE LITERATUURSTUDIE EN FORMULERING ONDERZOEKS- VRAGEN	105
5.1	Conclusie deel I	107
5.2	Onderzoeksvragen	109

DEEL II

6	THEORETISCH KADER	113
6.1	Verstandelijke beperkingen en omgeving	115
6.1.1	'Handicap': een functionele visie	115
6.1.2	Verstandelijke beperkingen en omgeving	118
6.1.3	Het ecologisch karakter van ondersteuning	119

6.2	De sociale ecologie	121
6.2.1	Conceptualisering van de ondersteuningsomgeving	123
6.2.2	Voorwaarden voor gunstige interacties	126
6.3	Organisatietheorie	128
6.3.1	Functioneren van het dienstenteam	128
6.3.2	Het meten van cliënttevredenheid	131
6.4	De onderzoeksvragen binnen de theoretische context	136
7	OPZET VAN HET ONDERZOEK	139
7.1	Doelstelling en onderzoeksvragen	141
7.2	Onderzoeksgroep	142
7.3	Methode	144
7.4	Operationalisering van de onderzoeksvariabelen en gebruikte meetinstrumenten	144
7.4.1	Personeelswisselingen	144
7.4.2	Woongroepkenmerken	147
7.4.3	Teameffectiviteit	148
7.4.4	Ervaren kwaliteit van begeleiding	150
7.5	Procedure	151
7.6	Data analyse	152
7.7	Geoperationaliseerde onderzoeksvragen	153
8	RESULTATEN	155
8.1	Respons	157
8.1.1	Medewerkers	157
8.1.2	Familie	158
8.1.3	Bias	158
8.2.	Uitkomsten van de drie maten 'personeelswisselingen' (PW)	158
8.3	Onderzoeksvraag 1: verband tussen personeelswisselingen en woongroepkenmerken	160
8.4	Onderzoeksvraag 2: verband tussen personeelswisselingen en teameffectiviteit	166
8.5	Onderzoeksvraag 3: verband tussen personeelswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding	168
8.6	Onderzoeksvraag 4: verband tussen teamfunctioneren en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding	170
8.7	Onderzoeksvraag 5: personeelswisselingen en het verband tussen teameffectiviteit en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding	172

8.8	Onderzoeksvraag 6: bijdrage van de gecombineerde variabelen organisatiekenmerken, personeelsswisselingen en teameffectiviteit aan de voorspelling van 'ervaren kwaliteit van begeleiding'	174
8.9	Samenvatting van de resultaten	176
9	CONCLUSIE, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN	179
9.1	Conclusies	181
9.2	Discussie	186
9.2.1	Methodologische beschouwingen	186
9.2.2	Inhoudelijke beschouwingen	187
9.2.3	Wetenschappelijke beschouwingen	189
9.3	Aanbevelingen	190
9.3.1	Aanbevelingen in het kader van kwaliteitsbeleid	190
9.3.2	Aanbevelingen voor strategisch management	192
	LITERATUUR	197
	SAMENVATTING	219
	SUMMARY	229
	BIJLAGEN	241
	Bijlagen bij hoofdstuk 2	243
	Bijlagen bij hoofdstuk 3	246
	Bijlagen bij hoofdstuk 6	248
	Bijlagen bij hoofdstuk 7	250
	Bijlagen bij hoofdstuk 8	279
	DANKWOORD	289
	CURRICULUM VITAE	295

1

Inleiding

Deze studie handelt over wisselingen van groepsleiders in woongroep teams van Nederlandse residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Frequentie personeelswisselingen binnen een woongroep team worden algemeen beschouwd als een risico voor de kwaliteit van de geleverde begeleiding. In deze studie wordt verslag gedaan van zowel een literatuurstudie als een empirisch onderzoek naar de organisatorische context van personeelswisselingen, naar de aard en omvang van deze wisselingen, en naar de samenhang van personeelswisselingen met teameffectiviteit en met kwaliteit van geleverde begeleiding. Deze inleiding begint met een korte beschrijving van het terrein en de aanleidingen voor de studie (paragraaf 1.1). Vervolgens worden het doel en de probleemstelling geformuleerd (paragraaf 1.2). Dan volgt de omschrijving van een aantal belangrijke begrippen in deze studie (paragraaf 1.3). Het inleidend hoofdstuk wordt afgesloten met de formulering van voorlopige onderzoeksvragen, een overzicht van de opbouw van de studie en met een leeswijzer (paragraaf 1.4).

1.1 Personeelswisselingen als probleem

1.1.1 Residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen

Volgens de meest recente wetenschappelijke schatting bedraagt de prevalentie van mensen met verstandelijke beperkingen per 1 januari 2001 in de Nederlandse bevolking 0,669 procent. In absolute cijfers gaat het om 111.750 mensen (Van Schrojenstein Lantman-deValk, Van Heurn-Nijsten & Wullink, 2002). Ongeveer de helft woont thuis bij ouders, bij familie, in een pleeggezin of zelfstandig. De andere helft woont in centra voor begeleid wonen ('gezinsvervangende tehuizen') of in instellingen; dit zijn beide voorzieningen op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er maken 18.175 bewoners gebruik van centra voor begeleid wonen en 35.984 bewoners van residentiële instellingen. Het grootste deel van de instellingscapaciteit (33.694) betreft 133 'Algemene Instellingen voor Verstandelijk gehandicapten' (AIV), waartoe ook de acht instellingen voor meervoudig gehandicapten worden gerekend (Eggink & Blank, 2001; College Tarieven Gezondheidszorg, 2002).

AIV's bieden '7 x 24 uur' zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen van alle leeftijden en alle niveaus van zorgintensiteit. De zorg strekt zich hier uit over verschillende AWBZ-functies waaronder huishoudelijke en persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Omdat in algemene instellingen de woonfunctie centraal staat en de overige functies overwegend binnen dezelfde organisatie en vaak op dezelfde locatie worden geleverd, wordt ook gesproken over *residentiële instellingen*. Residentiële instellingen zijn een vorm van langdurige zorg; de gemiddelde verblijfsduur van de huidige cliënten bedraagt achttien jaar (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002). Deze studie gaat over de begeleiding binnen de woonfunctie van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen (AIV).

1.1.2 Woongroepteams in residentiële instellingen

Onder invloed van een veranderende zorgvisie zijn residentiële instellingen de laatste tien jaren sterk in beweging. Dit belet niet dat het meest voorkomende organisatiepatroon van de woonfunctie in residentiële instellingen tot op heden nog steeds de 'woongroep' is. Een woongroep bestaat gemiddeld uit negen tot tien bewoners (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002). Aan een woongroep zijn een aantal professionele begeleiders verbonden: de groepsleiders. Deze werken in teamverband. De koppeling tussen woongroep en woongroepteam is in Nederland nog steeds het overheersende organisatiepatroon. De omvang en samenstelling van dit woongroepteam en de inzet van groepsleiders over de verschillende dagen van de week worden afgestemd op de zorgvragen en de zorgintensiteit van de bewoners. In het kader van individualisering van zorg heeft een cliënt van een residentiële instelling sinds de jaren negentig ook te maken met een 'persoonlijke begeleider' die de begeleiding rond een bepaalde bewoner coördineert. Een persoonlijke begeleider is meestal een lid van het woongroepteam maar deze koppeling wordt in sommige instellingen bewust niet gemaakt (Van Loon, 2001). Een 'persoonlijk begeleider' verricht coördinerende taken, meestal voor meerdere bewoners. De dagelijkse praktische begeleiding komt echter voor rekening van alle teamleden samen en is niet beperkt tot de persoonlijke begeleider. In paragraaf 1.3.1 wordt een beschrijving gegeven van de opbouw van een dergelijk woongroepteam. In deze studie staan woongroepen van residentiële instellingen en de daarbij horende teams van groepsleiders centraal.

1.1.3 Effectiviteit van woongroepteams

Residentiële instellingen worden in deze studie opgevat als dienstenorganisaties. Het team van groepsleiders vormt de *front-office*: de plaats waar organisatie en cliënt elkaar dagelijks persoonlijk ontmoeten en waar de dienstverlening daadwerkelijk gerealiseerd wordt. De mate waarin deze succesvol en tot tevredenheid van cliënten verloopt, draagt bij tot het functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen en daarmee tot hun kwaliteit van bestaan. De mate van tevredenheid van cliënten met de door hen ervaren begeleiding kan beschouwd worden als een maat voor de kwaliteit van de begeleiding. De mate waarin het woongroepteam erin slaagt bij te dragen tot positieve kwaliteitservaringen van het cliëntensysteem, kan beschouwd worden als een maat voor de effectiviteit van de begeleiding. Naarmate de ernst van beperkingen, de complexiteit van problematiek en dus ook de begeleidingsvragen meeromvattend zijn, groeit de afhankelijkheid van bewoners van hun groepsleiders in het team van hun woongroep. De effectiviteit van de begeleiding door woongroepteams is daarmee een kritische succesfactor voor de organisatie. Deze teameffectiviteit hangt af van vele factoren waaronder: (1) de afstemming tussen de begeleidingsvragen van de cliënten en de feitelijke activiteiten van de teamleden; (2) de competenties, taken, functies, werkverdeling, bevoegdheden, attitudes en werkreacties van teamleden; (3) de onderlinge communicatie, samenwerking en gebruikte technologieën, (4) de relatie tussen het team en de *back-office*

functies van de organisatie (wijze waarop de *front-office* ondersteund wordt); en (5) de continuïteit van de begeleiding. Op elk van de genoemde terreinen kunnen zich problemen voordoen. In deze studie wordt gekeken naar de factor ‘continuïteit van begeleiding’. Deze wordt opgevat als een aspect van de interne effectiviteit van de organisatie. De door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit vormt hiervan als het ware de tegenpool: een aspect van externe effectiviteit (De Jong, 2003).

1.1.4 Continuïteit, effectiviteit en kwaliteit

Gemiddeld vertrekt op jaarbasis ongeveer 32 procent van de vaste groepsleiders uit een woongroepsteam. Daarnaast kunnen nieuwe groepsleiders in de loop van een jaar instromen en voor kortere of langere tijd deel uitmaken van het woongroepsteam. Dit aantal bedraagt gemiddeld ruim 100 procent van de omvang van een woongroepsteam (Buntinx, 1994, 2001). Bewoners zien in de loop van een jaar gemiddeld evenveel ‘nieuwe gezichten’ als er vaste teamleden zijn. Deze uit- en instroom van groepsleiders wordt als ‘*personeelwisselingen*’ omschreven. Frequente wisselingen worden beschouwd als een belemmerende factor voor onderlinge samenwerking in het team, voor de communicatie met het cliëntsysteem en voor de kwaliteit van begeleiding in het algemeen. Nieuwe groepsleiders hebben tijd nodig om vertrouwd te geraken met elkaar en met de werkwijze van het team (Arrow, McGrath & Berdhal, 2000), maar uiteraard ook met de bewoners zelf, hun sociale netwerk, hun individuele ondersteuningsplannen en met specifieke ontwikkelings- of behandelprogramma’s (Vlaskamp, 1993; Zijlstra, Vlaskamp & Buntinx, 2001). Met het vertrek van groepsleiders verdwijnt veel cliëntspecifieke kennis uit het woongroepsteam. Daarnaast zijn frequente of omvangrijke wisselingen nadelig voor de cohesie tussen de groepsleden en voor het vermogen om – na vertrek van collega’s en binnenkomst van nieuwelingen – de coördinatiestructuren van het team te herstellen (Arrow, McGrath & Brendhal, 2000). Personeelwisselingen belemmeren daarmee in functionele zin de effectiviteit van teams.

Professionele begeleiding van mensen met verstandelijke beperkingen komt tot stand binnen een dialoog tussen zorgvrager en zorgverlener. Deze dialoog is afhankelijke van wederkerige relaties en van wederzijdse responsiviteit tussen groepsleiders en cliëntsysteem (Bijlsma, 2003; Maes, 2002; Tronto, 1995; Widdershoven, 1997). Vooral bij langdurige en intensieve dienstverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen is het cliëntsysteem in hoge mate afhankelijk van de dienstverleners. Responsiviteit, communicatie, persoonlijke betrokkenheid en wederzijds vertrouwen vormen in die situatie essentiële voorwaarden voor het voeren en in stand houden van deze dialoog (Hasenfeld, 1992; Meininger, 1998; Roovers, 2004; De Ruyter, 1995). Personeelwisselingen belemmeren daarmee ook in relationele zin de effectiviteit van teams. Verstoring van relaties door personeelwisselingen kan leiden tot ernstige nadelige gevolgen voor het functioneren van bewoners (Van Gemert, 1994; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996; Janssen, Schuengel & Stolk, 2002; Vlaskamp, 1993).

De door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van de begeleiding is een aspect van het ‘consumentenvertrouwen’ en vormt daarmee voor de residentiële instelling als organisatie een strategische factor (Hasenfeld, 1992). Zowel cliënten van residentiële instellingen zelf, als ouders en familie maar ook professionals en managers van instellingen wijzen met regelmaat op het problematische karakter van wisselingen van groepsleiders in het team van een woongroep. In de vakliteratuur – zoals beschreven in hoofdstuk 3 – zijn vele signalen bekend van cliënten en familie van cliënten die zich beklagen over de omvang en de hardnekkigheid van dit probleem. Dit gegeven vormt de beleidsmatige aanleiding voor deze studie.

Ondanks de talrijke kritische uitlatingen over personeelswisselingen in de vakliteratuur en ondanks de beschikbaarheid van wetenschappelijke studies over *verloop* van groepsleiders – deze worden eveneens behandeld in hoofdstuk 3 – ontbreekt tot op heden een wetenschappelijke benadering van het verschijnsel *personeelswisselingen* in dienstverlenende teams. De behoefte aan een theoretisch kader voor de studie van personeelswisselingen en een empirische verkenning van de omvang en de impact van personeelswisselingen in dienstenorganisaties, vormen de wetenschappelijke aanleiding voor deze studie.

1.2 Doel en probleemstelling van de studie

Het doel van deze studie luidt: “Inzicht verwerven in het verschijnsel personeelswisselingen in woongroepeteams van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen.”

Vanuit het perspectief van organisatie en management kunnen personeelswisselingen worden gezien als een risicofactor voor de effectiviteit van woongroepeteams en voor de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van zorg. Omdat woongroepeteams deel uitmaken van een bredere organisatieomgeving, vormen ook de kenmerken van deze omgeving (de woongroepen zelf en hun context) een relevant aspect van het probleem. De samenhang tussen deze factoren vormt het centrale probleem van ons onderzoek.

De genoemde factoren weerspiegelen drie soorten variabelen uit de groepsdynamica van kleine werkteams: de systeemcondities of de context van het team (zoals grootte en omgevingsfactoren), temporele kenmerken van het team (zoals personeelswisselingen), en effectiviteitsaspecten van het team (De La Hera & Rodriguez, 1999; Arrow, McGrath & Berdahl, 2000). In paragraaf 3.2.1 wordt nader ingegaan op dit specifieke theoretische model. Zoals eerder aangegeven kan onderscheid worden gemaakt tussen de interne effectiviteit en externe effectiviteit van het team. Onder interne effectiviteit wordt verstaan: de mate waarin het team erin slaagt haar doelstellingen te realiseren; onder externe effectiviteit wordt in dit onderzoek verstaan: de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van de begeleiding. Beide aspecten staan niet los van elkaar; zij vormen als het ware twee kanten van dezelfde medaille. Daarmee heeft de probleemstelling betrekking op vier kernelementen. De probleemstelling luidt: “Wat is de samenhang tussen personeelswisselingen (PW), organisatiekenmerken (A), effectiviteit van het teamfunctioneren (B), en de door

het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (C)?” Figuur 1.1 toont schematisch de vier kernelementen en de te onderzoeken samenhang.

Figuur 1.1 Kernelementen van de probleemstelling

De probleemstelling zullen we proberen te beantwoorden in twee stappen. De eerste stap betreft een literatuurstudie van de vier kernelementen. Daarmee wordt de context van de probleemstelling in kaart gebracht en wordt de literatuur verkend met het oog op het formuleren van een theoretisch kader en van de onderzoeksvragen voor het empirisch onderzoek naar personeelswisselingen in residentiële instellingen.

Figuur 1.2 Structuur stap 1: literatuurstudie (hoofdstukken 2, 3 en 4)

Figuur 1.2 toont de opbouw van deze eerste stap. De eerste stap wordt in hoofdstuk 5 afgesloten met een conclusie en met de formulering van de vraagstelling voor het empirisch onderzoek. De tweede stap betreft een empirisch onderzoek naar de samenhang tussen de vier kernelementen (hoofdstukken 6, 7 en 8).

1.3 Begripsomschrijvingen

Aan het begin van deze studie wordt een omschrijving gegeven van de begrippen die direct verwijzen naar de kernelementen. Het gaat om de centrale begrippen (1) 'woongroepsteam', (2) 'personeelwisselingen' als onderscheiden van 'verloop', (3) 'effectiviteit' en 'kwaliteit'. Vervolgens (4) worden omschrijvingen gegeven van de algemene begrippen 'zorg', 'ondersteuning', 'begeleiding' en 'mensen met verstandelijke beperkingen'.

1.3.1 Kenmerken van het woongroepsteam als spil van het primaire proces

Slechts 1 procent van de cliënten van residentiële instellingen ontvangt een volstrekt individueel zorgarrangement; in 99 procent van de gevallen wonen zij samen met andere cliënten in een woongroep (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002). Aan een woongroep is in het overgrote deel van de gevallen direct een team van groepsleiders gekoppeld. Hun begeleidingstaken zijn zeer uiteenlopend en worden bepaald door de aard en de intensiteit van de behoeften en vragen van de bewoners. Zij variëren van fysieke hulp bij het wassen, aankleden, eten en mobiliteit, tot het begeleiden van leerprocessen, huiselijke activiteiten, gezondheid, vrije tijd activiteiten, contacten van de bewoner met zijn sociale netwerk en het behartigen van bewonersbelangen. Gemiddeld driekwart van de dagelijks beschikbare tijd van een team wordt besteed aan begeleidingsactiviteiten in aanwezigheid van bewoners. Een kwart van de tijd wordt besteed aan voorwaardenscheppende zaken zoals besprekingen, rapportage, contacten met familie en huishoudelijke zaken zonder participatie van bewoners (Bernard, Buntinx & Huyer Abu-Saad, 1998). Wanneer de bewoner een school of werkplaats bezoekt is hun directe tijdbesteding bij de domeinen onderwijs en werken uiteraard minder. Door gaans zijn zij echter wel betrokken bij het traject van toegang tot de dagbesteding. De uitgebreidheid van begeleidingsdomeinen in de woonsituatie brengt met zich mee dat een groepsleider in zijn werk ten overstaan van de cliënten meerdere rollen vervult: van verzorger, tot opvoeder, bemiddelaar, adviseur en belangenbehartiger (Killu, 1994). Vanwege het langdurige, intensieve en wederkerige karakter van de begeleidingsrelatie, vervult de groepsleider in de praktijk ook een rol als 'vriend', 'bondgenoot' en 'toeverlaat' van de bewoner (De Groot, 1997; Whiteman & Jaskulski, 1997; Reinders, 2000; 2002; Roovers, 2004). Uit onderzoek naar sociale netwerken van cliënten van residentiële instellingen blijken groepsleiders gemiddeld 45 procent uit te maken van het gehele netwerk van hun cliënten (Robertson, Emerson, Gregory, Hatton, Kessissoglou, Hallam & Linehan, 2001).

In de context van een professionele dienstenorganisatie behoren deze uiteenlopende begeleidingsactiviteiten tot de werktaken van groepsleiders. Werktaken worden gegroepeerd tot functies op basis van complexiteit, vereiste vaardigheden en / of bevoegdheden tot het uitvoeren van bepaalde handelingen. In de sterk geprofessionaliseerde organisatie horen bij bepaalde functies welbepaalde beroepsopleidingen die kwalificeren voor het uitoefenen van de overeenkomstige functie. Globaal betreft het in AIV-voorzieningen (nog steeds) drie functies: (1)

groepsleider of zorgmedewerker (opleidingsniveau 3 of 4), (2) medewerker of assistent groepsbegeleider (opleidingsniveau 2), (3) huishoudelijke medewerkers of groepsassistent. De bij deze functies horende taken zijn niet strak afgebakend maar vertonen overlap (figuur 1.3). Verder worden binnen het team van een woongroep stagiaires aangetroffen uit de Beroepsbegeleidende Leerweg (BBL) van de opleidingen Sociaal Pedagogisch werk en Verpleging en Verzorging; zij verblijven gemiddeld een periode van 9 maanden binnen het team. Ook medewerkers met Instroom-Doorstroom banen (ID banen) kunnen deel uitmaken van het team, meestal als huishoudelijk medewerker. Hun inzet is in principe additioneel. In sommige organisaties heeft één van de medewerkers de functie van ‘gastheer’ of ‘gastvrouw’ die zich nadrukkelijk bezighoudt met de praktisch voorwaarden-scheppende taken in een woongroep. De taak van ‘persoonlijk begeleider’ hoort bij de ‘coördinerende taken’.

Figuur 1.3 Relatie tussen functies en taken van groepsleiders

De overlap van functies binnen een team van groepsleiders is een klassiek spanningsveld binnen de residentiële begeleiding. Medewerkers van een team werken in de praktijk gezamenlijk aan de begeleiding van de bewoners zonder strakke opsplitsing van taken. In principe is de coördinatie van de begeleiding en het opstellen en bewaken van de uitvoering van individuele zorgplannen voorbehouden aan niveau-4 medewerkers. In de praktijk wordt daarvan afgeweken. In de meest recente ontwikkeling wordt bij het samenstellen van een team meer gelet op het bij elkaar brengen van de voor die groep bewoners vereiste competenties dan van functies. De achtergrond hiervan is het verdwijnen van specifieke opleidingen (zoals de Z-opleiding) die de vereiste competenties binnen bepaalde beroepen gestandaardiseerd aanboden. Met deze benadering en de daarbij aansluitende wijziging in opleiden en trainen van medewerkers bestaat nog weinig ervaring (Van Hulst, 2003).

In deze studie wordt het begrip ‘groepsleider’ gebruikt als verzamelbegrip voor de professionele medewerkers van een team dat verbonden is aan een woongroep. Dit is inclusief de aan een team toegewezen medewerkers in ID-banen, teamhoofden en meewerkende afdelingshoofden. Samen vormen zij het ‘vaste team’ van de woongroep. Leerlingen en stagiaires – die ook binnen een woongroepsteam functioneren – worden binnen de context van onze studie niet tot de vaste teamleden gerekend.

Een dergelijk team kent een dynamische structuur van taakuitvoering en interactiepatronen tussen teamleden. Deze staan onder invloed van factoren zoals (veranderende) kenmerken van bewoners, ontwikkelingen in begeleidingsvragen van bewoners, kenmerken van de organisatieomgeving, gebruikte technologie (bijvoorbeeld voor onderlinge communicatie en coördinatie), de eigen geschiedenis of ontwikkelingsfase van het team en van wisselingen in de teamsamenstelling. Deze wisselingen hebben effect op de effectiviteit van teams (Arrow, 1997).

1.3.2 ‘Verloop’ versus ‘personeelswisselingen’

Het begrip ‘verloop’ verwijst naar de beëindiging van het dienstverband met een medewerker. Het betreft dus het vertrek van medewerkers op het niveau van de *organisatie*. Verloop wordt uitgedrukt als een percentage (‘vertrekkers’ / totaal personeelsbestand x 100). ‘Personeelswisselingen’ is een ander begrip. Personeelswisselingen doen zich voor op het niveau van een *team* en hebben betrekking op vertrek óf instroom van medewerkers van het woongroepsteam dat de zorg heeft over een bepaalde groep cliënten. Personeelswisselingen kunnen worden uitgedrukt als percentage ‘vertrekkers’ of ‘instromers’ in relatie tot het totaal aantal medewerkers in desbetreffende team.

Wanneer een lid van een woongroepsteam de arbeidsorganisatie verlaat, is dit een geval van ‘verloop’ maar ook van ‘personeelswisseling’. In een zorgorganisatie met meerdere (woon)groepen en meerdere zorgfuncties ligt het echter voor de hand dat ook overplaatsingen van de ene naar de andere woongroep of naar een andere begeleidingsfunctie binnen dezelfde organisatie plaatsvinden. Dit betreft dan wel een personeelswisseling, maar geen verloop. Deze overplaatsingen zijn een vorm van interne mobiliteit die al dan niet beleidsmatig – zoals bij *job rotation* – of door organisatieveranderingen worden aangestuurd (Allaart & de Voogd-Hamelink, 2001). Groepsleiders kunnen ook uit het team vertrekken omdat zij tijdelijk toegewezen worden aan een andere woongroep, bijvoorbeeld als tijdelijke versterking van het team, vervanging voor een zieke medewerker of als stagiaire in het kader van een opleiding. In al deze gevallen betekenen personeelswisselingen vanuit het standpunt van de zorginstelling geen verloop. Vanuit het standpunt van de cliënt zijn deze wisselingen voor zijn individuele begeleiding wel degelijk relevant. Personeelswisselingen kunnen daarmee als ‘verloop vanuit cliëntenperspectief’ worden gekarakteriseerd.

Uit een inventariserende studie bleek dat het jaarlijkse uitstroompercentage van groepsleiders uit de woongroepsteams van eenzelfde instelling, gemiddeld vier maal

groter is dan het verloop op instellingsniveau. Het aantal ‘nieuwe gezichten’ dat in de loop van een jaar in een woongroep verschijnt bedraagt gemiddeld ruim twaalf keer het verlooppercentage van de betreffende instelling (Buntinx, 1994). In een andere studie werd gevonden dat gemiddeld 44 procent van het aantal uit de woongroepsteams vertrekkende groepsleiders was gerelateerd aan beëindiging van het dienstverband en dat de overige 56 procent door de organisatie zelf geïnduceerde wisselingen betrof (Buntinx, 2002). Het is duidelijk dat de wisselingen zoals die in de praktijk door bewoners worden ervaren hoger liggen dan het verlooppercentage van de instelling. Anders gezegd, het verlooppercentage is geen goede weerspiegeling van de personeelswisselingen respectievelijk van discontinuïteit in begeleidingsprocessen waarmee cliënten van residentiële instellingen in de praktijk worden geconfronteerd. Dit fenomeen rechtvaardigt een andere benadering van het verschijnsel dan de benadering van verloop vanuit het *Human Resources Management* perspectief dat meer is gericht op problematiek van werving, selectie en behoud van medewerkers (Baumeister & Zaharia, 1987; Braddock & Mitchell, 1992; Test, Flowers, Hewitt & Solow, 2003).

1.3.3 ‘Effectiviteit’ en ‘kwaliteit’

‘Effectiviteit’ is een aspect van kwaliteit waarmee bedoeld wordt: de mate waarin een gesteld doel wordt bereikt (Harteloh & Casparie, 1998; Harteloh, 2000). In deze studie wordt dit begrip gebruikt in relatie tot het teamfunctioneren. De mate waarin een team erin slaagt cliënttevredenheid te bereiken behoort tot de ‘externe effectiviteit’: daarmee wordt een maatschappelijk effect buiten het team – bij het cliëntsysteem – bereikt (outcome). De mate waarin afgesproken of voorgenomen feitelijke begeleidingsactiviteiten plaatsvinden behoort tot de ‘interne effectiviteit’ van het team (output). De condities waaronder interne of externe effectiviteit wordt bereikt, worden effectiviteitsaspecten of effectiviteitscondities van het teamfunctioneren genoemd. In deze studie wordt niet de feitelijke uitvoering van begeleidingsactiviteiten binnen het woongroepsteam getoetst maar wordt gekeken naar condities binnen het teamfunctioneren die bevorderlijk zijn voor de externe effectiviteit. De in deze studie gehanteerde begrippen ‘teameffectiviteit’ en ‘effectiviteit van het teamfunctioneren’ verwijzen derhalve naar effectiviteitscondities. In de hoofdstukken 3 en 4 zullen deze condities nader onderzocht en geconcretiseerd worden. In hoofdstuk 4 (paragraaf 4.2) wordt dieper ingegaan op de aspecten van kwaliteitszorg die voor deze studie relevant zijn. In het algemeen is de theoretische definitie van Harteloh en Casparie van toepassing: ‘Er is sprake van kwaliteit, indien er een optimale verhouding bestaat van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg’ (1998, p. 23). Binnen het in deze studie gehanteerde cliëntperspectief gaat het om ervaringen en verwachtingen van cliënten en cliëntsysteem ten aanzien van de begeleiding door het woongroepsteam. Cliënttevredenheid krijgt daarbij een centrale plaats. Effectiviteit (het teamperspectief) en kwaliteit (het cliëntperspectief) vormen in deze studie derhalve twee kanten van dezelfde medaille.

1.3.4 'Zorg' versus 'ondersteuning' en 'begeleiding' en het begrip 'verstandelijke beperkingen'

De organisatie van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen is niet alleen in Nederland maar wereldwijd sterk in beweging en verschuift van een professioneel-bureaucratisch, gesloten systeem naar een cliëntgericht en open systeem. De behoefte om de nieuwe of beoogde situatie te onderscheiden van de bestaande, gaat gepaard met de introductie van nieuwe begrippen en met herdefiniëring van bestaande begrippen. Het gebruik van deze begrippen is in een dergelijke overgangssituatie niet eenduidig. Dit kan leiden tot verwarring, tot 'semantische make-up' (Buntinx, 1979), tot 'etikettenzwendel' (Van Gennep, 2000) of het 'Molière-effect' (Harteloh, 2000): begrippen verliezen hun oorspronkelijke betekenis, worden als inwisselbaar beschouwd en worden containerbegrippen. Het gebruik van algemene begrippen of neologismen in de organisatiepraktijk kan daarmee de suggestie van verandering en vernieuwing wekken zonder dat dit samengaat met daadwerkelijke veranderingen in de praktijk van de zorgorganisatie. Begrippen als 'kwaliteit', 'community care', 'cliëntgerichtheid', 'vraaggerichte zorg' zijn de laatste decennia hiervoor erg gevoelig. Dit geldt ook voor het begrip 'ondersteuning'. Daarom staan we hierbij wat uitvoeriger stil en differentiëren 'ondersteuning' van 'zorg' en 'begeleiding'. Daarmee wordt beargumenteerd waarom in deze studie wordt afgezien van het nieuwe begrip 'ondersteuning'.

De huidige verschuivingen in het denken over 'zorg' aan mensen met verstandelijke beperkingen hangen samen met drie ontwikkelingen.

Ten eerste vindt er een verschuiving plaats in het wetenschappelijke model van 'handicap' waarbij de kernproblematiek niet langer als een defect binnen het individu wordt gedefinieerd maar als een problematische interactie van de persoon met de omgeving. Deze interactie is multidimensioneel en betreft het functioneren van de persoon in ruime zin. Daarom wordt thans ook niet meer gesproken van een 'handicap' maar van 'functioneringsproblemen' (Luckasson et al., 2002; WHO-FIC Collaborating Centre, 2002). Contextuele en multiparadigmatische modellen vervangen daarbij de oude medische en medisch-psychologische defectmodellen van 'verstandelijke handicap' (Van Gennep, 1997, 2000, 2002; Greenspan, 1999; Switzky & Greenspan, 2003). In het contextuele model krijgt het begrip 'ondersteuning' een centrale plaats. Het verwijst naar het dynamische en beïnvloedbare karakter van functioneringsproblemen en vormt daarmee de basis voor professionele interventie. Dit wordt in hoofdstuk vier nader toegelicht.

Ten tweede vindt er een maatschappelijke verschuiving plaats waarbij mensen met functioneringsproblemen niet langer als een afzonderlijke categorie worden gezien met recht op speciale, categoriale voorzieningen van de 'verzorgingsstaat', maar als gelijkwaardige burgers van de 'civil society' (Ellemers, 2000). Daarmee komen waarden als emancipatie, zelfbeschikking, individuele diversiteit, keuzemogelijkheden en toegankelijkheid van de samenleving – ook in het Nederlandse overheidsbeleid – nadrukkelijker naar voren (Van Gennep, 2002; Harteloh, 2000; Ministerie

van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). Gelijk recht op toegang tot algemene sociale, economische, politieke en culturele hulpbronnen staat daarbij centraal (Luckasson et al., 2002).

Ten derde vinden er veranderingen plaats in de inrichting en de organisatie van de hulpverleningspraktijk. De AWBZ uit 1968 vormde de grondslag van de sterk categoriale en geprofessionaliseerde voorzieningen van de verzorgingsstaat. Met het Besluit Zorgaanspraken AWBZ wordt 1 april 2003 de weg naar een ‘gemoderniseerde AWBZ’ ingeslagen. Dat betekent dat zorgaanspraken niet meer in termen van voorzieningen en categoriale doelgroepen, maar in termen van functies worden geformuleerd. Zo ontstaat meer zelfbeschikkingsruimte voor het individu en dienstenorganisaties krijgen een grotere strategische ruimte.

Dit alles heeft gevolgen voor de verhouding tussen hulpverlener en ‘cliënt’. Het begrip ‘zorg’ is geassocieerd met speciale voorzieningen waarin de professional dominant aanwezig is. Op basis van zijn kennis van defecten en remedies bepaalt hij ‘wat goed is’ voor de persoon met functioneringsproblemen en past deze kennis vervolgens toe door zelf de regie te voeren over behandeling en begeleiding binnen de context van een voorziening. Er is sprake van een ‘expert–leek’ verhouding. Het begrip ‘ondersteuning’ is geassocieerd met de autonome positie van de zorgvrager die kiest voor het leiden van zijn eigen leven binnen de lokale samenleving, daarbij beroep doet op hulpbronnen en in dit proces gefaciliteerd dient te worden – ondermeer door professionals. In dit geval is er sprake van ‘partnerschap’ (Van Leeuwen, 2004; Maes, Bruyninckx & Goffart, 2003; Zomerplaaig, 2000). Beide begrippen plaatsen de professional dus in een verschillende rol. Figuur 1.4 vat de kenmerken van zorg en ondersteuning samen.

In de omslag van ‘zorg’ naar ‘ondersteuning’ zijn instellingen ook organisatorisch aan het veranderen. Dat betekent dat condities voor ‘partnerschap’ gecreëerd moeten worden met de daarvoor noodzakelijke ‘vrijheidsgraden’ voor begeleiders in het primaire proces. De weg naar ondersteuning is door residentiële instellingen wel ingeslagen maar nog lang niet afgelegd. In deze overgangssituatie vertonen zij nog veel kenmerken van traditionele zorginstellingen waar cliënten groepsmatig en binnen de professionele condities van de instelling verblijven, terwijl men gelijktijdig streeft naar meer individualisering en ‘ondersteuning’.

Concept	Aspect		
	Regie	Relatie professional–cliënt	Context
Zorg	Professional	Expert–leek	Speciale voorziening
Ondersteuning	Persoon zelf	Partnerschap	De lokale samenleving

Figuur 1.4 Verhouding tussen de concepten ‘zorg’ en ‘ondersteuning’ in relatie tot drie organisatieaspecten

De structuur en de cultuur van de traditionele zorgorganisatie beperken echter de individuele keuzemogelijkheden en de ruimte voor individuele zorgarrangementen. Het gebruik van het begrip ‘ondersteuning’ lost dit spanningsveld niet op en kan zelfs verhullend werken.

In de context van deze studie wordt het begrip ‘zorg’ gehanteerd in de hierboven aangegeven betekenis; het wordt gebruikt waar dit als algemene term is ingeburgerd en ook in andere sectoren van de gezondheidszorg wordt toegepast (bijvoorbeeld in samenstellingen als ‘gezondheidszorg’, ‘maatschappelijke zorg’, ‘kwaliteitszorg’, ‘zorgplan’, ‘zorginstelling’, ‘zorgstelsel’) en als verwijzing naar het totaal ‘product’ van de organisatie. Het begrip ‘ondersteuning’ wordt in deze studie gebruikt in de context van de hierboven besproken verschuivingen en van het nieuwe model van ‘verstandelijke beperkingen’ dat in hoofdstuk 6 wordt toegelicht. Voor de activiteiten van groepsleiders in hun dagelijkse omgang met de bewoners van residentiële instellingen – het voorwerp van deze studie – wordt het begrip ‘begeleiding’ gebruikt. Begeleidingsactiviteiten kunnen zowel binnen een context van zorg als van ondersteuning plaatsvinden.

Verder wordt het begrip ‘mensen met verstandelijke beperkingen’ gehanteerd als meest correcte Nederlandse term (zie paragraaf 6.1). Wanneer het een geijkte term betreft (bijvoorbeeld de AWBZ-term: ‘Algemene Instelling voor Verstandelijk gehandicapten’) en wanneer dat in de historische context of bij verwijzing naar (oudere) bronnen relevant is wordt het begrip ‘zwakzinnig’ of ‘verstandelijk gehandicapt’ gebruikt.

1.4 Opbouw van de studie en leeswijzer

De probleemstelling van onze studie luidt: “Wat is de samenhang tussen personeelsswisselingen (PW), organisatiekenmerken (A), teameffectiviteit (B) en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (C)?”

Voorlopig kunnen de volgende onderzoeksvragen worden geformuleerd (zie ook figuur 1.1):

1. Is er een verband tussen organisatiekenmerken en personeelsswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen (A-PW)?
2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en teameffectiviteit (PW-B)?
3. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (PW-C)?
4. Is er een verband tussen teameffectiviteit en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (B-C)?

Figuur 1.5 toont de opbouw van de studie met daarin de plaats van de onderscheiden hoofdstukken.

Het eerste deel van de studie betreft een literatuurverkenning van de vier kern-elementen (Organisatiekenmerken – A; Personeelsswisselingen – PW; Teameffectiviteit – B & Kwaliteit van begeleiding – C). De literatuurstudie heeft een drieduidig doel. Ten eerste, het beschrijven van de organisatorische context van personeelsswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen in het algemeen en van de probleemstelling in het bijzonder. Ten tweede,

het bestuderen van vakliteratuur en van onderzoeksliteratuur over de invloed van personeelsswisselingen op effectiviteit en kwaliteit van de residentiële dienstverlening. Ten derde, het verkennen van de ‘dienstenmarketing’ als theoretisch kader en het situeren van de studie binnen kwaliteitszorg. Aan de hand van de hiermee verkregen informatie zal het empirisch onderzoek worden opgezet.

Figuur 1.5 Opbouw van de studie

Omdat de organisatie van residentiële instellingen mede getekend is door hun meer dan honderdjarige geschiedenis wordt in *hoofdstuk 2* een historisch perspectief ingenomen. Na een historisch-sociale schets worden de kenmerken van de huidige Nederlandse residentiële instellingen beschreven.

In *hoofdstuk 3* wordt verslag gedaan van een literatuurstudie over personeelsswisselingen als praktijkprobleem en als wetenschappelijk probleem. In de literatuur over empirisch wetenschappelijk onderzoek wordt specifiek gezocht naar relevante correlaten voor de studie van personeelsswisselingen in het kader van de voorlopige onderzoeksvragen en naar methoden voor het meten van personeelsswisselingen.

In *hoofdstuk 4* wordt de toepassing van het marketingconcept op residentiële instellingen als dienstenorganisaties verkend (4.1). Daarbij staat de effectiviteit van het *front-office* team centraal en wordt gezocht naar relevante effectiviteitscondities voor dienstenteams. In samenhang hiermee worden vervolgens de kenmerken van kwaliteitszorg en de conceptualisering van kwaliteit vanuit het cliëntenperspectief onderzocht (4.2).

Hoofdstuk 5 sluit het eerste deel af met een conclusie aan de hand waarvan de onderzoeksvragen voor het empirische deel nader worden geformuleerd.

Het tweede deel van de studie is het verslag van een empirisch onderzoek.

In *hoofdstuk 6* wordt het algemene theoretische model van ‘verstandelijke beperkingen’ als uitgangspunt genomen (6.1) en vervolgens wordt langs twee wegen het theoretisch kader van onze empirische studie geformuleerd. De eerste benadering is inhoudelijk en steunt op de sociale ecologie. Personeelwisselingen worden gezien als belemmerende factoren voor de effectieve begeleiding van bewoners binnen residentiële woongroepen (6.2). De tweede benadering is organisatorisch en steunt op een marketingmodel van de relatie tussen ‘teamfunctioneren’ en de ‘door cliënten van dienstenorganisaties ervaren kwaliteit’ (6.3). We laten zien dat beide benaderingen – de inhoudelijke en de organisatorische – congruent zijn. Het hoofdstuk eindigt met de formulering van het theoretisch kader van de empirische studie waarin, mede aan de hand van de in deel I verzamelde relevante factoren, de onderzoeksvragen met de deelvragen worden geformuleerd (6.4).

Hoofdstuk 7 behandelt de opzet van het empirisch onderzoek. Vertrekkend bij de doelstelling (7.1) volgt een beschrijving van de onderzoeksgroep (7.2), de methode (7.3) en vervolgens de operationalisering van de onderzoeksvragen met de gebruikte meetinstrumenten (7.4). Daarna wordt de procedure van dataverzameling (7.5) en data-analyse (7.6) beschreven. Het hoofdstuk eindigt met de operationele onderzoeksvragen samen met de deelvragen voor het empirisch onderzoek (7.7).

Hoofdstuk 8 presenteert de resultaten van het empirisch onderzoek en beantwoordt de onderzoeksvragen met de deelvragen.

In *hoofdstuk 9* volgen de conclusies en beschouwingen naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek. Na het overzicht van de conclusies (9.1) volgen een kritische reflectie op en een bespreking van de implicaties van de resultaten (9.2). Tot slot worden aanbevelingen voor praktijk en onderzoek geformuleerd (9.3).

Aanduidingen van tabellen en figuren voorafgegaan door een hoofdletter B, verwijzen naar de bijlagen. Het eerste getal achter de B verwijst naar het hoofdstuk; het getal achter de punt verwijst naar het nummer van de tabel of figuur in de bijlage. De titels van overheidsnota's en documenten worden in de tekst schuin gedrukt weergegeven met het jaartal van publicatie; deze worden niet in de literatuur gerefereerd omdat deze via websites (bijvoorbeeld www.parlement.nl en www.minvws.nl) gemakkelijk toegankelijk zijn.

DEEL I

2

De residentiële instelling als organisatie: een historisch-sociale schets

Woongroepen zijn ingebed in residentiële organisaties die op hun beurt deel uitmaken van een maatschappelijke omgeving. Voor een goed begrip van de organisatorische context van woongroepen volgt een schets – op hoofdlijnen – van de ontwikkeling van Nederlandse residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen binnen hun historisch-sociale omgeving. Met het begrip ‘schets’ wordt aangegeven dat geen geschiedkundige studie wordt beoogd, maar een globale beschrijving wordt gegeven van de context van residentiële woongroepen in drie periodes.

In paragraaf 2.1 wordt de periode vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw tot vóór de invoering van de AWBZ in 1968 behandeld. Vervolgens, in paragraaf 2.2, de periode van 1968 tot 1990. Tot slot wordt in paragraaf 2.3 stil gestaan bij de complexe ontwikkelingen in de jaren negentig van de vorige eeuw. In een afzonderlijke paragraaf (2.4) wordt de factor personeelsswisselingen vanuit historisch perspectief belicht. Dit hoofdstuk besluit met een overzicht van de actuele situatie (paragraaf 2.5).

De historisch-sociale schets is als volgt opgebouwd.

In elke periode wordt een typering gegeven van zowel (1) de externe omgeving (achtergrond) als (2) de interne structuur van residentiële instellingen (organisatie). Dit onderscheid is gebaseerd op de structurele contingentietheorie die stelt dat organisaties zich actief aanpassen aan hun omgeving en dat hun structuur en structuurveranderingen vanuit deze aanpassingsdynamiek moeten worden begrepen (Pennings, 1998; Veen & Korver, 1998). De *organisatieomgeving* kan worden beschreven in termen van demografische, regulerende (wet- en regelgeving), economische, technologische (kennis), sociale en competitieve factoren (Ginter, Swayne & Duncan, 1998, hfst. 8; De Vries & Goud, 2003). De *interne structuur* van een organisatie – ook wel haar interne architectuur genoemd – wordt bepaald door de configuratie van missie, visie, groepering van diensten en markten, omvang en groepering van de basiseenheden (*operating core*), structurering van taken en functies, coördinatiesystemen en mate van decentralisatie. De structurele contingentietheorie stelt verder dat de effectiviteit van een organisatie wordt bepaald door de mate van congruentie of *goodness-of-fit* tussen haar interne architectuur en haar omgeving (Miller & Mintzberg, 1984). Wanneer bijvoorbeeld de omgeving een hoge mate van geïndividualiseerde begeleiding vraagt en vraaggestuurde bekostiging wordt ingevoerd, zal een organisatie die onveranderd sterk groepsgewijze en gestandaardiseerde zorg blijft leveren congruentie met de omgeving verliezen. Daarnaast wordt de effectiviteit ook beïnvloed door de *consistentie* van de interne architectuur. Dit slaat op de onderlinge afstemming en cohesie van de verschillende bouwstenen van de interne architectuur. Wanneer bijvoorbeeld onder invloed van nieuw overheidsbeleid wel de visie en de missie van een organisatie worden aangepast, maar taken, functies en opleiding van medewerkers niet worden veranderd, of de ondersteuningstechnologie niet wordt aangepast, dan verminderen daarmee de consistentie en de effectiviteit van de organisatie, ook al past men zich ogenschijnlijk aan de omgevingsveranderingen aan.

2.1 Van de 19^e eeuw tot de AWBZ

2.1.1 Achtergrond van de ontwikkelingen

De geschiedenis van de huidige Nederlandse residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen gaat terug tot de tweede helft van de negentiende eeuw. In die periode vond een sterke stijging plaats van het aantal mensen dat werd opgenomen in krankzinnigengestichten. Hoewel in deze gestichten ook 'zwakzinnigen' werden opgenomen – hoeveel is onduidelijk – ontstonden parallel aan deze ontwikkeling ook afzonderlijke zwakzinnigeninrichtingen. Er kunnen in die vroege periode twee categorieën zwakzinnigeninrichtingen worden onderscheiden. Enerzijds waren er inrichtingen die zich specifiek op zwakzinnigen richtten zoals 's Heeren Loo te Ermelo (1891), Assisië te Udenhout (1904) en Boldershof te Druten (1907). Anderzijds waren er inrichtingen zoals Sint Anna (1879) te Heel, Sint Joseph (1910) te Heel, en de Johannes-Stichting te Nieuwveen (1887) die zich op een ruimere groep van hulpbehoevende mensen richtten. Hieronder bevonden zich ook '...ouderen, lichamelijk gehandicapten, epileptici, maar vooral kinderen: verwaarloosde jongens en meisjes, wezen, halfwezen of kinderen met epilepsie die uit andere gestichten werden geweerd' (Klijn, 1995, p. 47). In deze tweede categorie inrichtingen maakte de groep zwakzinnigen echter binnen enkele decennia na oprichting meer dan 50 procent van de populatie uit (Jak, 1999).

Verskillende maatschappelijke ontwikkelingen droegen bij tot deze institutionaliseringstendens.

1. Toenemende industrialisatie én de economische crisis aan het eind van de negentiende eeuw gingen gepaard met een groeiende behoefte aan efficiënt werkende arbeidskrachten en met uitstoting van niet-productieve en sociaal afwijkend geachte groepen uit het arbeidsproces. Een belangrijk motief voor de opzet van inrichtingen was een menswaardig alternatief te bieden voor de ernstige staat van verwaarlozing waarin verstandelijk gehandicapten vaak als kind of volwassene terecht kwamen (Jak, 1993; Klijn, 1995).
2. Het in deze periode opkomend kleinere kerngezin bleek kwetsbaarder en minder goed in staat om moeilijke taken zoals de verzorging van een verstandelijk gehandicapt kind te volbrengen (Klijn, 1995, p. 57).
3. Toenemende eisen die gesteld werden aan onderwijs en scholing maakten dat sommige kinderen niet meer konden meekomen. De invoering van de schoolplicht bracht het probleem van deze 'achterlijke' kinderen nog pregnanter naar voren (Van Gennep, 1976).
4. Het geloof in de wetenschap. In het midden van de 19^e eeuw hadden artsen als Guggenbühl in Zwitserland en Seguin in Frankrijk en in de Verenigde Staten grote verwachtingen geschapen ten aanzien van de behandeling en opvoeding van zwakzinnige kinderen. Guggenbühl stichtte in 1840 te Interlaken de eerste gespecialiseerde zwakzinnigeninrichting voor behande-

ling op wetenschappelijke grondslag en inspireerde in Nederland Van Koetsveld tot zijn model voor 'geneeskundige opvoeding en christelijke philanthropie' en tot de oprichting van de eerste idiotenschool te Den Haag (Kanner, 1976; Van Koetsveld, 1856). Seguin ontwikkelde een theoretische visie met bijbehorende individuele en methodische interventies voor de opvoeding van zwakzinnige kinderen waarbij een vergelijking met het hedendaagse 'methodisch werken' en 'individuele zorgplannen' zich beslist opdringt (Talbot, 1967).

In de visie en de missie van de eerste inrichtingen worden zowel sociale componenten (de beschermende of custodiale functie) als opvoedingscomponenten, behandelcomponenten en integratiecomponenten (opvoeden en opleiden tot productieve burgers binnen de samenleving) aangetroffen. In deze periode was de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen een aangelegenheid van het particulier initiatief; de staatsbemoeienis was gering. Caritas en filantropie vormden de ideologische achtergrond (Klijn, 1995; Reinders, 1999).

Een typisch kenmerk van zowel psychiatrische inrichtingen als zwakzinnigeninrichtingen in de negentiende eeuw was de koppeling van interventie (of die nu bedoeld was als bescherming, behandeling, opvoeding of opleiding) met institutionalisering (Van der Poel, Romme, Trimbos & Van der Wilk, 1985). Deze koppeling ligt aan de basis van de residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen zoals we die anno 2004 nog steeds kennen.

Zowel voor de psychiatrie als voor de vroege zwakzinnigenzorg geldt dat de verwachtingen die waren geschapen ten aanzien van behandeling en opvoeding niet in die mate konden worden waargemaakt dat alle bewoners na verloop van tijd weer een plaats in de samenleving gingen innemen. Guggenbühl's medische behandelingen bleken vooral op wishfull thinking te zijn gebaseerd en niet te leiden tot genezing. Het management van zijn instelling ontspoorde jammerlijk en zijn onderzoeken werden gediskwalificeerd (Kanner, 1976). De pedagogische methoden van Seguin – hoewel succesvol bij mensen met lichte verstandelijke beperkingen – waren niet geschikt voor ernstiger verstandelijk gehandicapten ('niet-opvoedbaren') die in toenemende mate naar de zwakzinnigengestichten toestroomden. Overbevolking en snelle uitbreiding van de oorspronkelijk kleinschalige scholen annex inrichtingen, gepaard met een groot gebrek aan pedagogisch geschoolde krachten, maakten deze voorzieningen weinig effectief. De custodiale functie van de inrichtingen kwam daardoor steeds meer op de voorgrond. De pedagogische functie werd gereserveerd voor de scholen, die na het begin van de twintigste eeuw steeds meer bestuurlijk werden losgekoppeld van de inrichtingen.

In de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw stelde de beweging voor 'psychische hygiëne' in Nederland het 'zwakzinnigenvraagstuk' als een maatschappelijk probleem aan de orde. Zwakzinnigheid werd in relatie gebracht met allerlei sociale problemen zoals armoede en misdaad. Dit had deze beweging

gemeen met de eugenetische beweging die vooral in de Angelsaksische landen tussen 1875 en 1930 invloed kreeg op de zorg voor zwakzinnigen (Kanner, 1976). Hoewel de eugenetische beweging in die periode in Nederland niet de dramatische impact heeft gehad die zij in de Angelsaksische landen en in Duitsland heeft gekregen, heeft zij wel het denken in Nederland mede gekleurd. Hier heerste echter niet zozeer de opvatting dat zwakzinnigheid de oorzaak van deze maatschappelijke problemen zou zijn, maar dat zwakzinnigen hiervan juist zelf te lijden hadden. Wellicht paradoxaal – zegt Klijn (1995) – leidde het eugenetische gedachtegoed door de reactie van de beweging voor geestelijke hygiëne juist tot het benadrukken van de noodzaak tot individuele ontplooiing van zwakzinnigen en de wenselijkheid van een professionele aanpak.

De missie van de residentiële instellingen was in deze periode hoofdzakelijk gericht op scholing, opvoeding en onderwijs van kinderen in een aan de instelling gelieerde maar bestuurlijk zelfstandige school. Wanneer reïntegratie niet lukte volgde voor volwassenen tewerkstelling in eigen werkplaatsen die nauw verbonden waren met de bedrijfsvoering van de instelling (bijvoorbeeld: timmerwerkplaats, boerderij, keuken, wasserij, huishoudelijk werk op een afdeling). Wanneer ook dit niet lukte, kwam de nadruk te liggen op verzorging.

Hoewel zorg voor krankzinnigen en zorg voor zwakzinnigen afzonderlijk tot stand kwamen, waren er ook dwarsverbindingen. Al in 1875 was de inspectie van het krankzinnigenwezen ervan overtuigd dat de zorg voor zwakzinnigen als een zelfstandig terrein gezien moest worden. Later vond men dat – met behoud van de eigenheid van deze zorg – zij toch behoorde tot het domein van de psychiatrie. Zwakzinnigeninrichtingen werden, op grond van een in 1904 aangebrachte aanvulling in de Krankzinnigenwet, vaak als 'aangewezen inrichting' erkend. Deze kwalificatie wees niet op een inhoudelijke relatie tussen beide systemen maar was primair gemotiveerd om wachtlijsten te ontlasten en overbevolking in de krankzinnigengestichten tegen lage kosten te reduceren (Klijn, 1995). Wel kwamen zwakzinnigeninrichtingen daarmee onder het Staatstoezicht op krankzinnigengestichten en daarmee binnen de invloedssfeer van het medisch denken.

Om professionalisering van de zorg te bevorderen stimuleerde de Inspectie van het Staatstoezicht op het krankzinnigenwezen de organisatie van cursussen over verpleging en verzorging van 'zielszieken'. Professionalisering lukte echter maar langzaam. Redenen waren: (1) een pessimistische visie op de ontwikkelingsmogelijkheden van (ernstig) zwakzinnigen; (2) de reputatie van de zwakzinnigenzorg als 'ondankbaar' arbeidsterrein; (3) het isolement van het inrichtingsleven; (4) het ontbreken van samenwerking tussen zwakzinnigeninrichtingen onderling en met de krankzinnigeninrichtingen; en (5) de asymmetrie tussen de mondigheid van 'patiënten' en hun verzorgers en de afhankelijke positie van de familie die lange tijd aan de zijlijn van de zorg heeft gestaan (Klijn, 1995).

2.1.2 Organisatie

's Heeren Loo startte in 1891 met 2 paviljoenen voor respectievelijk 16 en 36 personen, gevolgd door de bouw van paviljoenen voor elk 50 personen (figuur 2.1). Dit paviljoenstelsel was geïnspireerd op de Duitse Alsterdorfer Anstalten die in 1863 door Heinrich Sengelmann bij Hamburg waren opgericht (Vette, 1993). Een paviljoen was onderverdeeld in een drietal woongroepen ('afdelingen') waarbij de groepssamenstelling was gebaseerd op geslacht, leeftijd, epilepsie, onzindelijkheid en later ook op 'graad van achterlijkheid' (Jak, 1993; Vette, 1993).

In instellingen als Sint Anna en Sint Joseph te Heel was geen paviljoensysteem in gebruik maar waren 'zalen' of 'afdelingen' binnen grote kloosterachtige gebouwen de thuisbasis van de bewoners (figuur 2.2). Bewoners in de eerste en tweede klasse hadden hun eigen kamer of deelden die met een medebewoner. In de derde klasse maakten bewoners gebruik van slaapzalen. De grootte van afdelingen liep sterk uiteen, van vijftien ('idiote bedlegerige kinderen') tot overwegend vijftientig en maximaal vijftig. De groepssamenstelling was gebaseerd op combinaties van verschillende criteria waarvan de belangrijkste waren: geslacht, leeftijd, niveau van functioneren, epilepsie en 'moeilijke gevallen' (Klijn, 1995).

Figuur 2.1 Prototypisch organisatiemodel residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen: paviljoensysteem met woongroepen (A,B,...N) bij 's Heeren Loo (1891 – 1950)

De organisatiestructuur van Sint Anna en Sint Joseph was uitgesproken 'plat'. Tussen de afdeling en de overste van het klooster was geen hiërarchische laag. De afdelingszusters en broeders bezaten een grote mate van autonomie in het begeleiden van hun woongroep. Ook 's Heeren Loo kende een uitgesproken 'platte' organisatiestructuur. In beide gevallen was het afdelingshoofd, respectievelijk paviljoenshoofd direct verantwoordelijk verschuldigd aan de overste van het klooster respectievelijk aan de directeur van de inrichting (figuren 2.1 en 2.2). Als gevolg van deze autonomie kende elke woongroep een eigen karakter.

Figuur 2.2 Prototypisch organisatiemodel residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen: afdelingsstelsel (A,B,...N) bij Sint Anna (1879 – 1950)

Bij problemen of meningsverschillen konden bewoners terecht bij de overste of de directeur, bij de arts of bij de consultant-psychiater (Klijn, 1995). Gezien de lage bezoekfrequentie van de psychiater en de grote populatie van de instellingen was zijn invloed relatief klein. Hoewel de arts wel invloed had op opname en ontslag, had hij maar weinig invloed op de organisatorische gang van zaken en het regime (Jak, 1993; Klijn 1993; 1995). Het zou onjuist zijn de volledige periode van eind negentiende eeuw tot aan de AWBZ globaal als zorg volgens het ‘medisch model’ te bestempelen. Ook het beeld van ‘opberginstellingen’ klopt niet met het feit dat vóór 1940 sprake was van meer doorstroming en een kortere verblijfsduur dan de periode daarna. Vanaf 1945 verandert de samenstelling van de populatie sterk en blijven alleen de zwakzinnigen over (Klijn, 1995). In deze beginfase ging het – in Mintzberg’s typologie (1983) – om ‘eenvoudige organisaties’ met een sterk gecentraliseerd gezag dat vaak uit niet meer dan één persoon bestond. De directeur respectievelijk de overste hadden zeggenschap over de woon- en werkfuncties. Op de scholen was afzonderlijke wetgeving van toepassing hoewel er wel bestuurlijke relaties (bijvoorbeeld door personele unies) bestonden met het instituut.

Na de tweede wereldoorlog zette de tendens tot professionalisering door. Medici beschouwden de zwakzinnigenzorg niet als hun exclusief domein maar als een multidisciplinaire aangelegenheid waarin ook psychologen, pedagogen en maatschappelijk werkers hun taken hadden. Tot in de jaren zeventig hielden zij zich wel bezig met het management en de sturing van de zorg binnen de inrichting.

De professionalisering van de medewerkers kreeg in 1957 een impuls door het initiatief tot een specifieke opleiding in de Z-verpleging (Hoejenbos, Van der Most, Schoonhoven, Smulders & Veerman, 1958) die pas veel later, in 1978, wettelijk erkend zou worden. Een ander teken van toenemende professionalisering is het tot stand komen van het ‘Tijdschrift voor zwakzinnigheid en zwakzinnigenzorg’ in 1963.

Samenvattend kan deze periode als volgt worden gekarakteriseerd:

1. Residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen ontstaan in een demografisch, sociaal en economisch bewogen periode (industrialisatie, verstedelijking, kleinere gezinnen, economische crisis) en proberen een antwoord te geven op situaties van ernstige verwaarlozing en verkommering. Meerdere visies op zwakzinnigheid staan naast elkaar en treden wisselend op de voorgrond. Naast de medische visie (defect – behandeling) bestaan nadrukkelijk ook pedagogische en maatschappelijke visies op het probleem van mensen met verstandelijke beperkingen en de voor hen gewenste zorg. Kennis is beperkt en wordt gezocht bij de psychiatrie, de pedagogiek (voor mensen met lichte verstandelijke beperkingen) en verpleegkunde (voor mensen met ernstige verstandelijke beperkingen). Behandeling, opvoeding en opleiding, bescherming (tegen de eisen of omstandigheden in de samenleving) vormen de doelen van de zorg. Artsen waren weliswaar de dominante discipline maar waren zelf grote pleitbezorgers van pedagogische en multidisciplinaire benaderingen. De doelgroep van de eerste instellingen is zeer heterogeen en blijft dat tot na de tweede wereldoorlog. Het private initiatief domineert en overheidsinvloed is beperkt, zij het dat de rol van de inspectie voor de volksgezondheid op de kwaliteit en ontwikkeling van de inrichtingen niet mag worden onderschat. Er zijn zeer beperkte financiële middelen.
2. Organisaties zijn eenvoudig en ‘plat’ en worden hoofdzakelijk door interne regels gestuurd. De woongroepen vormen de basiseenheden met een omvang van vijftien tot vijfentwintig bewoners met uitschieters tot vijftig. Coördinatie gebeurt door leidinggevenden op paviljoens- of afdelingsniveau en verder door de directie. In algemene en in protestants-christelijke instellingen was sprake van betaalde medewerkers in de afdelingsteams; ook werd aandacht besteed aan (verpleegkundige) scholing. In de katholieke instellingen bestonden de afdelingsteams tot aan het eind van de jaren vijftig van de twintigste eeuw nagenoeg uitsluitend uit religieuzen zonder specifieke scholing. Binnen de teams was weinig functiespecialisatie; bewoners werkten mee hetzij in hun eigen, hetzij in een andere woongroep. De groep bewoners is zeer heterogeen (naar problematiek, sociale situatie en leeftijd). Pedagogische, medische en sociale technologieën blijken vaak ontoereikend om de ambities van de instellingen te realiseren. Zorgorganisaties zijn wisselend op de buitenwereld georiënteerd: doel van de zorg is in principe reïntegratie, maar dit lukt lang niet altijd. Er is constant capaciteitsgebrek (wachlijsten en overbevolking).

2.2 Van 1968 tot 1990

2.2.1 Achtergrond van de ontwikkelingen

In 1968 werden de door de overheid erkende zwakzinnigeninrichtingen binnen het financieringskader van de AWBZ opgenomen. Dit leidde tot drie effecten. Ten eerste vonden er grote bouwactiviteiten en capaciteitsuitbreidingen plaats. Deze hingen samen met zowel het stichten van nieuwe voorzieningen als het uitbreiden van bestaande voorzieningen. ‘Zwakzinnigen’ uit de psychiatrische instellingen (op dat moment ongeveer 30 procent van de populatie) werden overgebracht naar de nieuwe ‘zwakzinnigeninstellingen’. De uitbreidingen van bestaande instellingen waren bedoeld voor het opvangen van de overbezetting die hierin tijdens de afgelopen vijftig jaren was ontstaan – gemiddeld 25 procent in katholieke zwakzinnigeninrichtingen – en het reduceren van de grote wachtlijsten (Klijn, 1995). Ten tweede zorgde de AWBZ voor een doorbraak in de professionalisering van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Naast de medische en de verpleegkundige discipline deden nu disciplines als psychologie, (ortho)pedagogiek, maatschappelijk werk en de paramedische disciplines fysiotherapie en logopedie definitief hun intrede. Ten derde consolideerden de AWBZ en de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZv) de bestaande koppeling tussen ‘zorg, bed en bouw’. Dit had grote gevolgen voor de zorgcultuur van de residentiële instellingen. De gedachte van de verzorgingsstaat creëerde maatschappelijk aparte categorieën waaronder ‘verstandelijk gehandicapten’, waarvoor zoveel mogelijk bijzondere voorzieningen in het leven werden geroepen (Ellemers, 2000). De AWBZ was daarbij een succesvol instrument.

Voor een goed begrip van de Nederlandse zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen dient men zich te realiseren dat de AWBZ hoort tot het domein van de gezondheidszorg en steunt op een medisch zorgmodel. Opvoedings- en resocialisatiefuncties die voorheen in de praktijk nadrukkelijk ook aanwezig waren, waren minder verankerd in de AWBZ. Hierdoor werden de custodiale en verzorgende aspecten in de residentiële zorg geaccentueerd.

Inmiddels was in het buitenland – vooral in Scandinavië, Engeland en de Verenigde Staten – vanaf de jaren vijftig een volstrekt andere zorgvisie tot ontwikkeling gekomen: Normalisatie (Buntinx, 1997a; Van Gennep, 2000). Deze visie ging uit van het bevorderen van gewone leefpatronen voor mensen met verstandelijke beperkingen binnen normale maatschappelijke settingen van wonen, werken, onderwijs en vrije tijd. De nieuwe technologie van de gedragsmodificatie – als *spin off* van de empirische leerpsychologie en de gedragstherapie vanaf begin jaren zeventig beschikbaar gekomen – vormde een bruikbaar instrument om de aanpassing van mensen met verstandelijke beperkingen aan genormaliseerde situaties te bevorderen. Als beleidsuitgangspunt stond Normalisatie in beginsel afwijzend tegenover inrichtingen die een besloten instituutscultuur met zich brachten en ver afstonden van het leven in de gewone samenleving. In Nederland kwam de kennismaking met deze nieuwe visie pas goed op gang met de landelijke NGBZ

studiedag in 1973, dus ruim nadat de AWBZ in werking was getreden, het 'medische model' was geconsolideerd, en de grote renovatie en expansie van inrichtingsplaatsen volop op gang was gekomen.

Het is typisch dat in Nederland aan de component 'integratie' van de Normalisatievisie een eigen gewicht werd toegekend. Vanaf de jaren vijftig waren onder regie van een ander departement – het ministerie van Cultuur Recreatie en Maatschappelijk werk – naast residentiële instellingen en speciale scholen ook gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten ontstaan. Dit ministerie ging speciaal over 'integratie' van randgroepen en gehandicapten. De residentiële instellingen bleven onder de regie van het ministerie van Volksgezondheid.

Vanaf het midden van de jaren zeventig ontstaat een ambivalente situatie in de Nederlandse residentiële instellingen die enerzijds voor hun financiering en bouwkundige inrichting gestuurd worden door regels die gebaseerd zijn op een medisch zorgmodel, en die anderzijds op grond van de nieuwe zorgvisie proberen zich te ontwikkelen in de richting van Normalisatie. Zo werden onder invloed van de Normalisatievisie vanaf de tweede helft van de jaren zeventig kleine genormaliseerde woningen gebouwd. Eerst op het terrein van de instelling als 'leerschool' voor een overgang naar de samenleving (de 'fasehuizen'), later daarbuiten (de 'buitenpaviljoens') als voorlopers van de 'sociowoningen'. De eerste Nederlandse publicatie over de overgang van bewoners van een grootschalige residentiële instelling naar een kleinschalige woonvorm in de samenleving betreft een *group home* van acht bewoners van de instelling Vijvervreugd te Middelburg (Bleekrode, Beckers & Strum, 1974). Onder invloed van Normalisatie werd gestreefd naar kleinere woongroepen. Van gemiddeld ruim 18 aan het begin van deze periode daalde de gemiddelde groepsgrootte tot ongeveer 12 à 10 aan het eind van de jaren tachtig. Binnen eenzelfde instelling bleven grote verschillen in groepsgrootte bestaan; vaak waren woongroepen van zeer ernstig en meervoudig verstandelijk gehandicapten groter (tot 15).

Het regionalisatieprincipe uit de Structuurnota (1974) van staatssecretaris Hendriks leidde ertoe dat naast een beleid van kleinschaligheid en Normalisatie ook een beleid van (her)spreiding van capaciteit van residentiële instellingen werd ingeluid. Spreiding bij de stichting van nieuwe voorzieningen en herspreiding bij de renovatie van bestaande voorzieningen waren mede bedoeld om de zorg kleinschaliger te maken en meer naar de gebruikers toe te brengen (Heiligers, 1974). Daarbij werd het Normalisatieprincipe ook bij de bouw van nieuwe instellingen toegepast wat leidde tot het uitsluitend voor Nederland typisch 'genormaliseerde instituut' waarvan de instellingen Sintmaheert te Tolbert (1983) en Maasveld te Maastricht (1984) de exponenten zijn. Daarnaast werd in bestaande instellingen de 'verdunningsgedachte' geformuleerd (later omgedoopt tot 'omgekeerde integratie') waarbij naast huisvesting van mensen met verstandelijke beperkingen ook woningbouw voor 'gewone huishoudens' of gewone maatschappelijke functies (kantoren,

werkplaatsen) 'op het terrein' wordt gerealiseerd. De Hafakker bracht dit idee in 1986 als eerste in de praktijk (Bergers, 2000) pas veel later gevolgd door andere instellingen die ook kantoren en particulieren op het instellingsterrein ontvingen en daarmee het besloten karakter langzamerhand openbraken (Van der Velde, 1997). Buiten Nederland werd normalisatie van inrichtingen gezien als een oxymoron. Daar werden alternatieve kleinschalige voorzieningen door nieuwe organisaties – dus buiten de bestaande instellingsorganisatie – opgezet; bestaande instellingen werden afgebouwd en opgeheven (deinstitutionalisering). Dat dit niet op dezelfde wijze in Nederland gebeurde hangt samen met het bestaan van een afzonderlijk circuit van semimurale woonvormen – de gezinsvervangende tehuizen – waardoor men al een kleinschalig, genormaliseerd en geïntegreerd woonalternatief aanwezig achtte. Daarenboven was de kwaliteit van de Nederlandse residentiële instellingen vergeleken met die in het buitenland (vooral de Verenigde Staten en Engeland) relatief goed (Van Gennep, 1989; 1997). Er ontbrak daardoor een *sense of urgency* voor verandering.

De stevig op elkaar afgestemde regelgeving van de AWBZ, de WZv en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (1980) zorgde vanuit het perspectief van financiering en planning voor een goed beheersbaar aanbod van voorzieningen (Spanjer, 1997). Binnen een dergelijk regime is beleidsmatige en organisatorische omschakeling op geleide van een nieuwe zorgvisie financieel en regeltechnisch uiterst lastig. Waar men toch naar fundamentele verandering en vernieuwing streefde, leidde dit tot conflicten zoals ondermeer in Dennendal (Tonkens, 1999). Waar de weg van geleidelijke verandering naar kleinschaligheid en integratie werd ingeslagen, schoot men door de binnen het beleid ingebouwde ambivalenties maar weinig op (Bij de Vaate, 1991).

Hoewel kleinere regionale residentiële instellingen goede voorwaarden in zich droegen om de beleidsdoelstellingen van de Structuurnota en later van de beleidsnota Geestelijk Gehandicapten (1983) te realiseren (tot regionale afstemming te komen met de Gezinsvervangende Tehuizen, dagverblijven voor kinderen en ouderen, Sociale Werkvoorziening, en de ambulante zorg), werden deze in de praktijk nauwelijks gerealiseerd. Redenen daarvoor waren:

1. De versnippering van beleidsverantwoordelijkheden over verschillende departementen (Volksgezondheid en CRM tot 1984) en het tot in 1989 in stand blijven van twee afzonderlijke directoraten binnen VWS (voor intra-respectievelijk voor semi- en extra-murale zorg);
2. Het naast elkaar bestaan van de verschillende wettelijke kaders van de WZv en de Tijdelijke Verstrekkingswet Wet Maatschappelijke Dienstverlening (Bij de Vaate, 1991);
3. Het naast elkaar bestaan van stichtingen voor intramurale zorg en stichtingen voor semimurale en ambulante zorg.
4. Cultuurverschillen tussen de 'grootschalige' intramurale en de 'kleinschalige' semimurale sector;

5. De saneringen van de openbare financiën in de jaren tachtig die een zekere terughoudendheid en ongeloof in nieuw (wellicht duurder) beleid met zich meebrachten (Bij de Vaate, 1991).

Hierdoor bleven de residentiële instellingen opgesloten binnen hun eigen cultuur. Door de grote verscheidenheid aan activiteiten en geprofessionaliseerde diensten konden inrichtingen voor zwakzinnigen ontwikkelen tot een soort 'oligo-dimensionele maatschappij' of 'samenlevingsvorm op maat' (Van den Brink, 1979). Zij boden een alternatief voor leven binnen de samenleving.

Onder druk van de lange wachtlijsten en de vergrijzing van de aanwezige populaties, ging intussen de uitbreiding van de capaciteit van residentiële instellingen in snel tempo door (tabel B2.1). Dit droeg bij tot het beeld dat Nederland, in tegenstelling tot vooral de Scandinavische en Angelsaksische landen, achterbleef bij de ontwikkeling naar Normalisatie en deïstitutionalisatie (Hatton, Emerson & Kieman, 1995; Mansell & Ericsson, 1996; Buntinx, 1997b).

Onderzoek toonde aan dat de levensverwachting van mensen met verstandelijke beperkingen in deze periode sterk toenam en een belangrijke planningsfactor diende te worden: zelfs bij halvering van de opnamecijfers uit de jaren 1979 – 1983 zou tot 2000 nog een autonome groei van 3 procent van de instellingspopulatie plaatsvinden (Maaskant & Haveman, 1988). Niet alleen door vergrijzing nam de zorgzwaarte toe, maar ook door het feit dat nieuw opgenomen bewoners een grotere zorgafhankelijkheid hadden dan de aanwezige bewoners. Deze trend zette trouwens ook in de volgende periode door (Maaskant, 1993; Bernard, Maaskant, Gevers & Wierda, 2001).

2.2.2 Organisatie

Na de invoering van de AWBZ ontwikkelden de residentiële instellingen zich snel tot professionele functiegerichte organisaties of – in Mintzberg's typologie (1983) – 'professionele bureaucratieën'. De door de uitvoeringsregelingen van de AWBZ vrij precies genormeerde functies en disciplines werden in de organisatie van instellingen weerspiegeld in de diensten op het terrein van wonen (verplegingsdienst of woondienst), activiteiten (activiteitendienst: arbeidsactivering, bewegingsagogie, ontspanningsdienst, activiteitenboerderij), behandeling en begeleiding (behandeling en begeleidingsdienst: medische, paramedische, psychopedagogische, maatschappelijke dienst), en de voorwaardenscheppende huishoudelijke, technische, administratieve diensten en personele zaken (figuur 2.3). De opleidingsfunctie van groepsleiders was bij de grotere instellingen in eigen hand (in-service opleiding Z-verpleegkundigen). De regie lag meestal bij een driehoofdige directie: een algemeen directeur (A), een zorgdirecteur (B) en een directeur met financiële en facilitaire diensten in de portefeuille (C).

Arbeidsvoorwaarden ontwikkelden zich in vergelijking tot de periode vóór de AWBZ gunstig. Collectieve Arbeidsovereenkomsten deden hun intrede, ondernemingsraden werden ingesteld en ook de ouderparticipatie kreeg vanaf de jaren zeventig geleidelijk aan vorm binnen de instellingen waarbij overleg met ouder-

organisaties op instellingsniveau werd afgesproken. Het verloop van medewerkers was laag en de werving van nieuwe medewerkers stelde tot ongeveer het eind van de tachtiger jaren niet al te veel problemen.

Herspreiding van instellingscapaciteit komt langzaam op gang. Sociowoningen ontstaan, eerst als satellieten van afdelingen of paviljoens, later als afzonderlijke clusters. Zij maken integraal deel uit van de instellingsorganisatie en kennen maar beperkt zelfstandigheid.

Zoals ook in de periode vóór 1968, bleef de 'afdeling' of het paviljoen de basiseenheid voor de organisatie van de woonfunctie. Waar een paviljoensysteem bestond, bevatten deze twee tot acht onderscheiden woongroepen. Verschillende afdelingen of paviljoenen werden soms gegroepeerd tot clusters (divisie formule). Ondanks deze groepering bleef de koppeling tussen woongroep en bijhorend team van groepsleiders bestaan.

Figuur 2.3 Prototypisch organisatiemodel residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen: de professionele bureaucratie

Samenvattend kan deze periode als volgt worden gekarakteriseerd:

1. De bevolkingsgroei neemt tussen 1965 en 1990 met 22 procent toe, maar de stijging van bewoners van AIV is in die periode vele keren groter (tabel B2.1). De belangrijkste demografische ontwikkeling doet zich *binnen* de populatie van mensen met verstandelijke beperkingen voor: vergrijzing. Dankzij de AWBZ komen financiële middelen veel ruimer dan voorheen beschikbaar en dit leidt tot een kwantitatieve en kwalitatieve expansie van de

zorg. Door wet- en regelgeving (AWBZ, WTG & WZv), en via de collectieve arbeidsvoorwaarden neemt de overheidsbemoeienis met de zorg sterk toe. In de sector ontstaat een strakke koppeling tussen ‘zorg, bed, bouw’. Aan het begin van de AWBZ-periode overheerst nog een defectvisie maar onder invloed van Normalisatie krijgt het ontwikkelingsmodel in de praktijk van de zorg steeds meer de bovenhand. Professionalisering kent een doorbraak: de zorg wordt multidisciplinair en er ontstaat een gespecialiseerde opleiding voor groepsleiders. De nieuw opkomende inhoudelijke zorgvisie en de in de AWBZ verankerde beleidsvisie zijn vanaf 1973 niet met elkaar in overeenstemming; dit creëert een spanningveld waarin doel (normalisatie en integratie) en middelen niet in overeenstemming zijn. Onder invloed van verschillen in regelgeving en departementale verantwoordelijkheid ontwikkelt zich een intra- en een semimurale sector. Samenwerking tussen beide komt onvoldoende van de grond; door het gesloten karakter van de organisaties en afzonderlijke lange wachtlijsten is er geen sprake van reële competitie tussen voorzieningen.

2. Een breed scala van beroepsgroepen doet haar intrede en zorgt voor een forse toename van beschikbare kennis. De (ortho-)pedagogiek en de psychologie worden de leidende wetenschappelijke kennisbronnen. Interdisciplinaire samenwerking is echter niet vanzelfsprekend. Het ‘product’ van residentiële instellingen is het bieden van een alternatief voor leven in de samenleving. Functionele organisaties vervangen de eenvoudige organisatiestructuren van vóór de AWBZ en de veelheid van nieuwe functies en beroepsgroepen leiden tot steeds complexere coördinatie; bureaucratisering neemt toe. Kennis wordt via de Z-opleiding gekanaliseerd naar de (toekomstige) medewerkers van de woongroep teams. Hierdoor komen gestandaardiseerde competenties beschikbaar in de woongroep teams. Woon-groepen worden kleiner (van gemiddeld 18 naar 12 bewoners). Er ontstaan coördinerende middenkaders en staffuncties. Differentiatie van woongroepen neemt toe (overwegend naar zorgzwaarte en leeftijd) en er ontstaan sociowoningen buiten het terrein. Residentiële instellingen zijn sterk autonome, naar binnen gerichte organisaties en kennen in toenemende mate een bedrijfsmatige cultuur.

2.3 De jaren negentig en de periode 2000 tot 2003

2.3.1 Achtergronden van ontwikkeling

De jaren negentig vormen een bijzonder complexe periode vanwege de gecombineerde effecten van (1) demografische ontwikkelingen, (2) een veranderende beleidsvisie, (3) de invoering van nieuwe wet- en regelgeving, (4) wijzigingen in de bekostigingssystematiek, (5) een klimaat van kostenbeheersing en bezuinigingen, en (6) een nieuw kwaliteitsbewustzijn.

1. *Demografische ontwikkelingen*

De algemene vergrijzing van de bevolking is ook binnen residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen merkbaar. Mede door de toegenomen gezondheidszorg leven mensen binnen instellingen langer en wordt het verschil met de algemene bevolking steeds kleiner (Maaskant & Haveman, 1988; Maaskant, 1993). Dit veroorzaakt mede een capaciteitsprobleem omdat instellingsplaatsen langer bezet blijven. De ontgroening van de bevolking begon invloed te doen gelden op de arbeidsmarkt voor verzorgende beroepen, maar werd nog gecompenseerd door enerzijds een beleid van herintreders en anderzijds een rem op capaciteitsuitbreiding in de zorg. De groei van de bevolking is sterk afgenomen en vanaf 2004 kondigt zich zelfs een afname van de bevolking aan. Deze afname verschilt regionaal en daarmee zullen ook arbeidsmarkteffecten regionaal verschillen; in Limburg is deze daling echter reeds ingezet (CBS, 2004; Derks, 2004a, 2004b).

2. *Veranderende beleidsvisie*

De beleidsvisie wordt niet meer gedomineerd door Normalisatie van *voorzieningen*, maar is gericht op emancipatie, zelfbepaling en participatie van *personen* met verstandelijke beperkingen in de samenleving. In de nota *Zorg en dienstverlening aan geestelijk gehandicapten* (1989), gevolgd door de werknotitie *Verstandig veranderen* (1990), wordt een transformatie van residentiële instellingen voorgestaan in de richting van kleinschalige en geïntegreerde huisvesting – ‘wanneer dat overeenkomt met de keuze van de verstandelijk gehandicapte of zijn ouders’ – maar worden gelijktijdig ook twijfels geuit over haalbaarheid en kosten. In eerste instantie leiden deze nota's tot veel discussie maar tot weinig verandering. Het meerjarenprogramma *De perken te buiten* (1995) en vooral het *Landelijk sectoraal beleidstoetsingskader* (1996) zijn praktischer georiënteerd en stellen resoluut voorwaarden aan nieuwbouw en vernieuwbouw van inrichtingen. Deze dienen plaats te vinden in kleinschalige woningen buiten het ‘hoofdterrein’ en door middel van woonwensenonderzoeken aantoonbaar rekening te houden met de wensen van de gebruikers. Daarmee komt een effectief deconcentratie- en integratiebeleid op gang (Overkamp, 2000). Sectorbreed wil men binnen een periode van 10 jaar 30 procent van de capaciteit van residentiële instellingen omzetten in kleinschalige woonvoorzieningen ‘buiten de hoofdlocatie’ en binnen de samenleving (Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, 1994; Somma, Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, Fiad-Wdt, Federatie van Ouderverenigingen, 1995). De nota *Actualisatie 1996* van *De perken te buiten* gaat nog verder in op ‘volwaardig burgerschap’, ‘maatschappelijke participatie’ en ‘keuzevrijheid’. Mensen met verstandelijke beperkingen dienen, als burgers van de samenleving, zoveel als mogelijk gebruik te maken van de algemene voorzieningen van de samenleving. Om deze *Community Care* te realiseren dienen wet- en regelgeving – vooral het trio AWBZ, WZV en WtG – te veranderen (*Zicht op zorg*, 1999), maar moet ook de samenleving

veranderen en zich meer openstellen voor (het leveren van diensten aan) mensen met verstandelijke beperkingen (Beraadsgroep Community Care, 1998).

Waar het eind van de negentiende eeuw kan worden gekarakteriseerd als een periode van institutionalisering, kan het eind van de twintigste eeuw worden gekarakteriseerd als een periode van de-institutionalisering. Bedroeg het aantal bewoners van AIV's (op het instellingsterrein) in de totale bevolking in 1995 nog 0,192 procent, in het jaar 2000 is dit gezakt naar 0,161 en in 2002 is dit 0,154 procent. In die periode daalde het aantal bewoners van centrale AIV locaties met 17 procent. Deze de-institutionalisering staat niet op zichzelf omdat ook andere gezondheidszorgsectoren eenzelfde beeld vertonen. Zo daalde het aantal bewoners van verzorgingstehuizen tussen 1995 en 2002 met 14 procent; dat van verpleeghuizen met 23 procent; dat van de instituutlocatie van psychiatrische instellingen met 6 procent (CBS, 2004). De-institutionalisering heeft in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen echter vooral betrekking op het veranderen van de kenmerken en de plaats van de zorg ('integratie') en niet op een inkrimping van de residentiële capaciteit of sluiting van instituten. Daarom is de term 'deconcentratie' hier beter op zijn plaats (Overkamp, 2000).

3. *Wet- en regelgeving*

In samenhang met het discours over zorgvisie worden in de jaren negentig een groot aantal wetten ingevoerd en worden uitvoeringsregelingen van bestaande wetten aangepast. Het is niet overdreven om te stellen dat de jaren negentig de jaren van juridisering van de zorg zijn geworden.

Tabel 2.1 Ontwikkeling van wet- en regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg met consequenties voor de organisatie van residentiële instellingen (1991 - 2003)

Jaar	Wet
1991	Intrekking Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1982)
1992	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)
1993	Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)
1993	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)
1994	Wet Mentorschap ten Behoeve van Meerderjarigen
1994	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
1995	Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
1996	Wijziging regeling instandhoudinginvesteringen (introductie langetermijnhuisvestingsplan in kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen)
1996	Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)
1996	Kwaliteitswet Zorginstellingen
1996	Regeling vrije marge erkenningen
1997	Zorgindicatiebesluit (AWBZ)
1998	Wet op de (Re) integratie arbeidsgehandicapten (REA)
1998	Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (WAJONG)
1998	Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
2000	Wet Bescherming Persoonsgegevens
2000	Wijziging uitvoeringsorganisatie (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen) Wet Ziekenhuisvoorzieningen
2002	Regeling kleinschalige woonvormen gehandicaptenzorg buiten reikwijdte Wet Ziekenhuisvoorzieningen.
2003	Besluit zorganspraken AWBZ (hernieuwde vaststelling aanspraken zorg in kader modernisering AWBZ)
2003	Nieuwe Bouwmaatstaven voor AWBZ-voorzieningen gericht op ontschotting en scheiden wonen / zorg (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen)

Tabel 2.1 geeft een overzicht van nieuwe wetten en belangrijke wijzigingen in uitvoeringsregelingen die binnen een tijdbestek van enkele jaren werden ingevoerd en consequenties hadden voor de organisatie van de inhoudelijke zorg. Juridisering bracht met zich mee dat – meer dan voorheen – formalisering plaatsvond in de relatie tussen zorgorganisatie en cliënten. Beslissingen die vroeger in onderling overleg tussen professionals en met het cliëntstelsel binnen de eigen verantwoordelijkheid en in de eigen stijl van de betrokkenen werden genomen, werden nu aan externe regels gebonden (Legemaate, 1994; Dute & Hermans, 2000).

4. *Bekostigingssystematiek*

In de jaren negentig van de twintigste eeuw vinden eveneens belangrijke wijzigingen plaats in de verstrekkingen- en bekostigingssystematiek van residentiële instellingen. Nadat al vanaf medio jaren tachtig op basis van substitutie op kleine schaal omzetting van residentiële capaciteit naar kortverblijf of dagopvang plaatsvond, leidde de flexibilisering van de AWBZ in 1999 tot de inspanningsverplichting om ‘zorg-op-maat’ in te voeren. Daarbij diende ten minste 7 procent van de aanvaardbare loon- en materiële kosten van een instelling flexibel te worden ingezet ten behoeve van kort verblijf, logeren, dagopvang van buiten de instelling wonende cliënten, ambulante begeleiding en andere activiteiten. Meerkosten van deconcentratie en kleinschaligheid worden via een toeslag per gedeconcentreerde plaats gedeeltelijk gecompenseerd, maar geleidelijk ook aan strenge voorwaarden gebonden: gedeconcentreerde woningen komen uiteindelijk slechts in aanmerking voor deze toeslag wanneer het gaat om zelfstandige woningen met 6 tot 12 personen en mits deze in verschillende postcodegebieden liggen.

In 1996 ontstaat een alternatief voor de traditionele AWBZ-zorg in natura: het Persoonsgebonden Budget (PGB) (Cremers, 1998). Dit is een volstrekt andere bekostigingssystematiek waarbij een op grond van zorgbehoefte vastgesteld budget door de persoon met een handicap zelfstandig wordt beheerd voor het inkopen van zorg bij de leverancier van zijn keuze. Dit kan trouwens ook bij een traditionele residentiële instelling. De residentiële instellingen hebben zich sterk gemaakt om een variant van het PGB in het leven te roepen: het Persoonsvolgend Budget (PVB). Anders dan bij het PGB beheert de instelling het bedrag dat op grond van indicatie en zorgzwaarte is vastgesteld (Beijer, 2000; Coolen, Geus & Sohl, 2001).

Het PGB is niet onbelangrijk voor de ontwikkeling van het wonen van mensen met verstandelijke beperkingen omdat in toenemende mate (jonge) ouders van kinderen met verstandelijke beperkingen initiatief nemen om zelf een woning te huren en de zorg te financieren met een PGB. In het jaar 2000 ging het om een honderdtal initiatieven (Baarveld & Ramakers, 2001) en dit aantal is nog steeds groeiend (Smets, 2003).

Na een periode van experimenten en onderzoek wordt in 2002 de weg ingeslagen naar zorgzwaartefinanciering. Hoewel ook de traditionele AWBZ input-financiering rekening hield met factoren als ‘niveau van functioneren’, ‘leeftijd’, ‘groeps grootte’

en 'blind/doof', kwam het instellingsbudget niet tot stand op grond van de individuele zorgvraag en zorgzwaarte. De nieuwe bekostigingssystematiek gaat daar wel van uit. Per cliënt dienen zorgmodulen en zorgproducten te worden vastgesteld als basis voor de berekening van diens PVB. De instelling ontvangt dan per cliënt het PVB dat bij zijn zorgproducten hoort (CTG, 2002). In principe wordt daardoor de zorg flexibeler en wordt verder de weg gebaand voor het scheiden van wonen en zorg (College bouw ziekenhuisvoorzieningen, 2001). Een keerzijde is dat de vraag-gerichte zorg binnen gedetailleerde productbepalingen wordt gedwongen; dit dient eerder de beheersbaarheid van de zorg dan de individualisering en leidt tot aanzienlijke toename van administratieve taken rondom de cliënt. Deze financieringsvorm is tot op heden (mei 2004) nog niet operationeel.

5. *Kostenbeheersing en bezuinigingen*

Juist in een tijd van vernieuwing zette budgettaire krapte van instellingen de zorg onder druk. De regeerakkoorden voor de perioden 1994-1998 en 1998-2002 legden grote nadruk op kostenbeheersing. Dit leidde ertoe dat uitgaven vanwege de in CAO's afgesproken loonstijgingen slechts gedeeltelijk werden gecompenseerd door inkomsten. Het verschil en de daarboven op komende extra 'doelmatigheidskorting', moesten instellingen genereren uit eigen middelen. Aan de productiekant vergden kleinschaliger en gedeconcentreerde woongroepen relatief meer medewerkers zonder dat een 'kleinschaligheidstoeslag' dit voldoende compenseerde. Ondertussen leidden discussies over nieuwe zorgvisies en vooral het emancipatorische 'burgerschapsparadigma' tot hoge verwachtingen die op grond van beschikbare budgetten lang niet altijd waargemaakt konden worden. Deze omstandigheden samen leidden tot stijging van de werkdruk. Dit probleem deed zich zeer pregnant voor in de dagbesteding binnen instellingen. Ondanks de extra middelen die daarvoor vanaf 1998 via verschillende beleidsregels van het CTG ter beschikking kwamen was er in 2002 nog steeds niet sprake van een bevredigende situatie (Koedoot, 1999; Wiersma, Beumer, Koedoot & Vlaskamp, 2002).

Het *Actieplan Zorg Verzekerd* (Borst-Eilers, 2000) zorgde in november 2000 voor een omslag met extra gelden voor het wegwerken van wachtlijsten en voor het verlichten van werkdruk. Dat moment markeert ook het begin van het regime van 'geclausuleerde open-einde-financiering' waarbij input-financiering van instellingen verschuift naar ouput-financiering. Hierbij wordt de controlefunctie van zorgkantoren groter en worden – zoals hierboven reeds aangegeven – steeds meer 'productspecificaties' van de geleverde zorg gevraagd hetgeen in de zorgorganisaties bijdraagt tot de versterking van een beheersklimaat.

Geleidelijk worden condities voor competitie en marktwerking geschapen, zij het dat deze marktsituatie nog erg ambigu blijft omdat de overheid met regelgeving zowel zorgaanbieders als verzekeraars aanstuurt.

6. *Kwaliteitszorg*

Tot slot wordt deze periode gekenmerkt door vernieuwde aandacht voor kwaliteitszorg. In hoofdstuk 4 (paragraaf 4.2) wordt hierop nader ingegaan. Hier wordt volstaan met het signaleren van vier belangrijke ontwikkelingen. Ten eerste neemt aandacht voor methodisch werken sterk toe. Individualisering, behoefte aan verantwoording en doelmatiger opzet van zorg vormen de motieven achter de ontwikkeling van individuele zorgplannen (Barnard & Meerveld, 1992; Van Gemert & Vlaskamp, 1997). Zorgplannen vormen een effectieve combinatie van inhoudelijke begeleidings- en behandelingsactiviteiten en kwaliteitszorg (Van Geffen, 2000). Ten tweede, het ontstaan van consulententeams waarin regionaal de bij instellingen aanwezige diagnostische en behandelingskennis wordt gebundeld en toegankelijk wordt gemaakt voor een meer effectieve behandeling van ernstig probleemgedrag. De introductie van consultatie bracht een cultuuromslag teweeg. Instellingen werden opener; vastgelopen begeleidingssituaties konden nu binnen een professioneel kader met externe deskundigen worden aangepakt (Van Gemert & Peelen, 2001; Janssen, 2000). Ten derde deed met de Leidschendamconferenties een meer bedrijfsmatige kwaliteitszorg haar intrede. De Kwaliteitswet zorgde vanaf 1996 verder voor meer activiteiten op het terrein van kwaliteitszorg. Ten vierde verschuift vanaf het begin van de jaren negentig van de twintigste eeuw het accent van kwaliteit van zorg naar kwaliteit van het bestaan van mensen met verstandelijke beperkingen. Kwaliteit van bestaan doet als concept recht aan de individualiteit en de waardigheid van de persoon. Het gaat niet langer om het inpassen van mensen binnen zorgprogramma's en -organisaties, maar om het aanpassen van zorg aan de individuele situatie en om de uitkomsten van zorg (Van Gennep, 1989; Schalock & Verdugo, 2002).

2.3.2 **Organisatie**

In de jaren negentig vonden vele fusies plaats tussen zorgorganisaties. Zo nam alleen al tussen 1999 en 2002 het aantal rechtspersonen in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen met 19,5% af (tabel B2.2). Het gaat daarbij slechts gedeeltelijk – ongeveer in éénvijfde van de gevallen – over complementaire fusies tussen intra- en semimurale zorgorganisaties (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). Complementaire fusies leiden in principe tot verbreding van het dienstenaanbod en van beschikbare expertise die alle cliënten van de gefuseerde organisatie ten goede kan komen, zeker wanneer de betrokken voorzieningen in een zelfde regio liggen. Fusies vonden niet altijd vanuit deze rationale plaats. Zij betroffen niet zelden voorzieningen die niet in eenzelfde regio liggen of gelijksoortige voorzieningen (intramuraal + intramuraal; semi-muraal + semi-muraal) waardoor de inhoudelijke meerwaarde twijfelachtig is. Naar de effecten van deze fusies is (nog) geen wetenschappelijk onderzoek gedaan. Het is echter onzeker of deze hebben geleid tot efficiëntere bedrijfsvoering en winst voor de directe zorg aan de cliënt. De complexere bedrijfsvoering van grote zorgorganisaties en de administratieve processen van persoonsvolgend budget en (voorbereiding van)

zorgzwaartefinanciering hebben eerder tot personeelstoename in beheersmatige functies geleid. In grotere zorgorganisaties melden medewerkers in het primaire proces een lagere arbeidssatisfactie; deze heeft geen betrekking op de inhoud van hun werk maar wel op organisatieaspecten. Uit onderzoek blijkt ook dat groepsleiders in instellingen die korter dan een jaar geleden fuseerden, significant minder tevreden zijn (Van der Ploeg & Scholte, 1997). Sommigen maken gewag van toenemende 'stroperigheid' in het functioneren van fusieorganisaties (Eggink & Blank, 2001; Wiercx, 2001; Prismant, 2002; Maarse, 2003).

Al dan niet in samenhang met fusie vinden in de jaren negentig vele organisatieveranderingen plaats. De klassieke residentiële instelling uit de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw kende een sterk professioneel (aanbod)gestuurde en hiërarchisch opgezette dienstenstructuur. Zij was het product van de verzorgingsstaat en ontworpen om, vanuit het standpunt van de professional, goede zorg te bieden aan een bijzondere categorie mensen. Goede zorg was zorg die overeenkwam met professionele visies en voldeed aan professionele standaarden. De bewoners waren 'lijdend voorwerp' van deze zorg; er werd voor hen gezorgd. Onder invloed van het 'vraaggerichte zorg' concept werd de cliënt met zijn eigen zorgvraag meer centraal gesteld. Daartoe moest de professionele bureaucratie worden verlaten (Diemel, 1993; Reitsma & Van den Broek, 1999). De belangrijkste organisatieveranderingen betreffen: (1) het creëren van kleinere, integrale eenheden waarin meerdere inhoudelijke en voorwaardenscheppend functies samengebracht zijn; (2) en het toekennen van een grotere mate van autonomie en bevoegdheid aan de leiding van een dergelijke eenheid. Dergelijke teams dienen flexibeler te kunnen reageren op de uiteenlopende en veranderende zorgvragen van de cliënten: de klantgerichte organisatie. In de praktijk is deze 'kanteling' anno 2003 nog in volle gang. Soms wordt een divisionering van de organisatie toegepast die meer is toegesneden op locaties, maar de professionele bureaucratie op kleinere schaal imiteert (figuur 2.4). Divisionering is geen synoniem voor kanteling en garandeert daarom geen klantgerichte organisatie omdat de traditionele dienstenstructuur – zij het in geminiaturiseerde vorm – maar ook centrale bevoegdheden en de instellingscultuur behouden blijven. Er ontstaat niet zelden een 'kloon' van de grotere instelling met weinig eigen strategische ruimte. Ook deconcentratie en verkleining van woongroepen garandeert geen vraaggerichte of klantgerichte cultuur. Deze kunnen zelfs leiden tot micro-institutionalisatie, waarbij de kenmerken van door professionals geregisseerde zorg volledig behouden blijven (Van Genneep, 2000).

Mede door toename en verspreiding van het aantal locaties waar de cliënten zich bevinden, is het niet altijd mogelijk alle (woon)functies die binnen de residentiële organisatie traditioneel '7x24 uur' werden geleverd, ook zelf te blijven aanbieden. Voor bewoners van kleine en verspreid liggende sociowoningen is het bijvoorbeeld niet mogelijk om een nachtdienst vanuit de eigen organisatie te blijven voorzien.

Figuur 2.4 Prototypisch organisatiemodel residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperking: de gedivisioneerde structuur

Samenwerking met andere organisaties – bijvoorbeeld de thuiszorg – brengt dan uitkomst. Woningen waarin de cliënten gehuisvest zijn, zijn niet altijd meer eigendom van de residentiële organisatie, maar worden toenemend gehuurd van een woningcorporatie. Deze vormen van samenwerking leidden tot meer netwerkorganisaties en virtuele organisaties. Onder netwerkorganisaties wordt verstaan dat zelfstandige organisaties met elkaar op onderdelen een structurele samenwerking aangaan, meestal binnen een geografisch gebied, om daarbinnen cliënten van de residentiële instelling van de nodige diensten te voorzien. Onder virtuele organisaties wordt verstaan dat functionele eenheden zonder eigen rechtspersoon of zonder aparte fysieke locatie in het leven worden geroepen, meestal in de vorm van een project dat wordt gefaciliteerd door verschillende rechtspersonen (figuur 2.5).

In Mintzbergs termen (1983) gaat het om minder geformaliseerde ‘ad hoc structuren’ met een hoog zelfsturend karakter. Binnen het project zijn de medewerkers gezamenlijk verantwoordelijk voor het realiseren van de doelstelling.

Een nog recentere ontwikkeling is dat dergelijke netwerkorganisaties of virtuele organisaties hun oorspronkelijke doelgroep overstijgen en diensten aanbieden aan meerdere cliëntgroepen zoals mensen met verstandelijke en lichamelijke beperkingen en verpleeghuiscliënten. Dit wordt mogelijk gemaakt door de modernisering van de AWBZ en de algemene functionele zorgaanspraken die daarmee worden ingevoerd (College voor Zorgverzekeringen, 2003).

Hoewel transformatieprocessen van klassieke instellingsorganisaties in enkele publicaties worden besproken (Van den Beemt, 2004; Hoogma, Van Grinsven & Wesseling, 1998; Kröber & Van de Siepkamp, 2001), is nog geen beschrijving voorhanden van een nieuwe integrale architectuur van ondersteuningsorganisaties als alternatief voor de residentiële instelling.

Figuur 2.5 Prototypische organisatiemodel: virtuele organisaties binnen een netwerkstructuur

Aan het begin van de éénnentwintigste eeuw is de organisatieomgeving van residentiële instellingen (financiering, regelgeving, kennis en technologie, demografie, regionale competitie en alliantiemogelijkheden) nog steeds sterk in beweging. Daarmee samenhangend is ook de interne architectuur van residentiële instellingen nog steeds aan verandering onderhevig, en lijdt – in Mintzberg’s termen – vaak aan gebrekkige consistentie en verminderde effectiviteit (Buntinx, 2000).

De geschetste externe en de interne ontwikkelingen schiepen de verwachting dat bewoners van residentiële instellingen een beter leven zouden gaan leiden onder de ‘omslag’ naar vraaggerichte zorg. Door de beschreven problemen veranderde voor de meeste bewoners – vooral met ernstige verstandelijke beperkingen – in de praktijk maar weinig met betrekking tot groeps grootte (deze bleef in de beschouwde periode gemiddeld 10), beschikbare groepsleiding en activiteiten. Deze discrepantie leidde tot bezorgdheid over de

kwaliteit van zorg bij ouders en familie. Daarbij komt dat verdeeldheid ontstond bij ouders en familie van bewoners van instellingen over de wenselijkheid van verdere of complete deconcentratie en van Community Care (Verontruste familieleden bij intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten, 1999; Van Gennep, 2002a & 2002b; Voorberg, 2003).

Taakverdeling en coördinatie binnen de woongroep teams veranderden in deze periode door de bredere introductie van een aparte huishoudelijke functie en het vormgeven aan het ‘persoonlijk begeleiderschap’. Naast een functionele taakverdeling was in de residentiële zorg reeds langer een persoonlijke toewijzing van cliënten aan begeleiders – zeker in woongroepen van kinderen – niet ongebruikelijk. Dit was een pedagogisch inhoudelijke aangelegenheid (om commitment van groepsleiders en gehechtheid te bevorderen) die teruggevoerd kan worden op ervaringen in het begeleiden van residentiële kindergroepen tijdens de tweede wereldoorlog.

Observaties in residentiële settings hadden uitgewezen dat de ontwikkeling van jonge kinderen gunstiger verliep wanneer leidsters enkele vaste kinderen krijgen toegewezen dan wanneer zij de aandacht over de hele groep verdeelden (Burlingham & Freud, 1943; 1947). Het persoonlijk begeleiderschap heeft een organisatorische oorsprong en is geïnspireerd op de principes van het 'case management'. Case management beoogt coördinatie, integratie en continuïteit van complexe hulpverlening rond het individu (Goudriaan, 1989; Maes, Bruyninckx & Goffart, 2003). Als leidraad daartoe dienen individuele zorgplannen. In de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen verwijst 'persoonlijk begeleiderschap' over het algemeen naar de coördinerende taken van een teamlid rond één of meerdere individuele cliënten, *binnen de context van de eigen voorziening*. Dat wil zeggen dat persoonlijke begeleiders vaak de organisatorische bevoegdheden en faciliteiten missen om individuele arrangementen in een bredere maatschappelijke context (*community care*) te realiseren; de invulling beperkt zich dan niet zelden tot administratieve taken (zoals 'zorgplan bijhouden') en onderhouden van contacten met familie (Buntinx, 1998). In sommige gevallen is de taakomschrijving breder en maakt een 'persoonlijk assistent' geen deel uit van het team maar functioneert meer als case manager (Van Loon, 2001; Van den Beemt, 2004).

Samenvattend kan deze periode als volgt worden gekarakteriseerd:

1. Emancipatie, participatie en keuzemogelijkheden van mensen met functioneringsbeperkingen zijn de elementen van de dominante beleidsvisie. Daardoor ontstaat een trend naar meer individualisering. Het 'product' van de instelling verschuift langzaam van zorg naar 'ondersteuning'; ondersteuning is gericht op het benutten van hulpbronnen, waar mogelijk van hulpbronnen in de natuurlijke omgeving van de persoon en van algemeen maatschappelijke hulpbronnen (*community care*), waarmee condities kunnen worden gecreëerd voor een kwalitatief goed bestaan. Daarnaast wil de overheid haar eigen rol terugdringen en marktwerking toelaten. Financiële middelen nemen af terwijl juist relatief dure vernieuwing (deconcentratie, individualisering) moet worden gerealiseerd. Op beleidsniveau leidt het emancipatiestreven tot een hausse in nieuwe wet- en regelgeving. Nieuwe financieringsvormen ontstaan (PGB en zorgzwaartefinanciering) en kwaliteit is niet langer alleen een aspect van het handelen van individuele professionals maar wordt een aspect van organisatie en management. De Z-opleiding verdwijnt en bestaande opleidingen leiden niet rechtstreeks meer op voor beroepen in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen ontstaat. Demografisch krijgen residentiële instellingen te maken met een sterke vergrijzing van hun cliëntenpopulaties; er wordt meer beroep gedaan op oudere werknemers via stimulering van herintreders. Onder invloed van de modernisering van de AWBZ is er een begin van competitie tussen organisaties, maar traditionele patronen, wachtlijsten en het nog relatief ontbreken van nieuwe aanbieders, verhinderen feitelijke concurrentie op de markt van cliënten. Er is sprake van een de-institutionaliseringstendens in de gehele gezondheidszorg.

2. Fusies, deconcentratie, reorganisaties, invoering van nieuwe regelgeving en oriëntatie op de nieuwe beleidsvisie doen de functionele organisaties (professionele bureaucratieën) langzaam verdwijnen. Daarvoor in de plaats komen vooral gedivisioneerde en in mindere mate ook klantgerichte organisaties. Er ontstaan langzamerhand netwerkorganisaties en virtuele organisaties. Er is nog weinig congruentie tussen organisatiestructuren en de wijzigende maar nog niet uitgekristalliseerde regelgeving (bijvoorbeeld: vraaggestuurde bekostiging). Een beheersmatige cultuur kleurt het inhoudelijke zorgklimaat door het gecombineerde effect van externe regelgeving, budgettaire krapte en kwaliteitszorg (protocollering). Methodisch werken heeft via zorgplannen breed zijn intrede gedaan. Al deze veranderingen verlopen weinig synchroon en leiden tot inconsistenties binnen organisaties. Daarbij blijven traditionele organisatiepatronen vaak op woongroepniveau gehandhaafd waaronder vooral de koppeling tussen kleinere woongroepen (van 9 à 10 tot 8, 6 en 4 bewoners) en (kleine) woongroepsteams. Coördinatie van zorg verloopt langzamerhand meer 'resultaatgestuurd' op basis van individuele zorgplannen en via 'persoonlijk begeleiders', maar dicht bij de cliënt beschikken medewerkers nog steeds over weinig bevoegdheden.

2.4. Personeelswisselingen in historisch perspectief

Personeelswisselingen zijn geen nieuw verschijnsel. Buitenlandse pioniers van professionele zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen beklagden zich in de negentiende eeuw reeds over het grote verloop van medewerkers. Dit achtten zij een belangrijke belemmering voor de implementatie en voor het succes van pedagogische programma's (Baumeister & Zaharia, 1987; Freund, 2001; McIntire, 1954). In Nederland lag het verloop rond de wisseling van de negentiende en de twintigste eeuw bij 's Heeren Loo laag, maar rond de jaren twintig was het aanzienlijk: de gemiddelde diensttijd van de 'zusters' was toen twee jaar en elf maanden. De verklaring hiervoor moet worden gezocht in de arbeidsvoorwaarden en werkomstandigheden: lage salarissen, lange werkdagen (van elf tot negen uur), te weinig vakanties en te lang aaneengesloten werkperiodes. In de jaren dertig leidden verbetering van deze omstandigheden tot aanzienlijk minder problemen bij werving en behoud van personeel. Een andere verklaring voor het hoge verloop lag in de periode tussen de twee wereldoorlogen in het feit dat het werken bij zwakzinnigen eerder werd gezien als een opstap naar een A- of B- diploma en dat meisjes die dit werk deden daarmee stopten zodra ze in het huwelijk traden. Het inwerken van telkens weer nieuwe medewerkers die niet lang bleven werd duidelijk als probleem ervaren (Jak, 1993). Daarentegen bleven hoofdzusters die de leiding over een paviljoen hadden veel langer en meestal tot hun pensionering in dienst (Jak, 1999). Vanwege het kloostersysteem waarbij voor de zusters en broeders leven en werken op dezelfde locatie met elkaar verbonden waren, was het verloop bij katholieke instellingen met uitsluitend religieuzen als medewerkers zoals ondermeer bij Sint

Anna en Sint Joseph te Heel laag. De continuïteit van de afdelingsbezetting was groot (Klijn, 1995).

In de periode van eind negentiende eeuw tot de jaren vijftig van de twintigste eeuw stelt Freund (2001) eveneens fluctuaties vast in de diensttijd en het verloop van het (leken) personeel in vijf Zwitserse residentiële instellingen voor jeugdzorg. Gemiddeld bedroeg de duur van de diensttijd in deze instellingen ongeveer 2,5 jaar; het verlooppercentage bedroeg in die periode tussen 25 en 50 procent op jaarbasis.

Historische studies maken geen melding van personeelwisselingen op andere gronden dan verloop. Omdat woongroepen in de context van het paviljoen- of afdelingensysteem erg autonoom waren, lagen overplaatsingen tussen groepen minder voor de hand. Historische studies brengen verloop in verband met factoren als (1) het aanzien van het werk, (2) de arbeidsomstandigheden, (3) de arbeids-satisfactie en motivationele factoren, (4) de beloning, (5) de arbeidsmarkt, en (6) inconsistentie tussen zorgvisie en zorgpraktijk (Klijn, 1995; Jak, 1999; Freund, 2001; Baumeister & Zaharia, 1987). Met deze laatste factor bedoelt Freund de discrepantie tussen de visie van de instelling die groepen naar een gezinsmodel ('gezinsvervangend') beoogt te bieden, en de praktijk van een professionele organisatie die in belangrijke mate een bedrijfskarakter heeft waarbij verloop inherent is. Juist omdat verloop een belemmerende factor is voor het realiseren van zorgvisies, verdienen het ontwerp van zorgsystemen, van zorgorganisaties en de maatschappelijke waardering voor het werk van groepsleiders grote aandacht (Lakin, Bruininks, Hill & Hauber, 1982). In een beschouwend artikel over vijftig jaar onderzoek naar verloop van groepsleiders wijzen Hall en Hall (2002) erop dat verschuiving van zorgvisie gepaard gaat met verschuiving in het type groepsleider – of in termen van het huidige ondersteuningsparadigma: 'ondersteuner' – en de daarbij horende competenties. Dat betekent dat personeelsbeleid en in bijzonder opleiding, selectie en beloning aangepast moeten worden aan de eisen van veranderende zorgvisies en de daarbij horende technologie. Institutionele zorg vereiste volgens Hall en Hall bijvoorbeeld punctuele en meegaande 'karakters' terwijl ondersteuning beroep doet op zelfstandigheid en medewerkers die handig zijn bij het inzetten van hulpbronnen uit de (natuurlijke) omgeving. Discongruentie tussen de eisen van de zorgvisie en de competenties of verwachtingen van de groepsleiders kunnen, zeker in tijden van organisatorische verandering, bijdragen tot zowel verloop als personeelwisselingen. Zorgvisie, *Human Resources Management* en inhoudelijke ondersteuningstechnologie zijn in de gezondheidszorg veelal gescheiden verantwoordelijkheden; de kwaliteit van dienstverlening is echter gebaat bij een goede afstemming (Van Erp, 1989).

In historische bronnen wordt nergens specifieke informatie over personeelwisselingen aangetroffen. Het aspect 'verloop' wordt wel signaleerd en in verband gebracht met conjunctuur (arbeidsmarkt, beloning), imago (maatschappelijke waardering, verwachtingen van het werk), sociaal-culturele factoren (stoppen met werken bij huwelijk). Hoog verloop wordt algemeen beschouwd als schadelijk voor de consistentie en de effectiviteit van de organisatie.

2.5 Residentiële instellingen: de huidige Nederlandse situatie

Aan het begin van de 21^e eeuw zijn er in Nederland 133 algemene residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen met in totaal 33.694 plaatsen (CTG, 2002). Tabel 2.2 geeft hiervan een aantal kerngegevens weer. In 2002 wonen ruim 37 procent van alle bewoners van algemene instellingen buiten de hoofdlocatie, in een gewone straat (tabel B2.3). Het beleidsdoel uit 1995 is daarmee in principe bereikt. In de jaren zeventig waren residentiële instellingen overwegend gehuisvest op één terrein. De gemiddelde omvang was rond 300 bewoners. In 2002 bestaat een residentiële instelling uit verschillende en verspreid liggende locaties waarbij het gemiddelde aantal bewoners per locatie (postadres) thans nog 33 bedraagt (tabel B2.4). Het deconcentratieproces is nog steeds in volle gang en het aantal bewoners van AIV's dat in de lokale samenleving woont neemt nog steeds toe (Van Daal, 2003). In 2000 woont eenderde van de bewoners van residentiële instellingen in groepen van minder dan zes bewoners; eenderde woont in groepen van zeven tot negen bewoners; eenderde woont in groepen van tien of meer bewoners (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002).

Over personeelswisselingen bestaan geen cijfers; er is wel informatie over verloop. Terwijl het verloop van groepsleiders in residentiële instellingen in de eerste helft van de jaren negentig van de twintigste eeuw stabiel rond 12 procent lag, nam het in de tweede helft toe tot 21 procent in het jaar 2000 (tabel B7.2).

De historische schets in dit hoofdstuk illustreert dat de configuratie van de residentiële instelling aan complexe invloeden onderhevig is. Deze kan niet eenvoudig vanuit een 'visie' concept worden verklaard. Om doelen en visies te realiseren is de organisatie afhankelijk van demografische, economische, juridische en regeltechnische, technologische (beschikbare kennis) en competitieve factoren. De interne en externe effectiviteit van een concrete organisatie hangt af van enerzijds de binnen externe regelgeving en omstandigheden beschikbare ruimte en anderzijds de inventiviteit en flexibiliteit om met beschikbare technologie zo goed mogelijk aan de behoeften van cliëntengroepen tegemoet te komen.

Door complexe externe veranderingen staan residentiële instellingen onder druk. Hun interne organisatie moet aangepast worden aan de nieuwe eisen die voortvloeien uit inhoudelijke veranderingen (zorgvisie en verwachtingen van cliënten), beleidsmatige veranderingen (wet- en regelgeving), veranderingen in de financieringssystematiek (functie- en zorgzwaartefinanciering; verhoogde marktwerking) en door demografische veranderingen (vergrijzing, ontgroening, afname bevolkingsgroei) worden gesteld. Door de gelijktijdige inwerking van deze invloeden en door een natuurlijke inertie van het systeem (niet alle afspraken en gewoonten gaan meteen om) staat de interne consistentie en daarmee de effectiviteit van organisaties onder druk (Ginter, Swayne & Duncan, 1998, hfst. 1; Teulings, 1993).

Personeelsswisselingen zijn een bron van inconsistentie op het niveau van de basiseenheid van de organisatie en dus het dichtst bij de cliënt. Zij doen zich voor in de *interface* tussen cliënt en systeem: de plaats waar de zorg aan de cliënten daadwerkelijk tot stand komt.

Een deel van de personeelsswisselingen is in ieder geval van alle tijden. Dit hangt samen met conjunctuurfactoren in de arbeidsmarkt en de positie daarin van zowel de gehandicaptensector in het algemeen als specifieke instellingen. Maar een ander deel wordt intern bepaald door de wijze waarop de begeleiding is opgezet (organisatie) en wordt gemanaged. Het niet onderkennen of verwaarlozen van dit beïnvloedbare deel van personeelsswisselingen trekt een extra wissel op consistentie en effectiviteit. De historische schets laat zien dat de organisatie van de interface tussen instelling en cliënt in de loop van de tijd veranderde qua omvang (groepsverkleining), context (van relatief zelfstandige afdelingen naar onderdelen van paviljoenen en clusters), locatie (van instellingsterrein naar samenleving) en enigermate qua functionele samenstelling (persoonlijk begeleiderschap, veelal echter binnen de bestaande teamstructuur). Desondanks bleef de koppeling tussen woongroep en woongroepeteam structureel nagenoeg onveranderd. Een ander kenmerk is dat de structuur, samenstelling en interne regels (roosters, beloning, coördinatie) van een woongroepeteam nauwelijks verschilt naargelang de doelgroep die zij bedient; er is binnen een residentiële organisatie juist sprake van een hoge mate van standaardisering van de teamstructuur.

Het is nuttig inzicht te verwerven in de samenhang tussen personeelsswisselingen en interne organisatiekenmerken. Het is eveneens nuttig te kijken naar effectiviteitscondities van woongroepeteams en door cliënten ervaren kwaliteit van begeleiding in relatie tot personeelsswisselingen. In de twee volgende hoofdstukken zal eerst aandacht worden besteed aan de literatuur over verloop en personeelsswisselingen, en vervolgens aan teameffectiviteit en kwaliteitszorg binnen residentiële instellingen.

Tabel 2.2 Compilatie van kerngegevens van algemene instellingen voor verstandelijke gehandicapten (AIV)*

Onderwerp	Aantal	Bron
Capaciteit toegelaten algemene instellingen	33.694	1
Totaal aantal arbeidsplaatsen (FTE)	36.502	2
Totaal aantal werknemers	54.020	2
Totaal aantal gesubsidiëerde arbeidsplaatsen (ID)	1.045	2
Totaal aantal direct cliëntgebonden medewerkers	45.219	2
Aantal parttime medewerkers cliëntgebonden	37.545 (83%)	2
Arbeitsplaatsen groepsleiding (wonen) (FTE)	22.728	2
Aantal medewerkers groepsleiding (wonen)	34.771	2
Aantal parttime medewerkers groepsleiding (wonen)	28.841 (83%)	2
Gemiddeld ziekteverzuimpercentage (excl. zwangerschap)	7,7 %	2
Gemiddeld verloop cliëntgebonden medewerkers	18,5 %	3
Financieel kader instellingen (miljard €)	2,4	4
Percentage van totale uitgaven gehandicaptensector	50%	6
Gemiddelde leeftijd bewoners	38 jaar	5
Ouder dan 65	8%	
Jonger dan 19	11%	
Gemiddelde verblijfsduur	18 jaar	5
Mate van verstandelijke beperking		5
Licht	12%	
Matig	33%	
Ernstig	31%	
Zeer ernstig	24%	
Mobilititeit		5
Niet-ambulant	12%	
Semi-ambulant	11%	
Ambulant, indien gelijkvloers	11%	
Ambulant	66%	
Gedragsproblemen	35%	5
Onder bewind of onder curatele gesteld	73%	5
Grootte woongroep		5
4 of minder	12%	
5	8%	
6	13%	
7	9%	
8	14%	
9	10%	
10	12%	
11	9%	
12 of meer	12%	
Uitstroom	4,6%	5
Opname	5,3%	5

*: algemene instellingen en instellingen voor meervoudig verstandelijk gehandicapten; exclusief instellingen voor jeugdig licht verstandelijk gehandicapten

1: College Tarieven Gezondheidszorg, 2002

2: Kok R.J. (Statistiek Personeelssterkte 2000)

3: Hingstman et al., 2001

4: Ministerie VWS, 2002 (Zorgnota 2003)

5: VG/N, 2002 (Landelijke tabellen cliëntregistraties 2000)

6: Ministerie VWS, 2002 (Brancherapport Care '98-'01)

3

Personeelwisselingen

In dit hoofdstuk wordt de literatuur verkend over personeelswisselingen in woongroep teams van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. In paragraaf 3.1 gaat het om de vraag: 'wat wordt over het verschijnsel personeelswisselingen als praktijkprobleem gerapporteerd en welke betekenis wordt eraan toegekend?' Bij deze eerste vraag worden zowel de vakliteratuur als de wetenschappelijke literatuur geraadpleegd (zie verder) en wordt zowel naar publicaties over 'verloop' of 'personeelswisselingen' gekeken als naar publicaties over 'kwaliteit van zorg' waarin deze begrippen als verklarende of beïnvloedende factor vermeld worden. Daarbij worden de antwoorden geordend volgens het perspectief van (1) de bewoner, (2) de ouders en familie van bewoners, (3) professionals en de brancheorganisatie; er wordt afgesloten met een conclusie (4). In paragraaf 3.2 luidt de vraag: 'wat zijn de belangrijkste bevindingen van empirisch wetenschappelijk onderzoek naar personeelswisselingen?' Bij deze tweede vraag wordt specifiek gezocht naar (1) fundamenteel onderzoek over het verband tussen teamwisselingen en teameffectiviteit, naar (2) praktijkgericht onderzoek naar het verband tussen verloop en kwaliteit van zorg, naar (3) in praktijkgericht onderzoek aangetoonde correlaten van personeelswisselingen en tot slot (4) naar operationalisering van het concept 'personeelswisselingen'. Voor de beantwoording van deze tweede vraag wordt uitsluitend wetenschappelijke literatuur geraadpleegd. De besproken literatuur wordt betrokken uit een eigen database van 'kwaliteit van zorg' publicaties in wetenschappelijke tijdschriften (tabel B3.1), landelijke en internationale vakbladen en overheidspublicaties. Deze selectie werd aangevuld met een literatuur search op W1 publicaties in de database PsycINFO aan de hand van de zoektermen uit tabel B3.2. De tweede paragraaf wordt eveneens afgesloten met een conclusie (5).

3.1 Personeelswisselingen als praktijkprobleem

3.1.1 Het perspectief van de bewoner

Rapportages van ervaringen van bewoners van residentiële instellingen met betrekking tot personeelswisselingen zijn weinig voorhanden. Dit komt mede omdat instrumenten voor het peilen van persoonlijke ervaringen van mensen met verstandelijke beperkingen nog weinig beschikbaar zijn. Rapporten van kwaliteitsprojecten waarbij mensen met verstandelijke beperkingen persoonlijk worden geïnterviewd (zoals bij de stichting Perspectief), zijn instellingsgericht en niet openbaar. Gepubliceerde interviews over ervaringen van cliënten van residentiële instellingen met groepsleiders illustreren de afhankelijkheid van mensen met verstandelijke beperkingen van hun professionele ondersteuners en onderstrepen het belang van goede en continue relaties tussen bewoners en professionele begeleiders (Kooyman, 2000; Whiteman & Jaskulski, 1996).

Test, Flowers, Hewitt en Solow (2003) rapporteren dat mensen met verstandelijke beperkingen emotionele problemen ervaren naar aanleiding van verloop van hun begeleiders. Begeleiding komt tot stand binnen een dialoog tussen zorgvrager en

zorgbieder. Het voeren van deze dialoog veronderstelt bekendheid en vertrouwde-
heid tussen groepsleiders en cliënten; continuïteit is in dit verband een voorwaarde
voor het respecteren en bevorderen van de zelfstandigheid van mensen met
verstandelijke beperkingen (Meininger, 1998; Roelink, Pool & Grypdonck, 2002;
Vlaskamp & Verkerk, 2000). In een evaluatiestudie over trajectbegeleiding rappor-
teren cliënten als belangrijkste verwachting naar professionele begeleiders dat men
steeds moet kunnen terugvallen op iemand waarin men zijn vertrouwen stelt. Aan
continuïteit van begeleiding hechten zij veel belang (Maes, Bruyninckx & Goffart,
2003).

3.1.2 Het perspectief van ouders en familie

Jaskulski & Whiteman (1996) rapporteren dat ouders en familie van mensen met
verstandelijke beperkingen in residentiële settings een speciale relatie hebben met
de groepsleiding die hun familielid begeleidt en met wie zij hun vragen, zorgen en
wensen met betrekking tot hun familielid bespreken. Vertrouwen speelt daarbij een
grote rol. Ouders en familie moeten het vertrouwen hebben dat hun familielid
inderdaad de zorg krijgt die nodig is en die is afgesproken in het individuele zorg-
plan. Zij moeten ook het vertrouwen hebben in de goede bejegening van hun
familielid. Een zekere continuïteit van groepsleiders is een voorwaarde om dit
vertrouwen te verkrijgen en te behouden.

In Nederland signaleren ouderorganisaties hun zorgen over personeelwisselingen
voor de kwaliteit van zorg en beklagen zich in beleidsnota's over de hardnekkigheid
van dit probleem (WOI, 1994; Van der Zwan, Spijker & van Borssum Waalkes,
1994). Zij zien relatie, interdependentie, dialoog en continuïteit als kwaliteitsstan-
daarden voor professionele ondersteuning (Vereniging Gehandicaptenzorg Neder-
land & Federatie van Ouderverenigingen, 2002).

In een onderzoek naar de kwaliteit van bestaan van bewoners in Nederlandse
instellingen rapporteren Vreeke, Janssen, Resnick en Stolk dat de geringe stabiliteit
van het begeleidingsteam bij 33 procent van ouders en bewoners tot grote
ontevredenheid leidt (1998, p.120). Ouders van kinderen met chronische aandoe-
ningen rapporteren het gebrek aan continuïteit van zorg ('steeds hetzelfde verhaal
moeten vertellen' en gebrek aan coördinatie tussen behandelaars onderling) als
belangrijk knelpunt voor goede zorgverlening en voor maatschappelijke participatie
(Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland, 2001). In een kwalitatief
onderzoek naar zorgvragen van mensen met verstandelijke beperkingen wordt
discontinuïteit waaronder het vele wisselen van directe dagelijkse zorgverleners
door betrokkenen zelf en hun familie expliciet als belemmering genoemd voor het
realiseren van vraaggerichte zorg (Huizing, Maaskant, Hamers & Groot, 2002).

3.1.3 Het perspectief van professionals en brancheorganisatie

Schuring, Barnhard, Kardaun, Kramer en Schoep (1990) signaleren in een landelijke
inventarisatie van probleemsituaties rond bewoners van residentiële instellingen het
belang van kwantiteit, kwaliteit én continuïteit van de personeelsbezetting. Dit

onderzoek – dat werd gehouden naar aanleiding van Kamervragen over de situatie van verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsstoornissen – wijst erop dat het wegvallen van vertrouwde personen waaraan de bewoner gehecht is en de onzekerheid rond nieuwe medewerkers voor veel bewoners niet te bevatten is en een negatief effect heeft op het gedrag. Het vraagstuk van instabiliteit van de bezetting krijgt een aparte plaats bij de aanbevelingen van dit rapport. In een rapport over bejegening van bewoners in residentiële instellingen beschouwt de Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg personeelswisselingen als risicofactor voor een goede bejegening (Nederlandse Vereniging Gehandicaptenzorg, 1993). Professionele behandelaars en groepsleiders noemen de instabiliteit van het woon-groepsteam als risicofactor voor het vóórkomen van zelfverwondend gedrag (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1996; Nissen & Haveman, 1997) en als belemmering voor professioneel functioneren (De Ruyter, 1995). Groepsleiders zelf rapporteren in een onderzoek naar de kwaliteit van bestaan van bewoners van Nederlandse instellingen dat meer dan eenderde hun begeleiders minder dan twee jaar meemaakt (Vreeke, Janssen, Resnick & Stolk, 1998, p. 99).

Vanuit het perspectief van bedrijfsvoering krijgt ‘verloop’ binnen residentiële zorgorganisaties vanaf het begin van de jaren negentig steeds meer aandacht (Pool, Meeuwse & Michels, 1992; Grunveld, 1999). Mede vanwege toenemend verloop en uitstroom van groepsleiders uit de sector staan het behoud van medewerkers en het bevorderen van de aantrekkingskracht van het beroep vanaf 2000 in het middelpunt van de belangstelling. Studies identificeren factoren als werkdruk-beheersing, persoonlijke ontwikkeling, communicatie en informatie, salaris en leiderschapsstijl als speerpunten voor beleid van personeel binnen de gezondheidszorg in het algemeen en binnen instellingen in het bijzonder (Prismant, 2002). Het overheidsbeleid ondersteunt dit beleid via arbeidsmarktconvenanten. Deze omvatten specifieke maatregelen op het terrein van beheersing ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, imagoverbetering en regionaal arbeidsmarktbeleid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002).

3.1.4 Conclusie

Alle bij de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen betrokken partijen erkennen het belang van continuïteit in de relatie tussen residentiële cliënten en hun professionele begeleiders en het problematische karakter van personeelswisselingen. Organisatorische continuïteit is volgens hen een belangrijk aspect van kwaliteit van zorg. Instabiliteit van het begeleidingsteam wordt gezien als risicofactor voor het ontstaan of voortbestaan van gedragsproblemen. Hoewel het probleem regelmatig werd gesignaleerd, blijkt alleen het aspect ‘verloop’ vanaf de jaren negentig aandacht te krijgen. Over (effecten van) maatregelen tegen niet door verloop veroorzaakte personeelswisselingen wordt in de vakliteratuur niet gerapporteerd.

3.2 Personeelswisselingen als wetenschappelijk probleem

Wetenschappelijk onderzoek naar personeelswisselingen kan worden verdeeld in fundamenteel en praktijkgericht onderzoek. In paragraaf 3.2.1 worden publicaties met betrekking tot fundamenteel onderzoek besproken. Daarna worden twee groepen praktijkgericht onderzoek onderscheiden. De eerste groep (paragraaf 3.2.2) beschrijft het verband tussen verloop of personeelswisselingen en 'kwaliteit van zorg' factoren. Hieronder vallen ook onderzoeken naar effecten op bewoners. De tweede groep (paragraaf 3.2.3) betreft correlaten of voorspellers van verloop of personeelswisselingen. Binnen deze tweede groep worden twee typen onderzoek onderscheiden: (1) onderzoek op niveau van de organisatie en (2) onderzoek op het niveau van woongroepen. Het eerste type betreft meestal de arbeidsrelatie: de relatie tussen groepsleiders als werknemers en de organisatie als werkgever. Het tweede type wordt uitgevoerd vanuit het bewonersperspectief en richt zich meer op de relatie tussen groepsleiders en bewoners. Tot slot wordt geïnventariseerd op welke manier de begrippen 'verloop' respectievelijk 'personeelswisselingen' in deze onderzoeken werden geoperationaliseerd (paragraaf 3.2.4).

3.2.1 Verband tussen personeelswisselingen en teameffectiviteit

Hoewel er veel onderzoek beschikbaar is over groepsdynamica (interacties in kleine groepen met $N = 2$ tot $N = 12$ à 20), zijn er nauwelijks onderzoeken naar de effecten van wisselingen van groepsleden op de effectiviteit van groepen in werksituaties. Uitzondering hierop is het werk van Holly Arrow en Joseph McGrath. Zij ontwikkelden een theoretisch kader voor de studie van temporele aspecten van kleine arbeidsgroepen en verrichten op basis hiervan experimenteel onderzoek. Hierna worden eerst de elementen en de structuur van hun theoretisch kader besproken; vervolgens wordt kort verwezen naar enkele experimentele studies.

1. *Theoretisch kader voor de studie van de dynamiek van kleine arbeidsgroepen*

Arrow en McGrath (1995) definiëren een groep als een complex patroon van terugkerende relaties tussen groepsleden, instrumenten en taken. Groepen worden bepaald door (1) de onderlinge relaties en interacties tussen de leden, (2) door gebruikte instrumenten en procedures waaronder attitudes, gewoonten, communicatiemiddelen (kortom: technologie) en (3) door hun taken en de output of de resultaten die daarbij worden verwacht.

In de temporele structuur van groepen onderscheiden zij 'membership continuity' en 'membership change'. Continuïteit verwijst naar de stabiliteit van de groepsamenstelling en van de relaties tussen de groepsleden. Veranderingen verwijzen naar fluctuaties in de groepssamenstelling en van de relaties tussen de groepsleden als gevolg van de toetreding van nieuwe leden. Beide kenmerken kunnen variëren van 'frozen rigidity' tot 'radical discontinuity'. Andere temporele aspecten zijn: duur

van het groepslidmaatschap, moment van teamwisselingen in de context van de groepsontwikkeling en regelmaat in teamwisselingen.

Een ander kenmerk van groepen betreft het onderscheid tussen 'acting' en 'standing' groepen. Een 'acting group' wordt gevormd door de relaties tussen groepsleden op het moment van (inter)actie; bijvoorbeeld, groepsleiders tijdens hun dienst. Een 'standing group' wordt gevormd door de relaties tussen alle leden en bestaat ook buiten het moment van directe actie; bijvoorbeeld, een woongroepsteam inclusief de leden die geen dienst hebben, vrij hebben of ziek zijn.

Arrow en McGrath onderscheiden vier typen arbeidsgroepen.

- Clubs: de nadruk ligt op informele relaties; de leden komen in actie op het moment en op de wijze dat zij dat zelf nodig vinden. Eigenlijk gaat het hier niet om formele arbeidsgroepen, maar binnen organisaties kunnen wel 'clubs' bestaan.
- Task forces: de nadruk ligt op het te bereiken resultaat dat bepalend is voor de samenstelling, de interacties en de technologie van de groep. Wanneer het resultaat is behaald, houdt de groep op te bestaan. Voorbeelden zijn: een onderzoekscommissie, een projectteam.
- Crews: de nadruk ligt op de technologie voor het uitvoeren van een in de tijd afgebakende opdracht. De leden voeren gespecialiseerde taken uit en werken vaker in wisselende samenstellingen waarbij de positie in de groep wordt bepaald door de eigen deskundigheid. De groepssamenstelling eindigt bij het uitvoeren van de opdracht. Voorbeelden zijn: een vliegtuigbemanning, een operatieteam.
- Teams: de nadruk ligt op de interactie tussen de leden en de gebruikte technologie. Groepsleden beschikken over specifieke competenties (vaardigheden) die zij in wisselende taken inzetten, daarbij gebruik makend van procedures, afspraken en gewoontes. Teams bestaan gedurende een langere periode en er is vaak geen vastgesteld eindpunt. Voorbeelden: een directieteam, een woongroepsteam.

Voor de studie van arbeidsgroepen zijn drie systeemniveaus relevant: (1) het niveau van de individuele leden, (2) van de groepsinteracties, en (3) van de organisatorische context waarbinnen de groep functioneert. Voor de studie van de dynamiek van werkgroepen stellen Arrow en McGrath een theoretische model voor (figuur 3.1). De zeven impactgebieden in dit model weerspiegelen de drie systeemniveaus waarbij de gebieden 1, 4 en 7 uitsluitend met één niveau samenhangen ('welzijn' van respectievelijk de organisatie, groep en individu) en de overige interactiegebieden zijn tussen de aanpalende niveaus.

Volgens Arrow en McGrath reduceert continuïteit in teamsamenstelling de variabiliteit in het gedrag van teamleden, en verhoogt het de voorspelbaarheid. Continuïteit leidt tot routine in de interactiepatronen van een team. Veranderingen in de teamsamenstelling verhogen de variabiliteit in gedrag en reduceren de voor-

spelbaarheid. Veranderingen leiden tot verstoringen in interactiepatronen. Of dit een voordeel of een nadeel is hangt af van de aard van de opdracht en de taken. Wanneer taken veranderen of creativiteit wordt verwacht, zijn veranderingen in teamsamenstelling gunstig voor de effectiviteit. Wanneer bij een constant blijvende opdracht veel energie moet worden besteed aan inpassing en aanpassing aan nieuwe groepsgleden, is dit ongunstig voor de effectiviteit.

Figuur 3.1 Theoretisch model dynamiek groepssamenstelling (Arrow & McGrath, 1995)

Zij formuleren verder een aantal stellingen waarvan, in de context van de doelstelling van onze studie, de volgende selectie relevant is om mede richting te geven aan het empirisch onderzoek.

- Bij de studie van dynamiek van groepssamenstelling moet onderscheid worden gemaakt tussen continuïteit en veranderingen in teamwisselingen.
- De impact van teamwisselingen hangt af van (de kenmerken van) de organisatieomgeving.
- De impact van teamwisselingen hangt af van het type groep (crew, task force, team).
- Continuïteit in groepssamenstelling bevordert het team-karakter. Hoe groter het team-karakter van een groep hoe groter de impact van veranderingen in samenstelling.
- De impact van teamwisselingen hangt af van de plaats van initiatief voor de verandering (binnen of buiten het team).
- Omvang en richting van veranderingen in groepssamenstelling (toevoegen van teamleden of verminderen van teamleden) leiden tot verschillend effect op de groep (bijvoorbeeld: op de effectiviteit).

- De impact van teamwisselingen op de groep (bijvoorbeeld: effectiviteit) hangt af van hun temporele structuur (duur, frequentie, voorspelbaarheid, tijdstip).

In de context van meten van personeelswisselingen in woongroepeteams pleit dit ervoor een onderscheid te maken tussen de stabiliteit van het team, de omvang van veranderingen in termen van nieuwe teamleden, de duur van de continuïteit in termen van teamlidmaatschap, de locus van initiatief voor verandering en het moment van verandering, in relatie tot de ontwikkeling van het team of van zijn taken.

2. *Experimenteel onderzoek*

Het aantal experimentele studies met het theoretisch model van Arrow en McGrath is beperkt. In 1997 verschijnt een studie van Arrow waarin het moment van wisselingen in een 'task force' groep wordt bestudeerd en mede wordt gerelateerd aan technologie (communicatie tussen de leden via computer of *face-to-face*). Het experiment vond plaats met 81 studenten in 22 groepen (3 tot 4 leden) gedurende dertien weken. Daarbij ging het om cognitieve en creatieve taken (genereren van oplossingen in een fictieve consulting casus). Wisselingen in het team beïnvloedden de teameffectiviteit positief.

De La Hera en Rodriguez publiceren in 1999 de resultaten van een vergelijkbare studie waarin 32 studenten gedurende acht weken in 8 groepen van telkens 4 leden werkten aan een niet nader omschreven cognitieve en creatieve taak. Terwijl de studie aantoont dat wisselingen in de samenstelling van de groepen met betere kwalitatieve en kwantitatieve resultaten gepaard gaan, vermelden de auteurs dat deze resultaten sterk taakspecifiek zijn.

Geconcludeerd kan worden dat er geen experimenteel onderzoek voorhanden is waarin het model van Arrow en McGrath in situaties van dienstenteams, met geschoolde krachten in complexe taken, over langere periode werd getoetst. Wel wijzen deze experimenten erop dat het effect van teamwisselingen op de effectiviteit niet noodzakelijk negatief hoeft te zijn. Hun model geeft wel een aantal relevante begrippen en relaties aan (tussen organisatieomgeving, kenmerken van de teamwisselingen en uitkomsten in systeemfuncties). Hiermee zal bij de formulering van het theoretisch kader van deze studie rekening worden gehouden.

3.2.2 Verband tussen 'verloop' of 'personeelswisselingen' en 'kwaliteit van zorg'

Empirische studies naar effecten van personeelswisselingen op het gedrag van bewoners of op zorgpatronen binnen woongroepen zijn schaars. In de literatuur wordt geen enkele studie aangetroffen die gebruik maakt van een experimenteel of quasi-experimenteel design om deze effecten in de praktijk te onderzoeken. Wel geven de volgende studies aanwijzingen over de relatie tussen personeelswisselingen en aspecten van kwaliteit van zorg en kwaliteit van bestaan van de

bewoners van woongroepen in residentiële instellingen. Een causale relatie is dit echter niet.

Tizard's Brookland studie (1964) geeft kwalitatieve aanwijzingen dat de ontwikkeling van kinderen in een kleinere woongroep met meer stabiele bezetting van groepsleiders gunstiger verloopt. Het design laat niet toe dit effect met zekerheid toe te schrijven aan de grotere continuïteit van groepsleiders, maar de auteur interpreteert deze relatie wel op grond van het karakteristieke verschil van dit kenmerk tussen het *group home* en het instituut.

Munro, Duncan en Seymour (1983) vonden geen verband tussen personeelswisselingen en frequentie en duur van toepassing van time-out. Nissen en Haveman (1997) vinden bij tien residentiële instellingen een hoger verloop in woongroep-teams van bewoners met zelfverwondend gedrag, maar in drie instellingen is het verloop daar juist kleiner.

De Bontridder (1987) vond geen relatie tussen gedragsveranderingen van bewoners en de mate van continuïteit in het team van groepsleiders dat bewoners begeleidde in een periode waarin een omvangrijke verhuizing plaatsvond.

Cope, Grossnickle, Covington, Durham & Zaharia (1987) stellen dat verloop juist een positieve functie kan hebben voor zover minder goed presterende groepsleiders uit het team verdwijnen. Ook kan een te langdurige en intensieve betrokkenheid van groepsleiders binnen een zelfde woongroep leiden tot burnout en tot minder goede relaties tussen groepsleiding en bewoners (Caton, Grossnickle, Cope, Long & Mitchell, 1988; Edwards en Mittenberg, 1991).

Op solide theoretische gronden kan worden aangenomen dat frequente personeelswisselingen hechtingsprocessen belemmeren. Hechting is niet alleen relevant in de eerste jaren van de menselijke ontwikkeling en beperkt zich niet tot de ouders van het jonge kind. Gehechtheidsrelaties zijn relevant op elke leeftijd. De reden daarvan is dat mensen in het streven naar bevrediging van behoeften gevoelig zijn voor personen in hun omgeving die daarbij een faciliterende rol (kunnen) spelen. Hechtingsgedrag is elk gedrag dat leidt tot het bevorderen of behouden van de nabijheid van een ander persoon van wie men verwacht of ervaren heeft dat deze behulpzaam is bij het functioneren of bij het reduceren van stress en coping-problemen. De ervaring dat een hechtingsfiguur beschikbaar en responsief is leidt tot een duurzaam veilig gevoel, in het bijzonder bij mensen die vermoeid, angstig of (chronisch) ziek zijn (Bowlby, 1988, p. 26-27). De beschikbaarheid van een ondersteunend persoon en de zekerheid dat deze op zorgvragen reageert, maakt de gehechtheidsrelatie functioneel en bekrachtigt haar voortbestaan. De combinatie van complexiteit van individuele opvoedingsarrangementen met de beperking in cognitieve vermogens van mensen met een (ernstige) verstandelijke handicap, maakt dat in woongroepen van residentiële voorzieningen 'sterk gekapitaliseerd (zal) moeten worden op de vermogens van de professionele opvoeders om een gehechtheidrelatie tot stand te brengen' (Vlaskamp, 1993, p.22). Deze auteur wijst erop dat bewoners overbelast kunnen raken door een steeds wisselend en niet op hun

behoeften afgestemd aanbod van begeleiders. Dit kan leiden tot vermijdingsgedrag of isolement van de kant van bewoners. Vlaskamp laat ook zien dat personeelsverloop en wisseldiensten de context voor alle betrokkenen onduidelijk maken en het kennisgebrek bij groepsleiders doet toenemen. Dit leidt ertoe dat groepsleiders hun werk onbevredigend kunnen ervaren 'door het gebrek aan het tot stand kunnen brengen van zinvolle communicatie en vooruitgang' (p. 23). Er zijn empirische aanwijzingen dat een lagere gehechtheidskwaliteit bij mensen met verstandelijke beperkingen in residentiële zorg samen gaat met het frequenter vóórkomen van psychopathologie (Van Dal, 2000). Onderzoek toont ook aan dat positieve gehechtheidrelaties tussen groepsleiders en kinderen in professionele zorgsituaties zeer wel mogelijk zijn en zelfs los staan van de gehechtheidskwaliteit met hun ouders; voorwaarde is dat groepsleiders hun aandacht niet over teveel kinderen moeten verdelen en er voldoende tijd is om tot interactie te komen (Goossens & IJzendoorn, 1990).

Wetenschappelijke auteurs betwijfelen niet dat frequente personeelswisselingen negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg en uiteindelijk voor de kwaliteit van bestaan van bewoners met ernstige en meervoudige beperkingen van residentiële voorzieningen. Dit komt door hun grote afhankelijkheid van groepsleiders die hun zorgvragen juist moeten kunnen inschatten en er vervolgens adequaat op moeten reageren (Baumeister et al., 1987; Braddock et al, 1992; Van Gennep, 1978; Lakin, 1988; Vlaskamp, 1993). Velthausz (1987) wijst erop dat gezien het minder conventionele karakter van de communicatie van mensen met ernstige verstandelijke beperkingen en de sterke persoonsgebondenheid van de communicatie, de communicatieve betekenis van gedragingen in veel gevallen slechts achterhaald kan worden in langdurige omgang. Omdat mensen met ernstige tot zeer ernstige verstandelijke beperkingen – met vaak nog bijkomende motorische en/of zintuiglijke beperkingen – geen langdurig contact aankunnen, zouden zij het meest zijn gebaat met talrijke contacten met een zelfde begeleider. Vlaskamp wijst op het belang van sensitiviteit en responsiviteit van groepsleiding om een goede inschatting te kunnen maken van de (zorg)behoeften van mensen met een (ernstige) verstandelijke handicap en hierop adequaat te reageren (Vlaskamp, 1993). Van der Maat (1992) stelt vast dat de mate van overeenstemming tussen twee groepsleiders in het reageren op hetzelfde gedrag van mensen met een ernstige verstandelijke handicap gemiddeld 52 procent bedraagt. Omdat het vertrekpunt van professionele begeleiding ligt bij het goed begrijpen van ondersteuningsbehoeften van individuele cliënten, vormen personeelswisselingen in dit verband een belemmerende factor voor een consistent en adequaat patroon van sensitiviteit en responsiviteit van groepsleiding.

3.2.3 Correlaten van verloop en personeelswisselingen

1 *Studies op organisatie niveau*

De volgende studies gaan over verloop van groepsleiders. Omdat wij primair geïnteresseerd zijn in *personeelswisselingen* en niet in *verloop*, worden deze studies hier niet in detail besproken, maar wordt volstaan met een korte beschrijving. De significant gebleken correlaten worden gegroepeerd in tabel 3.1. Studies over verloop zijn om twee redenen van belang. Ten eerste is een deel van de omvang van personeelswisselingen in een team te wijten aan verloop en daarom kunnen zij aanwijzingen geven over variabelen die mede relevant zijn voor de studie van personeelswisselingen. Ten tweede is de methodologie – met name operationalisering van ‘verloop’ – van deze studies relevant voor de studie van personeelswisselingen.

In een uitgebreid overzichtsartikel behandelen Baumeister en Zaharia (1987) studies over verloop en verzuim van groepsleiders in de Amerikaanse residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Deze studie vertrekt van de stelling dat een stabiele personeelsbezetting een kritische voorwaarde is voor het leveren van kwalitatief goede zorg en dat verloop en verzuim in dit verband belemmerende factoren zijn. De auteurs concluderen dat er nauwelijks studies zijn met betrekking tot effecten van verloop op cliënten. Wel zijn er studies over correlaten en voorspellers van verloop. Uit hun overzicht kunnen veertien betekenisvolle variabelen worden afgeleid (zie tabel 3.1). Baumeister en Zaharias komen tot de conclusie dat verloop niet vanuit eenvoudige modellen kan worden verklaard en eerder als proces dan als uitkomst moet worden opgevat.

David Braddock en Dave Mitchell van de School of Public Health (University of Illinois te Chicago) publiceerden in 1992 en 1994 de uitkomsten van een uitvoerige studie naar verloop van groepsleiders in Amerikaanse instellingen. Zij gebruikten een representatieve steekproef van 930 residentiële voorzieningen; het betrof zowel grotere residentiële instellingen (*public institutions*) als kleinschalige woonvoorzieningen in de samenleving (*private and public community residential facilities*). Zij onderzochten de samenhang tussen verloop en respectievelijk elf intra-organisatorische en drie extra-organisatorische variabelen. De significante correlaten van verloop zijn opgenomen in tabel 3.1.

Een pad analyse van voorspellers van verloop bij groepsleiders in Amerikaanse *group homes* leverde een model op waarin algemene arbeidssatisfactie de grootste bijdrage levert (Razza, 1993). De belangrijkste antecedenten van arbeidssatisfactie bleken: burnout, overeenkomst tussen persoonlijke waarden van de medewerker en de kenmerken van hun functie, tevredenheid met leiding, en loopbaangeschiedenis.

Sheryl Larson is de exponent van een groep onderzoekers van de University of Minnesota te Minneapolis die tussen 1998 en 1999 verslag deden van een reeks studies naar werving, behoud en verloop van groepsleiders in de Amerikaanse residentiële zorg. In tegenstelling tot Braddock en Mitchell die alleen aandacht besteden aan structuurkenmerken van organisaties, besteedt Larson ook aandacht aan proceskenmerken en in bijzonder aan werkreacties van medewerkers. Ook de significante correlaten uit haar verloopstudies zijn opgenomen in tabel 3.1.

David Felce publiceerde samen met Lowe en Beswick in 1993 een artikel waarin verloop in twee Engelse organisaties met kleinschalige en geïntegreerde woonvormen wordt beschreven. Zij vonden binnen elke organisatie aanzienlijke verschillen tussen de woongroepeteams. Hun adviezen voor het management van woonvoorzieningen zijn niet gebaseerd op empirisch gevonden relaties maar op algemene aanwijzingen met betrekking tot training, constructieve feedback naar groepsleiding, en bevorderen van arbeidssatisfactie. Daarbij vinden zij dat het beleid binnen een zorgorganisatie niet alleen gericht moet zijn op het beperken van verloop – dat zij als een moeilijk vermijdbaar aspect van professionele zorg beschouwen – maar vooral op het bevorderen van voor de cliëntenzorg relevante prestaties door groepsleiders.

In een recent onderzoek van Test, Flowers, Hewitt en Solow (2003) werden groepsleiders (N=181), mensen met verstandelijke beperkingen zelf (N=70) en managers (N=108) van community services (waaronder residentiële diensten en thuiszorg) in North Carolina (USA) bevraagd door middel van focusgroepen en enquêtes. De auteurs concluderen dat een hoog verloop problemen veroorzaakt voor zowel groepsleiders als cliënten en gepaard gaat met lagere kwaliteit van zorg. Cliënten rapporteren dat zij 'verdriet' hebben bij het vertrek van groepsleiders met wie zij een goede relatie hadden en dat zij voortdurend nieuwe vertrouwensrelaties moeten opbouwen. Sommigen geven aan zich schuldig te voelen naar aanleiding van vertrek van groepsleiders. Daarnaast vinden zij dat nieuwe groepsleiders de begeleiding weer anders willen aanpakken, waardoor een groot beroep wordt gedaan op het aanpassingsvermogen van mensen met verstandelijke beperkingen.

Als correlaten van een hoog verloop vinden Test et al. in deze studie: (1) het lage aanzien van het beroep van groepsleider in de Amerikaanse samenleving (onduidelijke sociale rol), (2) het lage salarisniveau en (3) gebrekkige secundaire arbeidsvoorwaarden (aantal betaalde vakantiedagen, doorbetaling bij ziekte, pensioenopbouw, werkgeversbijdrage in ziektekostenverzekering).

Alle hierboven genoemde onderzoeken zijn beschrijvende studies. Waar correlaten van verloop worden onderzocht, gebeurt dat niet op basis van theorie. Braddock et al. en Larson et al. verwijzen slechts zijdelings naar verlooptheorieën of modellen; zij ontleen er wel variabelen aan voor hun *survey* onderzoeken maar toetsen geen hypothesen. Hun argument is daarbij dat de industriemodellen – waarop verlooptheorieën veelal zijn gebaseerd – in de praktijk van residentiële zorg voor mensen

met verstandelijke beperkingen slechts beperkt toepasbaar zijn (Braddock & Mitchell, 1992).

Dit ligt anders met de studies van de Engelse onderzoekers Chris Hatton, Eric Emerson et al. (1993 en 2001). Zij beschrijven niet alleen de relatie tussen enerzijds verloopintentie en anderzijds diverse werkreacties en werkkenmerken, maar stellen ook een empirisch model op om verloop, vertrekgenueidheid en sollicitatiegedrag te voorspellen. De significante correlaten uit hun studies zijn eveneens opgenomen in tabel 3.1. De belangrijkste directe correlaten van vertrekgenueidheid blijken in hun studies: (1) arbeidssatisfactie, (2) werkstress, (3) jonge leeftijd, en (4) ervaren arbeidsomstandigheden.

2 *Studies op woongroep niveau*

Studies van personeelwisselingen op woongroepniveau weerspiegelen de combinatie van verloop en van wisselingen die om andere redenen optreden in het team. Dit geeft een reëler beeld van de discontinuïteit in het begeleidingsteam waarmee bewoners daadwerkelijk geconfronteerd worden.

Het eerste empirische onderzoek waarin een relatie tussen gedrag van bewoners en stabiliteit van groepsleiders werd gevonden is de Brookland-studie van Jack Tizard uit 1964. In een kleinschalige villa binnen de samenleving vond hij een grotere stabiliteit van groepsleiding, minder probleemgedrag en meer kindgerichte patronen van zorg dan in een vergelijkbare groep verstandelijk gehandicapte kinderen die in het Fountain Hospital – een instituut – verbleven. In het instituut vonden beduidend meer personeelwisselingen plaats dan in de Brookland villa.

In een surveystudie van zestien woongroepen vonden King, Raynes en Tizard in 1971 een relatie tussen enerzijds meer bewonergerichte zorgpatronen en anderzijds een grotere continuïteit van groepsleiding.

In een studie binnen drie residentiële instellingen vond Buntinx (1994) dat de omvang van personeelwisselingen in de verschillende woongroepen van een zelfde instelling aanzienlijk verschilt. Maar ook tussen instellingen verschillen de gemiddelden en varianties van personeelwisselingen in woongroepen significant. Vooral de gemiddelde instroom van nieuwe groepsleiders binnen een team in de loop van een jaar, blijkt tussen instellingen significant te verschillen. De verklaring hiervoor ligt in verschillen in vervangingsbeleid: sommige instellingen putten vervangers voor tijdelijke afwezigheid van groepsleiders (bijvoorbeeld in verband met ziekte, verlofperiode, ouderschapsverlof en dergelijke) uit een pool dicht bij de woongroep of groepering van woongroepen; andere putten uit een instellingsbrede pool of uitzendbureau. Deze bevindingen worden bevestigd in vervolgonderzoek (Buntinx, 2001) waarin daarenboven een positieve correlatie werd gevonden tussen de omvang van personeelwisselingen en respectievelijk (1) de gemiddelde zorgzwaarte van de woongroep, (2) de grootte van de woongroep en (3) de mate van organisatorische clustering van woongroepen. Ook verschilden de gemiddelde personeelwisselingen weer significant tussen residentiële instellingen onderling evenals tussen sociowoningen en woongroepen ‘op het terrein’ (dit ten gunste van socio-

woningen). In beide onderzoeken werd geen significant verband gevonden met de ratio groepsleiders: bewoners, percentage full-time versus deeltijd medewerkers in het team, percentage bewoners met ambulantiëbeperkingen, percentage bewoners met gedragsproblemen en de gemiddelde leeftijd van de bewoners.

In een derde studie naar de aard van personeelswisselingen (Buntinx, 2002) werd vastgesteld dat het gebrek aan *'fit'* tussen begeleiders en bewoners een belangrijke aanleiding vormt voor personeelswisselingen. 44 procent van alle personeelswisselingen bleek verband te houden met beëindiging van het dienstverband (verloop); 56 procent vindt plaats om andere redenen. Hieronder vallen: overplaatsing naar andere woongroepsteams binnen de instelling (35%); opleidingsgebonden vertrek (14%); en einde tijdelijke plaatsing in het team (6%). Overplaatsingen tussen woongroepsteams van dezelfde instelling blijken in 60 procent van de gevallen op initiatief van de organisatie plaats te vinden. In deze studie werd een significant negatief verband vastgesteld tussen enerzijds personeelswisselingen en anderzijds de grootte van de woongroepen respectievelijk van het woongroepsteam. Ook werd bevestigd dat personeelswisselingen tussen instellingen significant verschillen. Geen significant verband wordt gevonden met zorgzwaarte, sociowoning of woongroep 'op het terrein', noch met de ratio groepsleiders:bewoners.

Zijlstra, Vlaskamp en Buntinx (2001), Buntinx (2002) en Zijlstra (2003) rapporteren dat wisselingen zich niet ad random binnen een team voordoen, maar dat er ook medewerkers zijn die een aanzienlijke periode deel uitmaken van het team. Dezen zijn voor de continuïteit van zorg van grotere betekenis voor de bewoners. De factor 'tijd op woongroep' is daarmee naast de frequentie van wisselingen op zich, een belangrijke indicator van continuïteit van zorg.

Tabel 3.1 geeft een overzicht van significante relaties tussen *verloop* respectievelijk *personeelswisselingen* en diverse kenmerken die als variabelen in de besproken studies waren ingevoerd. De studies waarin expliciet de variabele personeelswisselingen werd gebruikt zijn gemarkeerd met *. Wanneer wordt gekeken naar significant met verloop samenhangende organisatiekenmerken die in meerdere studies worden gevonden (convergentie), dan blijken de volgende factoren van belang:

1. Instelling ('de ene instelling is de andere niet').
2. Sociowoning of woongroep op het instellingsterrein (dit kenmerk is alleen in Nederland onderzocht).
3. Grootte van woongroep(team) en van het cluster waarin de woongroep is opgenomen.
4. Gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren of zorgzwaarte van de woongroep.
5. Arbeidssatisfactie van groepsleiders.
6. Door teamleden ervaren participatie in besluitvorming, samenwerking en rolduidelijkheid.

Tabel 3.1 Overzicht van in de wetenschappelijke literatuur aangetroffen significante correlaten van verloop en personeelwisselingen(*)

Kenmerken	Studie
Kenmerken en werkreacties van groepsleiders	
1. geslacht	Baumeister et al., 1987
2. leeftijd	Baumeister et al., 1987 Hatton et al., 2001
3. opleidingsniveau	Baumeister et al., 1987
4. algemene arbeidssatisfactie	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992 Hatton et al., 2001 Hatton et al., 1993 Razza, 1993
5. commitment met organisatie	Felce et al., 1993* Baumeister et al., 1987 Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 2001
6. toekomstplannen / vertrekintentie	Baumeister et al., 1987 Larson, Lakin et al., 1998
7. mate waarin de baan voldoet aan de verwachtingen	Larson, Lakin et al., 1998
8. beeld dat de medewerker van de baan heeft voorafgaand aan feitelijke start van werken in woongroep	Braddock et al., 1992
9. ervaren variatie in het werk	Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 1993
10. tevredenheid over de eigen beroepsontwikkeling	Larson, Lakin et al., 1998
11. overeenkomst tussen eigen waarden en normen en deze van de organisatie	Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 1993
12. werkgebonden stress, werkdruk en burnout	Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 2001 Razza, 1993
13. lidmaatschap van vakbond	Braddock et al., 1992
14. tevredenheid met leidinggevende	Hatton et al., 2001 Razza, 1993
15. mate van ervaren democratische besluitvorming en samenwerking	Hatton et al., 1993 Larson, Hewitt et al., 1999 Hatton et al., 2001
16. ervaren soepelheid van werkgever met arbeidsomstandigheden	Hatton et al., 2001
17. ervaren rol(on)duidelijkheid	Hatton et al., 2001 Hatton et al., 1993 Test et al., 2003
Kenmerken van bewoners	
1. 'gemiddeld niveau van verstandelijk functioneren' / IQ	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992
2. zorgwaarte	Buntinx, 1994*, 2001* Larson, Lakin et al., 1998
3. helderheid van zorgplan en aantal doelen in zorgplan	Baumeister et al., 1987
Organisatiekenmerken	
1. type voorziening waartoe de woongroep behoort (instituut / hostel / group home)	Tizard, 1964* King et al., 1971* Braddock et al., 1992 Buntinx, 2001*
2. aard van de voorziening (binnen een zelfde type): particuliere versus publieke voorziening	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992

Vervolg tabel 3.1

3. instelling (binnen een zelfde type residentiële instelling)	Buntinx, 1994*, 2001*, 2002* Felce et al., 1993*
4. managementstijl van de organisatie (centralisatie versus decentralisatie van beslissingen)	Baumeister et al., 1987
5. grootte van de voorziening waartoe de woongroep behoort	Braddock et al., 1992
6. dagprijs van de voorziening	Braddock et al., 1992
7. aantal jaren dat de voorziening operationeel is	Braddock et al., 1992 Larson, Lakin et al., 1998
8. aantal uren geboden in-service scholing	Braddock et al., 1992
9. kosten van vervanging van groepsleiders	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992
10. salarisniveau	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992 Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 1993
11. secundaire arbeidsvoorwaarden	Test et al., 2003 Larson, Lakin et al., 1998 Test et al., 2003

Woongroepkenmerken

1. grootte van de woongroep	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992
2. ratio groepsleiders : bewoners	Buntinx, 2001*, 2002*
3. tijd die de leidinggevende werkzaam is in / voor de woongroep	Braddock et al., 1992
4. sociowoning versus woongroep 'op terrein'	Larson, Lakin et al., 1998
5. grootte van het cluster waarin woongroep is opgenomen	Buntinx, 1994*, 2001* Buntinx, 2001*

Kenmerken van de interactie groepsleiders-bewoners

1. zorgpatronen (omgang tussen groepsleiders en bewoners)	King et al., 1971* Tizard, 1964*
2. vertrouwen tussen groepsleiders en cliënt(systeem)	Test et al., 2003

Externe factoren

1. regionale arbeidsmarkt en arbeidsmobiliteit	Braddock et al., 1992 Larson, Lakin et al., 1998 Hatton et al., 2001 Test et al., 2003
2. sociale status van het beroep	Baumeister et al., 1987 Test et al., 2003
3. loonniveau in de regio	Braddock et al., 1992 Test et al., 2003

Met * gemarkeerde studies betreffen het aggregatieniveau van de woongroep (personeelswisselingen); de overige studies betreffen het aggregatieniveau instelling (verloop).

3.2.4 Het meten van personeelswisselingen

In de wetenschappelijke studie van continuïteit en stabiliteit van teams wordt onderscheid gemaakt tussen: (1) de omvang van het aantal wijzigende teamleden in functie van de teamgrootte, (2) de frequentie waarmee wisselingen plaatsvinden (nieuwe toetreders), en (3) de duur van een periode van continu lidmaatschap (Arrow & McGrath, 1995; De La Hera & Rodriguez, 1999).

Tabel 3.2 Maten voor personeelswisselingen in woongroepen, gebaseerd op maten van 'verloop' zoals aangetroffen in de literatuur.

Oorspronkelijke benaming en operationalisering van de maat, toegepast op personeelswisselingen in woongroep teams	Studie
1. stability rate aantal groepsleiders van de formatie aan het begin van een periode, dat aan het eind van die periode nog in de formatie zit, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal groepsleiders in de startformatie	Baumeister et al., 1987 Buntinx, 1994
2. instability rate aantal groepsleiders van de formatie aan het begin van een periode, dat aan het eind van die periode niet meer in de formatie zit, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal groepsleiders in de startformatie	Baumeister et al., 1987 Buntinx, 1994
3. attrition rate aantal groepsleiders dat in een bepaalde periode uit de formatie van de woongroep vertrekt, uitgedrukt als percentage van de totale formatie aan het begin	Felce et al., 1993 Braddock et al., 1992
4. (geen naam) telling van het aantal verschillende groepsleiders in de periode van een week werkzaam zijn in een woongroep	King et al., 1971
5. (geen naam) telling van het aantal nieuwe groepsleiders in een woongroep in een bepaalde periode (in de studie: 26 weken)	King et al., 1971
6. accession rate aantal nieuwe groepsleiders in een woongroep als percentage van het gemiddeld aantal aanwezige groepsleiders over een bepaalde periode	Baumeister et al., 1987 Larson et al., 1998
7. crude turnover rate / crude separation rate aantal groepsleiders dat in een bepaalde periode een woongroep verlaat als percentage van het gemiddeld aantal aanwezige groepsleiders in die periode	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992 Felce et al., 1993 Buntinx, 1994 Larson et al., 1998
8. wastage rate aantal nieuwe medewerkers in een bepaalde periode dat weer vertrekt uit de woongroep als percentage van het totaal aantal nieuwe medewerkers dat in de woongroep in die periode is ingetreden	Braddock et al., 1992
9. average tenure totaal aantal maanden dat de groepsleiders deel uit maken van de formatie van de woongroep, gedeeld door het aantal groepsleiders in de formatie	Larson et al., 1998
10. percentage of leavers with various lengths of tenure aantal groepsleiders dat minder dan x maanden in de woongroep werkte, als percentage van het totaal aantal vertrekkers uit de formatie van deze woongroep over een jaar.	Larson et al., 1998
11. median length of service of leavers mediaan van het aantal dienstjaren (of dienstmaanden) in de woongroep, van alle uit deze woongroep vertrekkende groepsleiders over een bepaalde periode	Baumeister et al., 1987 Braddock et al., 1992 Larson et al., 1998
12. skill wastage index aantal uit de woongroep vertrokken groepsleiders die langer dan 1 jaar in die groep werkten, als percentage van de formatie aan het begin van de periode	Baumeister et al., 1987
13. departure index (1) 'departure index of well known faces' betreft het percentage (van het team) uitstromende groepsleiders die langer dan 6 maanden deel uitmaakten van het woongroep team; (2) 'departure index of known faces': idem voor groepsleiders tussen 25 dagen en 6 maanden; (3) 'departure of new faces': idem voor groepsleiders die uitstromen binnen 25 dagen. Een 'total departure index' bestaat uit de som van de drie genoemde indices.	Zijlstra et al., 2001; Zijlstra, 2003
14. allocations per year aantal nieuw toegewezen groepsleiders per jaar per woongroep team	Felce, 1987

In praktijkgerichte verloopstudies op organisatieniveau binnen de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen wordt gebruik gemaakt van uiteenlopende maten en berekeningswijzen. Het meten van personeelswisselingen op *teamniveau* vertoont in technische zin overeenkomst met het meten van verloop op instellingsniveau: vertrekmutaties van medewerkers (groepsleiders) worden in dit geval gerelateerd aan de omvang van het woongroepsteam in plaats van aan het totale personeelsbestand van de organisatie. Daarmee is een nadere studie van in empirisch onderzoek gebruikte verloopmaten relevant voor het opstellen van maten van personeelswisselingen voor ons onderzoek. In tabel 3.2 staat het resultaat van een inventarisatie van gebruikte verloopmaten in de in paragraaf 3.2.3 besproken studies. Bij de toelichting wordt de oorspronkelijke berekeningswijze – waar nodig – getransponeerd naar het meten van personeelswisselingen. De veertien verschillende maten kunnen herleid worden tot de drie volgende typen:

1. Type I: maten die over een bepaalde tijdspanne de verschillen tussen een aanvangsformatie en een eindformatie weergeven (het percentage vertrekkers of blijvers vormen een maat voor instabiliteit respectievelijk stabiliteit van de teamsamenstelling);
2. Type II: maten die het totaal aantal vertrekmutaties of instroommutaties in een bepaalde tijdspanne weergeven (frequentie uit- of instromers waarmee fluctuaties in teamsamenstelling worden weergegeven);
3. Type III: maten die de gemiddelde duur van het teamlidmaatschap op een bepaald moment in de tijd aangeven (individueel: de tijd die een medewerker deel uitmaakt van het woongroepsteam; op teamniveau: de gemiddelde lidmaatschapstijd van alle teamleden).

De meetperiode voor het berekenen van personeelswisselingen bedraagt standaard één jaar.

Bij de operationalisering van ‘personeelswisselingen’ in deze studie (hoofdstuk 6) zal van deze typen gebruik worden gemaakt. Ook zal rekening worden gehouden met de aanbeveling van Braddock & Mitchell (1992) om meerdere maten van PW te gebruiken. De verschillende typen verwijzen naar verschillende modaliteiten van personeelswisselingen: de omvang van de wisselingen (I), frequentie van de wisselingen (II) en gemiddelde duur van het teamlidmaatschap (III).

3.2.5 Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat verloop als ‘kwaliteit van zorg’ probleem in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, een algemeen voorkomend probleem is. Verloop wordt in verband gebracht met uiteenlopende kwaliteitsproblemen in drie aspecten van het begeleidingsproces: (1) de interactie tussen groepsleiders en cliëntensysteem (bijvoorbeeld: een gebrek aan vertrouwelijkheid en vertrouwen tussen groepsleiders en cliënten of hun familie; bejegeningproblemen; zorgpatronen), (2) de uitkomsten van begeleiding (bijvoorbeeld: door de zorgomgeving geïnduceerde gedragsproblemen van cliënten) en (3) het functioneren van groepsleiders (bijvoorbeeld: werkkenmerken zoals arbeidssatisfactie;

commitment met de organisatie). Personeelswisselingen blijken een complexer fenomeen dan verloop; vanuit cliëntenperspectief kan de omvang van personeelswisselingen veelvoudig bedragen van het verloopcijfer vanuit organisatieperspectief. Voor onderzoek met betrekking tot kwaliteit van zorg in het algemeen en van (dis)continuïteit van zorg in het bijzonder, vertegenwoordigt de maat 'personeelswisselingen' daarom een meer relevante indicator dan verloop.

In empirische studies werd tot nu toe overwegend aandacht gegeven aan verloop als organisatie- en arbeidsmarktprobleem. Er zijn nauwelijks specifieke studies met betrekking tot personeelswisselingen; de enige studies zijn een drietal exploratieve studies in Nederlandse residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. In de literatuur worden geen theoretische modellen voor de studie van personeelswisselingen aangetroffen. Uit verloopstudies kan wel informatie worden betrokken met betrekking tot relevante correlaten en de operationalisering van het begrip personeelswisselingen. Omdat méér dan de helft van de omvang van personeelswisselingen door intra-organisatorische factoren lijkt te worden geïnduceerd, zijn vooral de intra-organisatorische correlaten van verloop interessant. Samenvattend gaat het om de volgende factoren.

Een eerste groep heeft betrekking op organisatiekenmerken:

1. instelling als zodanig;
2. woongroep(team) als zodanig;
3. grootte van de woongroep;
4. sociowoning of woongroep op terrein;
5. omvang van het cluster waartoe de woongroep behoort;
6. zorgzwaarte van de bewoners.

Een tweede groep heeft betrekking op (de effectiviteit van) het teamfunctioneren:

1. arbeidssatisfactie van de teamleden;
2. een complex van werkreacties waaronder ervaren participatie in besluitvorming, samenwerking, overeenkomst tussen eigen waarden en die van de organisatie, commitment, werkstress en rolduidelijkheid.

Voor de operationalisering van 'personeelswisselingen' werden drie typen maten aangetroffen die telkens een ander aspect belichten: (I) uitstroom van teamleden uit een aanvangsformatie (stabiliteit); (II) frequentie van instroom van nieuwe teamleden (instroomfrequentie); en (III) duur van het teamlidmaatschap (tijd op woongroep). Hiermee zal bij de operationalisering van ons onderzoek worden rekening gehouden.

4

Teameffectiviteit en kwaliteit

In dit hoofdstuk worden in de paragraaf 4.1 de kenmerken verkend van residentiële instellingen als dienstenorganisaties; daarbij wordt de relevantie van het marketing-concept voor de studie van de effectiviteit van woongroepsteams onderzocht en worden condities voor de effectiviteit van dienstenteams opgespoord. In samenhang daarmee wordt in paragraaf 4.2 de studie van personeelsswisselingen binnen het kader van kwaliteitszorg gesitueerd en worden personeelsswisselingen als een 'continuïteit van zorg' probleem omschreven.

4.1 De dienstenorganisatie en de effectiviteit van het teamfunctioneren

4.1.1 Dienstenorganisaties

Vanuit het perspectief van organisatie en management moeten zorg en ondersteuning worden opgevat als diensten en niet als producten. 'Diensten zijn van oorsprong ontastbare en relatief snel vergankelijke activiteiten, waarbij tijdens de interactieve consumptie directe behoeftesatisfactie centraal staat en geen materiële bezitsvorming wordt nagestreefd.' (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001, p. 24).

Toegepast op de residentiële zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen, zijn de basiskkenmerken van dienstverlening (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001; Grönroos, 1990 ; Zeithaml, Parasuraman. & Berry, 1990):

1. Ontastbaarheid: het gaat niet om een materieel product maar eerder om ervaringen, belevingen, gevoelens, vertrouwen, zekerheid of de 'kwaliteit van het bestaan' van de cliënten. Dienstverlening bestaat meer uit activiteiten en handelingen dan uit tastbare producten. Dit laat onverlet dat zorg en ondersteuning in belangrijke mate uit tastbare acties (verzorging en begeleiding) bestaan en dat tastbare zaken zoals gebouwen, uitrusting, materiaal maar ook documenten zoals een 'zorgverleningovereenkomst' en 'individueel zorgplan' een rol spelen bij het leveren en ervaren van een dienst.
2. Vergankelijkheid: de dienst ontstaat op het moment dat hij wordt geleverd en in directe interactie met de cliënt; 'productie' en 'consumptie' vinden gelijktijdig plaats. Er is geen opslag, uitstel, voorraadvorming of overdracht naar een andere eigenaar mogelijk. Er is maar één kans om het goed te doen en die doet zich voor binnen de '*service encounter*': de tijdspanne waarbinnen de cliënt direct interacteert met de dienstenorganisatie (Wetzels, 1998, p. 172).
3. Interactieve productie: de dienst komt tot stand binnen een wisselwerking tussen cliënt en dienstverlener. De cliënt participeert tot op zekere hoogte zelf in het voortbrengen van de dienst. Het verloop van de dienstverlening – het proces – is daarmee net zo belangrijk als de uitkomst. De cliënt wordt daarom ook wel een '*prosumer*' (samentrekking van producent en consument) genoemd. Hij vervult een eigen rol binnen het proces en moet die voor het welslagen van de dienstverlening ook goed vervullen (Bitner, 1995). Voor de gezondheidszorg heeft Van Wijmen dit kenmerk treffend uitgewerkt via het

begrip ‘goed patiëntschap’ (Van Wijmen, 1996). Juist vanwege het interactieve karakter van begeleiding en het belang van wederzijdse responsiviteit in de dienstverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen, kunnen beperkingen (in vaardigheden en begripsvermogen) en (gedrags)-stoornissen het *prosumerschap* bemoeilijken. Het gebruik van speciale begeleidingstechnologie – zoals speciale opvoedingsprogramma’s (Vlaskamp, 1993; Zijlstra, 2003) – kan daarbij aangewezen zijn.

4. Heterogeniteit: omdat de cliënt mee deel uitmaakt van het proces is dienstverlening hoogst individueel en daardoor heterogeen; standaardisatie is niet goed mogelijk of niet wenselijk. Ook gelijksoortige begeleiding wordt niet door alle cliënten op gelijke wijze ervaren. De dienstverlening die een juist antwoord geeft op de vraag van de cliënt is contextgevoelig en kan van dag tot dag verschillen.

Alle activiteiten en begeleidingsdomeinen zoals genoemd in de inleiding (paragraaf 1.3.1) passen binnen de definitie van dienstverlening. Het oogmerk van begeleiding – het bevorderen van de kwaliteit van bestaan van de cliënt – bestaat in belangrijke mate uit diens persoonlijke ervaring van ‘een goed bestaan’. Subjectieve belevingen waaronder tevredenheid met aspecten van kwaliteit van bestaan maar ook individuele preferenties spelen daarbij een rol (Felce, 1997). In de residentiële begeleiding van mensen met verstandelijke beperkingen is er sprake van continue (7x24 uur) en langdurige, vaak levenslange dienstverlening. Dat betekent dat de contacten tussen dienstverleners en cliënten veelvuldig en langdurig zijn. Elk contact is een kritiek moment, een ‘moment van de waarheid’ voor de cliënt (Bitner, 1995). Het opbouwen en handhaven van langdurige goede relaties is de centrale opgave in de langdurige gezondheidszorg in het algemeen en van de residentiële dienstverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen in het bijzonder. In deze sector met lange wachtlijsten en complexe toegangsprocedures (vraagverduidelijking, indicatiestelling, zorgtoewijzing) is de overstap van de ene naar de andere dienstverlener daarenboven moeilijk. Tot de ‘overstapkosten’ behoren niet alleen het ondergaan van de nodige bureaucratie maar ook het aangaan van nieuwe relaties, opnieuw privé situaties moeten toelichten, nieuwe gewoonten aanleren; dit kost tijd en (emotionele) energie. Al deze factoren vergroten de afhankelijkheid van de cliënt van zijn dienstverleners.

4.1.2 De vraaggerichte dienstenorganisatie

Vanaf het begin van de jaren negentig is het cliëntenperspectief in de gehele Nederlandse gezondheidszorg sterk opgekomen. Begrippen als ‘vraaggestuurde’, ‘vraaggerichte’ en ‘klantgerichte’ zorg namen hiermee een hoge vlucht (Boon, 1997). In diverse nota’s en artikelen is getracht deze begrippen te verhelderen en te operationaliseren. Op grond hiervan kan samenvattend worden gezegd dat:

- De begrippen ‘vraagsturing’ en ‘vraaggestuurde zorg’ meestal betrekking hebben op het macroniveau van beleid en inrichting van het zorgstelsel. De

begrippen verwijzen naar het binnen de structuur en financiering van de gezondheidszorg mogelijk maken dat beter ingespeeld wordt op wat patiënten willen en belangrijk vinden (Coolen, Kramer, Schuring & Sohl, 1999; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998; Ministerie van VWS, 2001a). Vraagsturing is daarmee faciliterend voor vraaggerichte zorg.

- 'Vraaggerichte zorg' verwijst naar de gezamenlijke inspanning van patiënten en hulpverleners die erin resulteert dat de patiënt de hulp krijgt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en tevens voldoet aan professionele standaarden (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998). Het gaat om zorg die geboden wordt op momenten en plaatsen en op een wijze die aansluit bij wat de gebruiker wil en die ondersteuning biedt bij de invulling van zijn leven (Schuurman, 2001). Vraaggerichte zorg verwijst zowel naar de inrichting van het mesoniveau (organisatie en management binnen een concrete zorgorganisatie) als het microniveau van de interactie tussen een individuele cliënt en de professionele zorgverlener.
- 'Klantgerichte zorg' verwijst naar het creëren van een optimale interne afstemming op de klant doorheen de gehele organisatie (Stavenuiter, 2002; Gibbels, 2000). Het is: 'De houding van dienstverleners ten opzichte van hun afnemers waarbij wordt uitgegaan van de wensen en behoeften van de afnemers, en een bereidheid om binnen de mogelijkheden en beperkingen van de organisatiedoelen, met volle inzet en conform afspraken aan die wensen en behoeften van afnemers te voldoen' (Besamusca-Janssen, 1997, p. 19). Klantgerichte zorg is een mesoniveau begrip. Klantgerichtheid wordt in organisatie en management beschouwd als een basale conditie voor het effectief functioneren van elke organisatie of onderneming omdat het doel altijd buiten de organisatie zelf ligt, bij het creëren van waarde als antwoord op individuele en/of maatschappelijke behoeften (Drucker, 1983).

'Klantgerichtheid' is in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen geen nieuw begrip. Reeds vanaf het begin van de jaren zeventig stond het begrip 'bewonergerichtheid' ook in de Nederlandse residentiële zorg sterk op de voorgrond, mede als reactie op Goffman's kritische essay over 'total institutions' (Goffman, 1961). King, Raynes en Tizard (1971) operationaliseerden de door Goffman beschreven 'staff-inmate' interacties in een meetinstrument: de Resident Management Practices Scale. Deze schaal geeft aan in hoeverre activiteitenpatronen en zorgcondities binnen residentiële voorzieningen eerder cliëntgericht of organisatiegericht genoemd kunnen worden. Met deze schaal is internationaal veel onderzoek gedaan om organisatorische determinanten van kwaliteit van zorg (als bewonergerichte zorgpatronen) te achterhalen. Zo werd ondermeer de samenhang onderzocht tussen cliëntgerichtheid en de aard van de voorziening (instituut versus *group home*), omvang van de voorziening, grootte van de woongroep, taakverdeling binnen teams, mate van autonomie van groepsleiding, mate waarin leidinggevendenden betrokken zijn in cliëntcontacten en arbeidssatisfactie van groepsleiding (Hatton, Emerson, Robertson, Henderson & Cooper, 1995; King, Raynes & Tizard, 1971;

McCormick, Balla & Zigler, 1975; Raynes, Pratt & Roses, 1979). Ook in Nederland is dit soort onderzoek gedaan (Damen, 1972; Geelen, 1995; Van Gennep, 1989; 1997; 1998) en het begrip heeft in kwaliteitsdiscussies een grote rol gespeeld (Buntinx, 1976, 1977; Hoeing, 1980). Het verschil met het huidige begrip 'klantgerichtheid' ligt in de verschuiving van het perspectief van de *professionele organisatie* (die in het 'bewonergerichte' concept het impliciete referentiepunt was) naar het perspectief van de *cliënt* (thans herkenbaar in begrippen als cliënttevredenheid, keuzevrijheid en keuzemogelijkheden). 'Bewonergerichte zorg' was daarmee een zaak van organisatie en professionals; aan de cliënten zelf of hun familie werd nog weinig gevraagd. Klantgerichte begeleiding in het nieuwe perspectief gaat uit van de centrale rol van het cliëntsysteem en probeert antwoorden te geven op hun vragen en behoeften.

Het gevolg van de nieuwe oriëntatie op klantgerichtheid is dat inhoudelijk meer aandacht wordt besteed aan vraagverduidelijking, individuele ondersteuningsplannen en persoonlijke begeleiding (Van den Berg-Willemsen, Braams, Pekelharing & Wymenga, 2001; Van Broeckhoven, 1999; Van Gemert, 2002; Vlaskamp, 1993) en dat organisatorisch meer aandacht ontstond voor de relatie tussen dienstverlener en cliënten, voor cliënttevredenheid en voor de cliëntperceptie van kwaliteit (INK, 2001a,b; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2000). Vraaggerichte dienstverlening komt neer op 'luisteren, verwachtingen creëren en verwachtingen waarmaken' (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001, p. 21; zie ook Bitner, 1995) en is gericht op tevredenheid van de cliënt. Daarmee wordt vanuit organisatieperspectief, de marketingbenadering relevant.

4.1.3 Wie is de cliënt?

In de enge zin is de persoon met verstandelijke beperkingen die binnen een residentiële instelling verblijft de 'cliënt' van de organisatie. Om vijf redenen is die visie te beperkt.

Ten eerste worden nagenoeg alle zorgverleningovereenkomsten in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen gesloten met de ouders, familie of een wettelijke vertegenwoordiger van de cliënt. In formele zin zijn dezen daardoor mede cliënt van de organisatie.

Ten tweede maken cliënten deel uit van een sociaal netwerk. Binnen het ondersteuningsparadigma is dit sociaal netwerk van grote betekenis en kan het nooit worden vervangen door het professionele netwerk van een instelling. De cliënt is in de ondersteuningsvisie niet een individu dat als het ware opgesloten zit binnen een professioneel systeem (de oude *zorgsituatie*), maar een persoon die hulp nodig heeft bij het functioneren in zijn eigen sociaal netwerk en volgens zijn eigen keuzen (het nieuwe *ondersteuningsparadigma*). Ouders en familie herkennen zich nadrukkelijk in deze visie (Hoekstra, 2001; Van Leeuwen, 2004). Ook binnen het traditionele professionele systeem maakt de primaire cliënt deel uit van een cliëntsysteem (ouders, verwanten, relaties) dat voor zijn functioneren en voor de

begeleidingsactiviteiten van de instelling van groot belang wordt gevonden (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2000).

Ten derde weet iedereen die vertrouwd is met de praktijk van (residentiële) zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, hoe belangrijk cliënten zelf hun familie en kennissen vinden. Ook uit onderzoek in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen blijkt dat wanneer wordt gevraagd naar hun belangrijkste relatie, cliënten zelf in grote meerderheid (94%) hun familieleden aanwijzen en niet hun professionele zorgverleners (Van Hove & Boon, 1997; Van Hove & Van Loon, 2003). Omgekeerd blijft de betrokkenheid van de familie bij de persoon met verstandelijke beperkingen in de residentiële zorg groot (Baker & Blacher, 2002). Ook de betrokkenheid van familie bij de zorgorganisatie is groot. Vooral bij organisatieveranderingen wordt dit pregnant zichtbaar. Zo stellen Hoogma, Van Grinsven en Wesseling: 'Als de ouders de koers van de organisatie niet actief ondersteunen, is elk transformatieproces gedoemd te mislukken' (1998, p. 82).

Een vierde reden voor het opnemen van familie en belangrijke derden binnen het cliëntconcept van residentiële instellingen is gelegen in de vele feitelijke activiteiten die een residentiële zorginstelling ontplooit naar ouders, familie en naaste betrokkenen van cliënten. Dit gebeurt zowel op individueel niveau (informatie over wel en wee, overleg met curatoren, bewindvoerders en mentoren rond belangrijke zaken) als op collectief niveau (overleg met de ouder- en familievereniging en cliëntenraad waarin ouders en familie vaak zitting hebben). Ten vijfde is het gebruikelijk dat, wanneer cliënten vanwege de ernst van hun beperkingen niet in staat zijn zelfstandig te communiceren of persoonlijk mee te werken aan (wetenschappelijk) onderzoek en kwaliteitsprojecten, ouders, familieleden of belangrijke betrokkenen van buiten de instelling fungeren als belangenbehartiger of informant. Dit vindt zowel plaats binnen inhoudelijk georiënteerde kwaliteitsmethoden (Vreeke, Janssen, Resnick & Stolk, 1998; Maes, Baert, Moleman, Geeraert, Van den Bruel & Samoy, 1997) als bij benchmarking (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002). De Zweedse onderzoekers Larsson & Wilde Larsson (2001) vonden empirische argumenten voor de validiteit van deze werkwijze binnen de kwaliteit van zorg context: er blijkt een hoge mate van overeenkomst te bestaan tussen ervaringen van de kwaliteit van zorg van de betrokkene zelf en die van zijn ouders of familie respectievelijk van groepsleiders.

Zonder afbreuk te doen aan de eigenheid van een persoon met verstandelijke beperkingen, is de waarneming van de kwaliteit van dienstverlening door familie en andere betrokkenen uit diens sociale netwerk, voor de zorgorganisatie een relevante factor. Zorgkwaliteit zoals ervaren door familie en naast-betrokkenen van mensen met verstandelijke beperkingen bepaalt mede het 'consumentenvertrouwen' dat de organisatie geniet en is een factor van betekenis voor het managen van de kwaliteit van dienstverlening en voor de strategische beleidsvorming. Het achterhalen van de door cliëntsystemen ervaren kwaliteit van zorg en inzicht in de condities die deze ervaring beïnvloeden past binnen marketingonderzoek.

4.1.4 Cliëntgerichtheid en marketing

Met de verschuiving naar klantgerichte begeleiding wordt de vraag relevant onder welke condities een organisatie erin slaagt meer waarde te creëren voor hun cliënten. Anders geformuleerd gaat het om de vraag onder welke condities cliënten een betere kwaliteit van dienstverlening ervaren. De wetenschappelijke discipline die zich bezig houdt met deze vraag is de *marketing*. Theorieën en empirisch onderzoek uit de dienstenmarketing zijn daarmee een relevante kennisbron voor zowel onderzoek als praktijk van de organisatie van (residentiële) begeleiding en ondersteuning van mensen met verstandelijke beperkingen.

Marketing is een discipline die erop gericht is problemen van (potentiële) klanten te onderkennen, erop te anticiperen en deze op te lossen met het oog op het bereiken van een gunstig effect, zowel voor de klant als voor de eigen organisatie (Oyen & De Schuyteneer, 2002). Kernobject van marketing is de transactie van 'waarden' zoals materiële waarden (geld en goederen), psychische waarden (gevoelens, vertrouwen, belevingen) en sociale waarden (plaats in de samenleving, status). Marketing heeft betrekking op het gedrag en het beleid van organisaties in relatie tot doelgroepen met als doel dit transactieproces optimaal te laten verlopen. In de gehandicaptensector ligt de nadruk niet op kortstondige of eenmalige transacties, maar op langdurige relatievorming. Aangaan en onderhouden van langdurige relaties is een bijzonder aspect van marketingstrategie waarbij drie zaken centraal staan: (1) de concrete interacties tussen dienstverleners en cliënten, (2) de door cliënten ervaren relationele kwaliteitsaspecten (hoe ervaart men de dienstverleners), en (3) de mate waarin de organisatie (*back-office*) haar primaire teams in staat stelt de 'beloften' van de organisatie aan de cliënten waar te maken en daarmee dus effectief te zijn (Bitner, 1995; Grönroos, 1995).

Het marketingconcept is volstrekt valide binnen gezondheidszorgorganisaties. 'Met behulp van marketing kan er voor gezorgd worden dat het juiste aanbod (hulpverleningsactiviteiten) op een juiste wijze aan de juiste groep patiënten wordt aangeboden. Het is dan ook legitiem om marketing in de directe hulpverlening toe te passen. Hiermee kunnen de activiteiten worden afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënten, hetgeen tot gevolg kan hebben dat de patiënten een sociaal leefklimaat ervaren dat overeenkomt met hun wensen' (Van Erp, 1989, p. 61).

De introductie van het marketingconcept in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen vereist twee nadere beschouwingen.

Ten eerste wordt aandacht besteed aan de opvatting dat marketing 'manipulatie', 'oppervlakkig' en 'onethisch' zou zijn en eerder bij commercie dan bij zorg zou thuishoren (Oyen & De Schuyteneer, 2002). Volgens Oyen en De Schuyteneer vindt toepassing van marketingstrategieën en –methoden plaats binnen de visie en de waardenoriëntatie van de organisatie. Daarmee neemt deze verantwoordelijkheid voor een juiste toepassing van marketingkennis. Marketing betreft (1) het achterhalen van de vragen en verwachtingen van de cliënt, (2) het zowel op collectief als op individueel niveau van de cliënten formuleren van de mogelijkheden en

pretenties van de organisatie, (3) het vorm geven aan de relatie tussen organisatie en cliënt, en (4) het bewaken van de mate waarin aan de vragen en verwachtingen van de cliënten wordt voldaan. Een positieve en duurzame relatie met de cliënt vereist een integere benadering; zoniet wordt de cliënt snel gedesillusioneerd en gaat vertrouwen verloren. Het marketingconcept is geschikt om diepgang en inhoud te geven aan de missie en visie van de organisatie en de medewerkers daarbij te ondersteunen. Marketing is niet onethisch als zij ingezet wordt om een juist beeld te creëren van wat cliënten en potentiële cliënten kunnen verwachten en om de organisatie te helpen begeleidingsvragen van cliënten doelmatig te beantwoorden. In dit verband is het niet onethisch maar zelfs noodzakelijk om cliënten te wijzen op mogelijkheden die zij wellicht zelf niet kennen, maar ook op beperkingen die zij kunnen verwachten in de antwoorden op hun begeleidingsvragen. Het gaat in klantgerichte begeleiding immers niet om een eenzijdig 'u vraagt wij draaien' concept, maar om een relationeel en transactioneel proces tussen cliëntsysteem en organisatie waarbij de professional een eigen verantwoordelijkheid heeft (Philipsen, 1997; Verbeek, 1999). Wettelijke kaders, professionele kwaliteitsstandaarden en de beroepsethiek van de betrokken professionals spelen in deze relatie een rol.

Ten tweede moet het begrip 'markt' nader omschreven worden. Dit begrip kent vele betekenissen zoals: samenstel van vraag en aanbod; een plaats waar transacties tussen vragers en aanbieders tot stand komen; de omvang van de behoefte aan een product of dienst; een tijdperiode (seizoensmarkt); en een groep mensen van wie bepaalde behoeften bevredigd kunnen worden door de levering van goederen en diensten (Van Erp, 1989). In het algemeen worden de markten van een residentiële instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen gevormd door de onderscheiden groepen die belang hebben bij en invloed kunnen uitoefenen op de organisatie. In deze laatste betekenis bestaat de belangrijkste 'markt' natuurlijk uit mensen met verstandelijke beperkingen zelf en verder hun familie en andere naast betrokkenen. Maar dit is voor de dienstverlenende organisatie niet de enige markt. Er is ook de markt van medewerkers (die ook behoeften en belangen hebben waaraan de organisatie tegemoet moet komen), en er zijn de markten van verwijzers, leveranciers, verzekeraars, overheden, collega zorgorganisaties (concurrenten en partners), financiers, en diverse publieke en private organisaties (zoals bijvoorbeeld woningcorporaties en sociale werkplaatsen). In deze studie over personeelsswisselingen wordt uitsluitend gekeken naar de 'markt' van cliënten.

Daarnaast is het nodig het eigen karakter van de hier bedoelde 'markt' te omschrijven. Het gaat immers niet om een vrije commerciële markt waar de individuele vrager persoonlijk en autonoom kiest, bepaalt en betaalt. In de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen is er sprake van een zorgverleningsmarkt (relatie tussen cliënten en zorgaanbieders), een verzekeringsmarkt (relatie tussen cliënten en zorgkantoor en verzekeringen) en een inkoop- of bekostigingsmarkt (relatie tussen zorgkantoren en zorgaanbieders). Op elk van deze markten wil de overheid ook nog eens invloed behouden en regulerend optreden

om voortdurend stijgende overheidsuitgaven in de gezondheidszorg onder controle te houden (Delnoij, Asbroek, Arah, Custers & Klazinga, 2002; Lapré & Van Montfort, 1999; Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1993). Mensen met verstandelijke beperkingen bevinden zich dus niet in de positie van 'klanten' in een vrije markt. De te kiezen diensten zijn mede afhankelijk van de regels van vraag-verduidelijking, indicatiestelling en zorgtoewijzing; en de cliënt betaalt niet persoonlijk de dienstverlener, maar deze heeft contracten met zorgkantoren. Om vraag-gestuurde zorg dan toch te laten werken is nodig dat de beslissingsmacht van de cliënt ten overstaan van de andere spelers – zijn *countervailing power* – wordt vergroot (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2001b; Stavenuiter, 2002). Dit laatste is een concrete uitwerking van het sinds de jaren negentig algemeen aanvaard beleidsuitgangspunt van 'emancipatie' van mensen met een handicap. De afgelopen jaren is dit gebeurd (1) door versterking van zijn rechtspositie (bijvoorbeeld door de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst; Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector; Kwaliteitswet Zorginstellingen; Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen; Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen), (2) door betere toegang tot informatie (over aandoeningen, inzagerecht in dossiers, websites), (3) door beschikbaarheid van onafhankelijke indicatiestelling, advies en begeleiding (zorgconsulentschap), (4) door vergroting van de inkoop-macht (Persoonsgebonden en Persoonsvolgend Budget), en (5) door vergroting van zijn onderhandelingsmacht en ruimte voor belangenbehartiging.

De effecten van al deze nog tamelijk recente maatregelen en ontwikkelingen zijn nog niet helder. In ieder geval kan, ook met in achtname van bovenstaande, niet worden gesproken van een echte markt, maar eerder van een quasi-markt met nog vele onvolkomenheden. Daarmee moet bij de toepassing van marketingtheorieën rekening worden gehouden, bijvoorbeeld door zorgvuldig de positie van de cliënt te beschrijven en vooral die factoren te identificeren die de 'vrijheidsgraden' van de cliënt (bijvoorbeeld bij het overstappen naar een andere aanbieder) beperken.

Ondanks deze beperkingen zijn er tekenen die wijzen op de groeiende relevantie van het marktconcept in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. We noemen er drie. Ten eerste worden, worden instellingen met de introductie van het Persoonsgebonden Budget en Persoonsvolgend Budget in toenemende mate niet meer rechtsreeks gefinancierd, maar moeten zij hun inkomsten genereren door werving en behoud van cliënten die immers het budget met zich meebrengen.

Ten tweede is de modernisering van de ABWZ gebaseerd op functiegerichte dienstenpakketten die aan diverse categorieën van cliënten (ouderen, chronisch zieken, gehandicapten) kunnen worden aangeboden (College voor Zorgverzekeringen, 2003; Coolen, 2003). Verschillende traditionele ABWZ-aanbieders (Verpleging en verzorging, GGZ en ook de Gehandicaptenzorg) kunnen daarmee hun doelgroepen uitbreiden en nieuwe dienst-markt combinaties creëren. Deze ontwikkeling vereist bij uitstek een visie op strategische dienstverlening en daarmee worden marketingtheorie en marketingmethoden voor zorginstellingen steeds relevanter (Meijer, 1990).

Ten derde vinden de laatste tien jaren op grote schaal fusies en alliantievorming plaats tussen zorginstellingen onderling maar ook tussen zorginstellingen en anderzorgorganisaties (bijvoorbeeld: woningcorporaties). Dit laatste gebeurt soms mede als gevolg van deconcentratie en vermaatschappelijking van de zorg waarbij het onvoordelig of onmogelijk wordt om alle diensten te blijven leveren aan zeer kleine groepen of individuen die sterk verspreid in de regio wonen. Deze ontwikkelingen leiden ertoe dat vragen als 'wie zijn onze (potentiële) cliënten?', 'wie zijn onze concurrenten?', 'wat zijn onze (kern)diensten?', 'wie zijn alliantiepartners?' steeds relevanter worden. Meer dan voorheen zal een zorgorganisatie aandacht moeten besteden aan goede beeldvorming over de vragen van individuele cliënten en specifieke cliëntengroepen. De organisatie dient zich ervan te vergewissen dat de dienstverleningsrelatie goed functioneert en zal daartoe een kwaliteitsbeleid moeten voeren. In de moderne zorgorganisatie zijn strategie, marketing en kwaliteit daarmee onlosmakelijk met elkaar verbonden (Musch, Wolterink en Van den Broek, 1994; figuur 4.1).

Figuur 4.1 Relatie tussen strategie, marketing en kwaliteit volgens Musch, Wolterink en Van den Broek (1994, p.2)

Door de combinatie van de modernisering van de AWBZ, verdere emancipatie en toenemende *countervailing power* van mensen met functiebeperkingen zullen ook organisaties voor dienstverlening aan mensen met verstandelijke beperkingen meer aandacht aan strategisch beleid vanuit cliëntenperspectief moeten besteden. Zij krijgen immers te maken met nieuwe aanbieders, nieuwe cliëntengroepen, onderhandelingskracht van zorgkantoren, de mogelijkheid van substitutie van diensten (bijvoorbeeld: thuiszorg kan ook ondersteund wonen begeleiden) en met concurrentie (Porter, 1996).

Op grond van bovenstaande wordt geconcludeerd dat door het fundamenteel relationele karakter van de dienstverlening, door het centraal stellen van de vragen van de cliënt(systemen), en door het geleidelijk aan toenemen van de beslissingsmacht en de keuzemogelijkheden van cliënt(systemen) het marketingconcept voor (residentiële) instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen steeds relevanter wordt. Theorieën en onderzoek op het terrein van marketing kunnen een

positieve bijdrage leveren aan de organisatie en het management van zorgorganisaties. De marketingbenadering is rechtsreeks verbonden met het kwaliteitsbeleid van een zorgorganisatie; daarom zal in paragraaf 4.2 dieper ingaan worden op kwaliteitszorg binnen residentiële instellingen. Eerst wordt echter nog het concept ‘cliënttevredenheid’ onderzocht en wordt gekeken naar wat marketingonderzoek leert over de relatie tussen cliënttevredenheid en teameffectiviteit.

4.1.5 Cliënttevredenheid en kwaliteit

Vanuit cliëntenperspectief kan de perceptie van kwaliteit worden beschouwd als het resultaat van een afwegingsproces waarin de cliënt de ervaren kwaliteit van dienstverlening vergelijkt met de verwachte kwaliteit van dienstverlening (Grönroos, 1990; De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001). De afweging tussen verwachte en ervaren kwaliteit wordt telkens gemaakt voor vijf verschillende *dimensies van dienstverlening*: tastbare zaken, betrouwbaarheid, responsiviteit, zorgzaamheid en inleven in de klant (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001). Deze dimensies liggen aan de basis van het SERVQUAL meetinstrument voor waargenomen kwaliteit van dienstverlening (Zeithaml, Parasuraman. & Berry, 1990). Figuur 4.2 toont de componenten van dit model met de factoren die de ervaren en verwachte kwaliteit beïnvloeden.

Figuur 4.2 Model van ‘waargenomen kwaliteit van dienstverlening’, gebaseerd op Grönroos, 1990 (p.41), De Vries, Van Helsdingen en Kasper, 2001 (p.161) en Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990

De *verwachte kwaliteit* van de dienst wordt beïnvloed door de cliënt (en zijn systeem) maar ook door referentiegroepen (andere cliënten van dezelfde en cliënten van andere organisaties) en door de organisatie zelf. Het gaat daarbij om vier groepen factoren:

- De behoeften en de zorgvragen van de betrokken cliënt en cliëntstelsel.
- De verwachtingen die de organisatie zelf schept in haar communicatie met de cliënt, bijvoorbeeld via gesprekken, zorgplanbesprekingen, brochures, magazines of internetsite.
- Het imago dat de organisatie heeft bij cliënt en cliëntstelsel, bijvoorbeeld op grond van ervaringen in het verleden.
- Informatie via mond-tot-mond communicatie tussen cliënten van dezelfde organisatie, bijvoorbeeld over ervaringen van anderen.

De *ervaren kwaliteit* van de dienst wordt beïnvloed door drie groepen factoren:

- De ‘technische kwaliteit’ die betrekking heeft op de inhoud (het WAT) van de dienst. In de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen gaat het bijvoorbeeld om wonen, dagbesteding, vrije tijd, behandeling, zorg voor gezondheid en veiligheid, en ondersteuning van contacten. In ruime zin gaat het om alle gebieden waarop de ondersteuning betrekking heeft. In enge zin gaat het over specifieke afspraken die in het individuele zorgplan zijn gemaakt.
- De ‘functionele kwaliteit’ die betrekking heeft op de wijze waarop de dienst wordt geleverd (het HOE). Het gaat daarbij over aspecten als bejegening, geschiktheid en onderhoud van gebouwen waarin de zorg plaats vindt, functionaliteit van vervoer, de groep waarin men de dienst ontvangt (medebewoners, drukte, gezelligheid) en het proces waarlangs de dienst tot stand komt.
- De ‘relationele kwaliteit’ die betrekking heeft op WIE de dienst levert. Dit aspect maakt geen deel uit van het oorspronkelijke model van Grönroos (1990); het valt daarin onder de ‘functionele kwaliteit’. De Vries, Van Helsdingen en Kasper onderscheiden dit wel apart als de relatie tussen de cliënt (cliëntstelsel) en de persoon of personen die de dienst leveren. Het gaat om de ervaring van professionaliteit, degelijkheid, gemak van communicatie, toegankelijkheid van de medewerker en om diens reputatie.

Het ligt voor de hand dat in een klantgerichte dienstenorganisatie, het oordeel van de cliënt over de te leveren en de geleverde diensten een belangrijke rol toebedeeld krijgt in het kwaliteitsmanagement van de organisatie. Zowel het INK-model als het MKG-model hecht belang aan tevredenheidsmetingen van cliënten voor de kwaliteitsbeoordeling van de uitkomsten van het zorgproces. Maar de begrippen ‘kwaliteit’ en ‘klanttevredenheid’ vallen niet noodzakelijk samen. Er zijn voorbeelden genoeg denkbaar van situaties waarin de cliënt ontevreden is over de geleverde zorg terwijl die naar professionele en formele standaarden toch adequaat is geleverd. Het omgekeerde is ook mogelijk. Gebruik van cliëntstisfactie in kwaliteitsonderzoek verdient daarom een nadere beschouwing.

Volgens Casparie (1992) zal – wanneer we zijn conclusies transponeren naar de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen – een tevreden cliënt(stelsel) eerder geneigd zijn mee te werken aan het zorgplan waardoor de effectiviteit ervan

– en dus de kwaliteit van zorg – groter wordt. Daarnaast vormt cliënttevredenheid in het kader van het kwaliteitsbeleid een apart streefdoel van de zorg(organisatie). In het INK- en MKG-model is dit per definitie zo. Het is dan zaak eventuele discrepanties tussen kwaliteit zoals ervaren door professionals en cliënt(systeem) te verkleinen. Tot slot kan cliënttevredenheid een belangrijke informatiebron zijn voor de evaluatie van het beleid van de klantgerichte organisatie. Cliënttevredenheid kan daarmee worden beschouwd als een indicator van kwaliteit. In de context van het totale kwaliteitsbeleid levert de meting van cliënttevredenheid een eigen bijdrage. In marketingtermen begint een zorgverleningproces met het begrijpen van de behoeften, de vragen en de verwachtingen van de cliënt. Deze zullen moeten worden omgezet in specificaties voor de te leveren kwaliteit van zorg. Onderzoek in de context van kwaliteitszorg kan gevoeglijk gebruik maken van metingen van cliënttevredenheid om daarmee relaties te verhelderen en de effectiviteit van zorgprocessen te onderzoeken. In het geval van deze studie naar personeelsswisselingen zullen relaties tussen cliënttevredenheid (als uitkomstmaat van zorgkwaliteit) en personeelsswisselingen worden bestudeerd. Methodologische aspecten van deze keuze worden besproken in hoofdstuk 6.

4.1.6 Teameffectiviteit en cliënttevredenheid in marketingstudies

In hun modellen *the cycle of failure*, respectievelijk *the cycle of success in services* vermelden Schlesinger en Heskett (1991) de volgende correlaten van hoge cliënttevredenheid in dienstenorganisaties:

- Arbeidssatisfactie van medewerkers;
- Laag verloop van medewerkers;
- Hoge continuïteit in de relatie tussen cliënt en medewerkers.

Schneider, White en Paul (1998) concluderen uit een onderzoek in het bankwezen dat er een wederkerige relatie bestaat tussen de door cliënten ervaren kwaliteit van dienstverlening en het door het team van *front-line* medewerkers ervaren werkklimaat. Onder werkklimaat moet in dit geval worden verstaan: (1) de beleving van werkomstandigheden, (2) de beleving van (de effectiviteit van) werkwijzen om de gevraagde diensten te leveren en (3) de mate waarin medewerkers positieve aandacht ontvangen van hun leidinggevenden voor het leveren van goede diensten. Omdat het een longitudinale studie met twee meetmomenten betrof, kon een wederkerig effect (uit een *cross-lagged analysis*) worden aangetoond, hetgeen betekent dat tevreden cliënten op hun beurt bijdragen tot het door medewerkers ervaren werkklimaat. Hasenfeld stelt: 'the well-being of the worker is enhanced by investing in the well-being of the client and vice-versa. It is such mutual dependence that is most likely to foster mutual respect and trust.' (1992, p. 21). Heskett, Jones, Loveman, Sasser en Schlesinger (1994) bevestigen dat de ervaring van medewerkers om effectief bij te kunnen dragen tot de tevredenheid van de cliënt, een belangrijk aspect van hun arbeidssatisfactie is.

In de gezondheidszorg wordt het verband tussen tevreden medewerkers en een hoge waardering van cliënten voor de dienstverlening eveneens onderkend; daarbij neemt men soms aan dat tevreden medewerkers ‘automatisch’ tot tevreden cliënten leiden (Van Wijk & Van Dijk, 2003). Op grond van het interactionele karakter van dienstverlening (paragraaf 4.1.1) en de eerder vermelde opvatting van Hasenfeld mag de wederkerigheid van dit verband echter niet over het hoofd worden gezien: tevreden cliënten dragen eveneens bij tot tevreden medewerkers. In een studie binnen Nederlandse residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen bleken uit een reeks van zeventien onderzochte correlaten, de factoren ‘tevredenheid met contacten met de familie van bewoners’ en ‘tevredenheid met de direct leidinggevende’ het sterkst bij te dragen tot hun algemene arbeidssatisfactie en tot de blijfintentie van groepsleiders (Lemmens, 1993).

Arbeidssatisfactie, continuïteit van teamsamenstelling en continuïteit van relaties tussen teamleden en cliënten blijken condities te zijn voor de effectiviteit van het dienstenteam in termen van te realiseren cliëntsatisfactie. In de navolgende studie worden de effectiviteitscondities verder onderzocht.

Hartline en Ferrell (1996) bestudeerden drie belangrijke *interfaces* van het dienstverleningsproces: de *interface* tussen respectievelijk leidinggevende en *front-line* medewerkers, *front-line* medewerkers onderling (relaties binnen hun team), en *front-line* medewerkers en cliënten. Zij identificeren de volgende belangrijke antecedenten van cliënttevredenheid in het teamfunctioneren van *front-line* medewerkers (zie figuur B6.1 in bijlage):

- Vertrouwen in eigen doelmatigheid van het team;
- Arbeidssatisfactie;
- Rolduidelijkheid van de medewerkers binnen het team (factoren *role conflict* en *ambiguity* die positief bijdragen tot ‘vertrouwen in eigen doelmatigheid’ en ‘arbeidssatisfactie’);
- *Empowerment* of autonomie (mate waarin leidinggevende ruimte geeft aan medewerkers om in te spelen op veranderende vragen en verwachtingen van cliënten) hetgeen bijdraagt tot ‘vertrouwen in eigen doelmatigheid’ en ‘rol-duidelijkheid’.

Deze factoren kunnen worden beschouwd als effectiviteitaspecten van het teamfunctioneren. Het zijn aspecten die te maken hebben met de mate waarin een team cliënttevredenheid kan bewerkstelligen.

Op grond van de besproken marketingstudies lijkt het relevant om deze antecedenten van cliënttevredenheid mee te nemen in empirisch onderzoek naar het verband tussen personeelsswisselingen en cliënttevredenheid in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen.

4.2 De dienstenorganisatie en kwaliteitszorg

Als werkdefinitie van ‘kwaliteit van zorg’ wordt in deze paragraaf Donabedian’s omschrijving gehanteerd: ‘Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen criteria

van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)' (1982). Onder 'kwaliteitszorg' verstaan we: 'Het aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid (doelen, verantwoordelijkheden en middelen) vaststelt en implementeert' (Harteloh & Casparie, 1998). In operationele zin betekent het: 'een cyclisch complex van activiteiten gericht op het verbeteren of handhaven van de kwaliteit van zorg' (Hollands, Hendriks & Ariëns, 2001, p.9). Kwaliteitszorg is continu, systematisch en integraal in die zin dat het de zorgorganisatie als geheel en alle medewerkers betreft (Verheggen, 1998). Het doel van deze paragraaf is het voorwerp van deze studie – personeelsswisselingen in relatie tot de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding – te situeren binnen het kader van kwaliteitszorg. Daartoe worden achtereenvolgens besproken: de facetten van kwaliteit (4.2.1); de aandacht voor kwaliteitszorg in de tijd (4.2.2); indicatoren, modellen en systemen van kwaliteit (4.2.3); en het verband tussen continuïteit en kwaliteit (4.2.4).

4.2.1 Facetten van kwaliteit

'Kwaliteit' is een moeilijk te hanteren begrip omdat het vele facetten heeft. Men kan 'kwaliteit' benaderen vanuit verschillende invalshoeken, volgens verschillende aspecten, vanuit verschillende partijen of belanghebbenden en op verschillende (organisatie)niveaus. Hierna worden de belangrijkste facetten van het begrip 'kwaliteit' besproken om daarmee de benadering in deze studie naar personeelsswisselingen te situeren.

1 *Invalshoeken*

In navolging van Garvin (1984) onderscheiden De Vries, Van Helsdingen en Kasper (2001, p. 159) vijf verschillende invalshoeken van kwaliteit.

1. De transcendente of filosofische benadering. Kwaliteit wordt beschouwd als 'het beste'; een toestand of eigenschap die zonder verdere verduidelijking universeel herkenbaar is. ('And what is good, Phaedrus, and what is not good – Need we ask anyone to tell us these things?', Pirsig, 1974). Voor empirisch onderzoek biedt deze benadering weinig houvast.
2. De productgebaseerde benadering. Kwaliteit hangt af van de mate waarin een bepaalde eigenschap in een product voorkomt. Deze benadering is vooral nuttig voor materiële producten waarbij verschillen in grondstoffen en productspecificaties concreet kunnen worden omschreven. Voor diensten is deze benadering minder geschikt omdat het gaat om prosumerschap waarin productie en consumptie samenvallen en vanwege het heterogene karakter van de uitkomst van dienstverlening.
3. De gebruikersgebaseerde benadering. Kwaliteit wordt bepaald door de gebruiker. Het gaat om de mate waarin het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst beantwoordt aan de behoeften en verwachtingen van de gebruiker ('fitness for use'). Deze benadering vertegenwoordigt een sterk subjectieve kijk op kwaliteit, maar is juist in zorg en dienstverlening van grote betekenis.

4. De productiegebaseerde benadering. Kwaliteit betreft de mate waarin het proces van voortbrengen van een product of dienst beantwoordt aan standaarden. Hiertoe moeten in de zorg ook toepassing van dwingende normen uit wet- en regelgeving en van professionele standaarden (protocollen en goed vakmanschap) worden gerekend.
5. De waardegebonden benadering. Kwaliteit wordt beschouwd in relatie tot kosten en prijzen. Het gaat om de verhouding tussen de door de cliënt ervaren voordelen van de dienst en de kosten die hij daarvoor (al dan niet in financiële termen) moet maken (Ferrell, Hartline & Lucas, 2002, p. 101). Onder invloed van toenemend marktdenken krijgt deze laatste benadering in de Nederlandse gezondheidszorg recent aandacht met de introductie van begrippen als 'kwaliteitskosten' (Bouwman, Van Ineveld, Custers, Bandel, Sol, Wagner, Wensing & Klazinga, 2002), 'performance' en 'prestatie-indicatoren' (Delnoij, Ten Asbroek, Arah, Custers & Klazinga (2002).

Voor een dienstverlener is de gebruikersgebaseerde benadering van kwaliteit van bijzonder belang. Andere benaderingen spelen wel een rol bij het tot stand komen van de dienst, maar de relatie tussen de activiteiten van de dienstverlenende organisatie met de waarneming van kwaliteit door de cliënt dient te allen tijde bewaakt te worden. Zo ontstaat niet het probleem dat een dienst wel aan professionele en bureaucratische normen (wettelijke eisen en regelingen) voldoet, maar niet aan de verwachtingen van de cliënt. In de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen kunnen de verwachtingen van de cliënt echter niet altijd tot maatstaf van de dienstverlening worden genomen. De reden kan tweevoudig zijn: communicatieproblemen of morele dilemma's. Bijvoorbeeld, vragen en verwachtingen van mensen met ernstige en meervoudige beperkingen kunnen soms moeilijk achterhaald worden. Niettemin zijn methoden beschikbaar om deze zo goed mogelijk te benaderen (Vlaskamp, 1993; Van den Berg-Willemsen, Braams, Pekelharing & Wymenga, 2001). Bijvoorbeeld, niet aan alles wat iemand met een autistische spectrumstoornis, met een psychiatrische stoornis of met gedragsproblemen vraagt of wenselijk vindt kan worden voldaan, met name wanneer het schadelijk of gevaarlijk is voor de persoon of zijn omgeving. De eigen verantwoordelijkheid van de professional en de relatie van de persoon met een belangrijke derde (belangenbehartiger, ouder, behandelaar) spelen in deze situatie een belangrijke rol om recht te doen aan de (achterliggende) behoeften van de persoon. De perceptie van de kwaliteit van de zorgverlening door familie of vertegenwoordiger is dan van bijzonder belang.

2 Aspecten van zorg volgens Donabedian

Omdat het verschijnsel 'zorg' zo veelomvattend is, is het nuttig om in de context van kwaliteitszorg een zekere vereenvoudiging en ordening aan te brengen. Donabedian's model (1980) is daarbij richtinggevend gebleken. Hij onderscheidt drie zorgaspecten:

1. Structuuraspecten. Dit zijn voorwaardenscheppende aspecten zoals opleiding van de zorgverleners, financiering, personeelsinzet, budget, organisatiestructuur; centraal staat de vraag: 'wat heb ik nodig om het doel te bereiken?'
2. Procesaspecten. Het betreft het handelen van de zorgverleners en alle activiteiten die nodig zijn om zorg voort te brengen; centraal staat de vraag: 'wat moet ik doen om het doel te bereiken?'
3. Resultaataspecten. De cliënt is het primaire resultaataspect waarbij zijn gezondheid, welzijn, tevredenheid belangrijke uitkomsten zijn. Maar ook kostenaspecten, doelmatigheid, arbeidstevredenheid van zorgverleners en maatschappelijke effecten van de zorg vertegenwoordigen resultaatgebieden. Centraal staat de vraag: 'wat wil ik precies bereiken?' Recent wordt onderscheid gemaakt tussen 'output' en 'outcome' van zorg. Daarbij gaat het bij de output over (kenmerken van) de geleverde diensten als zodanig. Outcome betreft het effect van de geleverde diensten op de cliënt (Delnoij, Ten Asbroek, Custers & Klazinga, 2002).

Donabedian splitst met dit aspectenmodel de zorgorganisatie niet op in drie onderscheiden componenten, maar stelt drie aspecten of perspectieven voor waarmee elk onderdeel van de zorgorganisatie kan worden benaderd (Hollands, Hendriks & Ariëns, 2001).

3 Partijperspectief

De criteria voor de afweging van de kwaliteit van zorg zijn gebaseerd op waarden, normen en standaarden die door verschillende partijen van betrokkenen kunnen worden geformuleerd. Grol (1998) onderscheidt (weliswaar niet limitatief) in de kwaliteitszorg vijf dergelijke partijperspectieven.

1. Het professionele perspectief, dat steunt op 'goed' vakmanschap zoals dat binnen een discipline of groep beroepsbeoefenaren bestaat. Beroepsbeoefenaren stellen zelf standaarden op en claimen een zekere autonomie in de controle op en de verbetering van zorg. Binnen deze optiek zijn zaken als scholing, registratie en intervisie het probleem.
2. Het epidemiologisch perspectief, dat steunt op wetenschappelijke en *evidence-based* maatstaven. De kern van het kwaliteitsprobleem is volgens deze benadering het ontbreken van overtuigende wetenschappelijke informatie over werkzaamheid en doelmatigheid van werkwijzen in de zorg en van daarop gebaseerde richtlijnen.
3. Het politiek-economisch perspectief, dat tot uitdrukking komt in wet- en regelgeving. Het kwaliteitsprobleem wordt gesteld in termen van regelgeving, contracten, budgetten, indicatoren en inspectie van buitenaf.
4. Het managementperspectief, dat is gericht op de organisatorische context van de zorg: op doelmatige, efficiënte en klantgerichte processen en uitkomsten. Het kwaliteitsprobleem is het systeem van zorg- en dienstverlening.

5. Het juridisch-ethisch perspectief dat uitgaat van de emancipatie van de cliënt, van zijn autonomie en de participatie in beslissingen over zijn gezondheid en welzijn. Het probleem is participatie en autonomie.

Het marketingperspectief zou hieraan beslist als zesde perspectief toegevoegd moeten worden. Voor cliënten en cliëntorganisaties staat een doelmatige interactie tussen enerzijds henzelf en anderzijds professionals en instellingen voorop. Voor hen tellen de mate waarin aan hun problemen en hun noden wordt tegemoet gekomen, respectvolle bejegening, duidelijk informatie, heldere afspraken en het nakomen van beloften. Voor individuele cliënten en cliëntenorganisaties is klantgerichtheid het kwaliteitsprobleem.

Elk van deze zes partijen kan als belanghebbende worden gezien. In het kwaliteitsdiscours kunnen zij opereren met verschillende bedoelingen zoals het verbeteren van de inhoudelijke zorg zelf, van de kwaliteit / prijs-verhouding, van de regelgeving, van het aanzien van het beroep of van samenwerking (Hollands, Hendriks en Ariëns, 2001).

4 *Kwaliteitszorg op verschillende niveaus*

Kwaliteitsactiviteiten vinden plaats op verschillende niveaus. Voor elke actie van kwaliteitsverbetering of -borging dient men zich te realiseren op welk niveau deze plaats vindt en wat de invloed is op andere niveaus. Op macroniveau gaat het in de kwaliteitszorg over wet- en regelgeving, beroepsorganisaties, brancheorganisaties, verzekeraars, werknemersorganisaties, cliëntenorganisaties, belangenverenigingen (zoals bijvoorbeeld Onderling Sterk) en de landelijke volksgezondheid. Op mesoniveau gaat het om het creëren van voorwaarden binnen de context van een zorgorganisatie. Het gaat daarbij om structuren en processen van de interne organisatie, maar ook om het creëren van relaties met de omgeving waardoor de organisatie beter in staat is aan de vragen van de cliënten tegemoet te komen en aantrekkelijk te zijn voor het werven van goede medewerkers. Het gaat enerzijds om het interne faciliteren van de *front-line* om succesvolle interacties aan te gaan met het cliënt-systeem. Het gaat anderzijds om het monitoren en bevorderen van maatschappelijke effecten van de organisatie. Op microniveau gaat het om de interacties tussen cliënten en de medewerkers die directe zorg en ondersteuning bieden. Daarbij zijn structuur en processen van de *operating core* (Mintzberg) van groot belang, evenals het monitoren van de relaties met cliënten en van de individuele uitkomsten van de zorg.

5 *Conclusie*

Binnen de besproken facetten van kwaliteit zijn de volgende kenmerken van toepassing op het doel van deze studie naar personeelswisselingen:

1. Invalshoek: in deze studie gaat het om gebruikersgebaseerde kwaliteit.
2. Aspecten: het teamfunctioneren en personeelswisselingen vormen beide proceskenmerken van kwaliteit; door familie ervaren kwaliteit van begeleiding is een resultaatkenmerk.

3. Partijen: de cliëntsystemen vormen in deze studie de belangrijkste partij.
4. Niveau: de instelling als organisatie (mesoniveau) met bijzondere aandacht voor de interface van de organisatie met het cliëntstelsel (de woongroep).

4.2.2 Aandacht voor kwaliteit in de loop van de tijd

Aandacht voor kwaliteit is geen nieuw verschijnsel in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen maar heeft in verschillende vormen vanaf het begin, in de tweede helft van de negentiende eeuw, een rol gespeeld. De criteria voor 'goede zorg' werden door initiatiefnemers en verantwoordelijken impliciet of expliciet verwoord in de missie van hun organisatie. Vaak was deze geworteld in caritatieve en humanitaire beginselen, maar er werd ook gebruik gemaakt van beschikbare wetenschappelijke kennis om richting te geven aan de organisatie van de zorg. Historisch onderzoek toont aan dat de rol van de 'Inspectie van het krankzinnigenwezen' (Klijn, 1995, p. 40), de Onderwijsinspectie en de Inspectie van de kinderbescherming in de context van kwaliteitsbewaking en -bevordering niet mag worden onderschat. De studies van Klijn (1995) en Jak (1999) illustreren dat voor instellingen de rijksinspecties zowel de rol van bondgenoot als 'luis in de pels' vervulden. De rijksinspecties hielden niet alleen toezicht op de toepassing van wetgeving, maar bevorderden ook krachtig de professionalisering in de zorg, onder meer door haar pleidooien voor (verpleegkundige) scholing van medewerkers en toepassing van opvattingen uit de psychiatrie (zie ook paragraaf 2.1.1).

Vanaf het begin van de AWBZ-periode van de residentiële zorg in 1968 werd een grotere rol toebedeeld aan wetenschappelijk onderzoek, met name bij het identificeren van probleemgebieden en het formuleren van condities voor betere zorg binnen de instellingen (Van Ratingen, 1970). In de praktijk leidde dit tot discussies over de 'ideale grootte' van instellingen en woongroepen (voor een overzicht: zie Buntinx, 1976; 1977) maar ook tot aanzetten tot systematische benadering van het kwaliteitsprobleem. Een themanummer van het tijdschrift RUIT (december 1979, nummer 20) behandelt aspecten van kwaliteitsbewaking, de bedrijfskundige benadering van kwaliteit, een aanzet tot modelvorming, en een beschrijving van het 'project Griffioen' dat aan de basis lag van de door Vlaskamp ontwikkelde opvoedingsprogramma's voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen. Het nummer bevat ook twee artikelen over de werkgroep 'Kwaliteit en Doelmatigheid' van de Nederlandse Ziekenhuis Raad (NZR) die in 1973 speciaal voor de zwakzinnigenzorg in het leven was geroepen en die aan de basis ligt van de in 1983 gestarte interinstitutionele toetsing 'Kwaliteit en Doelmatigheid' ('Kwaldo'). In deze periode neemt het proefschrift van Daniël Seys uit 1987 (zie ook: Seys & Duker, 1988) een bijzondere plaats in vanwege het sterke betoog voor een *evidence based* benadering van kwaliteit en het centraal stellen van het management van effectieve cliënt-begeleider interacties. Dit laatste is een marketingsperspectief *avant la lettre*. Ook de constructie van kwaliteitsmethoden en meetinstrumenten werd in deze periode ter hand genomen (Van Bergen, Hollands & Nijhuis, 1980; Hollands, Van Bergen, Degenaar, Smits & Van Veen, 1990). In 1991 publiceert de Nationale Ziekenhuis-

raad het document ‘Herkenbare kwaliteit’ (gebaseerd op een referentiekader van de Inspectie voor de Volksgezondheid) met een set criteria voor structuur- en proceskenmerken van residentiële instellingen. In de periode tussen 1970 en 1990 was kwaliteitszorg sterk inhoudelijk georiënteerd. Centraal staat het omschrijven van (professionele) kenmerken van ‘goede’ zorg. Deze zijn gebaseerd op zorgvisies zoals ‘normalisatie’ en/of op uitkomsten van onderzoek. Deze kenmerken worden dan omgezet in criteria of nastrevenswaardige doelen. Beroepsbeoefenaren en het primaire proces staan centraal.

De Leidschendamafspraken uit 1990 (volgend op een startconferentie in 1989) markeren het begin van een nieuwe periode van kwaliteitsbeleid en vormden mede door vijf follow-up conferenties in een periode van tien jaar een constante impuls voor kwaliteitszorg en wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot kwaliteitszorg. Het advies van de Raad voor Gezondheidszorgonderzoek (RGO) over kwaliteit van zorg (1990) legde de basis voor het NWO-programma ‘Kwaliteit van Zorg Onderzoek’ (1992 – 2001) waarvan voor de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen met vier gesubsidieerde projecten een grote stimulans is uitgegaan (NWO, 2001). Het gunstige rendement van de KWAZO projecten in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen droeg bij tot de start in 1997 van het programma ‘Innovatie in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen’ van Zorgonderzoek Nederland (ZonMw).

De Leidschendamafspraken leidden tot een meer bedrijfskundige aanpak van kwaliteitszorg waarbij kwaliteitsmodellen en kwaliteitssystemen hun intrede doen. De bedrijfskundige aanpak kijkt niet alleen naar de kwaliteit van het (inhoudelijke) eindproduct maar vooral naar de wijze waarop zorg in alle onderdelen en fasen tot stand wordt gebracht. Het oogmerk is om binnen de gehele organisatie een constante en systematische oriëntatie op verbetering van de zorg tot stand te brengen met de cliënt als uitgangspunt (Berwick, 1989; Sluyter, 2000). De Kwaliteitswet Zorginstellingen uit 1996 verplicht zorginstellingen de organisatie zo in te richten dat deze redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg, en de kwaliteit systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Deze wet gaf een impuls aan het interne kwaliteitsbeleid van instellingen en aan de toepassing van modellen en systemen.

4.2.3 Indicatoren, modellen en systemen

Met de besproken invalshoeken, aspecten, perspectieven en niveaus is nog allerminst duidelijk hoe kwaliteitszorg in de praktijk zou moeten werken. Daartoe is concretisering en operationalisering nodig. Concretisering betekent het kiezen van in de praktijk herkenbare en relevante aandachtsgebieden. Op het niveau van de zorgorganisatie kunnen aandachtsgebieden bijvoorbeeld zijn: ‘visie en strategisch beleid’, ‘personeel’, de ‘directe zorg- en dienstverlening’, en ‘waardering door cliënten’. Operationalisering betekent dat voor een bepaald aandachtsgebied indicatoren worden geformuleerd. Een indicator is: ‘een meetbaar element van de zorg-

verlening welke functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg.' (RGO, 1990, p. 14). Óf en op welke (drempel)waarde een indicator dan 'echte' aanwijzingen geeft hangt af van het gekozen criterium of de als optimaal beschouwde situatie. De waarde van een indicator hangt daarenboven af van zijn validiteit (relevantie voor de zorg; zijn relatie met uitkomsten van zorg), zijn meetbaarheid, betrouwbaarheid en sensitiviteit, en zijn toepasbaarheid in de bredere sector omdat daarmee benchmarking mogelijk wordt (Mintjes, Van den Broek & Wille, 2000; Staring, Duterloo, Ten Horn, 1993).

Meer dan 50 procent van de instellingen in de gehandicaptensector blijken de volgende indicatoren toe te passen (Sluijs, Van Beek, Mouthaan, De Neef & Wagner, 2002):

- Structuur-indicatoren: cliëntenraden; personele bezetting.
- Proces-indicatoren: (toetsing van) zorgplannen.
- Resultaat-indicatoren: tevredenheid van cliënten en familie; tevredenheid van medewerkers; ziekteverzuim en verloop van medewerkers als indicatoren van het kwaliteitsaspect 'continuïteit en stabiliteit'; ongewenste gebeurtenissen (klachten, bijna-ongelukken, incidenten). Over de relevantie van deze uitkomstindicatoren lijkt overigens consensus te bestaan in de gehele gezondheidszorg omdat deze in alle sectoren worden genoemd. Ook leggen instellingen een verband tussen de indicatoren 'tevredenheid van medewerkers' en 'tevredenheid van cliënten'.

Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat de cure sector meer op indicatoren is georiënteerd dan de care sector. Deze laatste relativeert het gebruik van indicatoren met het argument dat niet alles te kwantificeren valt en zaken zoals cultuur of (levensbeschouwelijke) visie ook van belang zijn als het gaat om de kwaliteit van zorg die de cliënt ontvangt.

Wanneer men geïnteresseerd is in een enkel aandachtsgebied van de organisatie kunnen één of enkele met elkaar samenhangende indicatoren volstaan. Maar kwaliteitszorg brengt meestal met zich mee dat naar meerdere aandachtsgebieden tegelijk moet worden gekeken. De samenhang tussen aandachtsgebieden wordt daarmee relevant. Dit is het oogmerk van kwaliteitsmodellen. Een kwaliteitsmodel bevat een vereenvoudigde representatie van de organisatie met meestal de volgende kenmerken:

- Een aantal activiteitengebieden van de organisatie met daarbij meer of minder uitgewerkte lijsten van indicatoren;
- Een aanduiding van de relatie tussen deze activiteitengebieden;
- Een dynamisch principe voor de toepassing van het model.

Het model dient als achtergrond voor concrete acties zoals evaluatie of diagnose van de actuele situatie, het plannen van verbeteracties, en het volgens de Deming cyclus (Plan-Do-Check-Act) starten van een continu proces van kwaliteitsverbetering. Door de standaardisatie van concepten en processen bevorderen modellen de communicatie over kwaliteit tussen verschillende betrokkenen binnen en buiten de organisatie. Kwaliteitsmodellen kunnen gericht zijn op het manage-

ment (zoals het INK-managementmodel en het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg), op het beheersen van processen (zoals de ISO 9000) of juist sterk op de inhoud van de zorg, zoals het orthopedagogisch referentiekader van Maes, Geeraert & Van den Bruel (2000) en het Kompas van Van Gastel, Vermeer & Rispiens (2001). Tegenwoordig wordt in de (gehandicapten)zorg ook de Balanced Score Card (BSC) (Kaplan & Norton, 1992) als kwaliteitsmodel gehanteerd. De BSC is een managementmodel dat sterk op kwaliteitsverbetering in relatie tot strategie is gericht maar ook het financiële aandachtsgebied omvat.

Modellen helpen om het abstracte begrip 'kwaliteit' concreet en toepasbaar te maken, maar ze werken niet uit zichzelf. Modellen moeten deel uitmaken van een kwaliteitssysteem. Dit is: 'een verzameling processen, procedures, werkinstructies en documenten in een logische samenhang en volgens een regelmatig weerkerende ordening' (Hollands, Hendriks & Ariëns, 2001). Kwaliteitssystemen beschrijven de wijze waarop in een organisatie continu aan kwaliteitsverbetering wordt gedaan en dienen verankerd te zijn in de structuur van de organisatie. Daarbij moet de instelling haar beleid veranderen en bijsturen op basis van de uitkomsten van de zorg (Sluijs, Van Beek, Mouthaan, De Neef & Wagner, 2002).

In Nederlandse voorzieningen voor mensen met verstandelijke beperkingen wordt in 10 procent van de gevallen gebruik gemaakt van het INK-managementmodel (figuur 4.3); 76 procent maakt gebruik van het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (figuur 4.4) (Bering & Nabitz, 2000; Nivel, 2000).

Hoewel kwaliteitsindicatoren, -modellen en -systemen belangrijke elementen van kwaliteitszorg vormen, passen enkele kritische kanttekeningen.

Toepassing van een kwaliteitssysteem geeft op zich nog geen inzicht in de uitkomsten van de zorg en is op zichzelf ook geen garantie voor de kwaliteit op het niveau van de cliënt (Sluijs, Van Beek, Mouthaan, De Neef & Wagner, 2002). Hoewel in de gehandicaptenzorg wordt gewerkt aan het definiëren van indicatoren, is nog niet duidelijk hoe deze worden ingezet voor verbetering van de zorg. Ook blijkt reserve te bestaan voor de relatie tussen indicatoren (vooral als cijfers) en de kwaliteit van zorg. Zo is bijvoorbeeld het aantal klachten niet noodzakelijk een indicatie voor de kwaliteit van zorg in het geheel van de instelling. Sterker nog, het blijkt 'dat de relatie tussen het hebben van een kwaliteitssysteem en het leveren van verantwoorde zorg (nog steeds) niet overtuigend is vastgesteld' (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002, p.7). Door de verschuiving van de inhoudelijke benadering naar de bedrijfsmatige benadering van kwaliteitszorg kost het continu monitoren van indicatoren veel tijd en geld. Daarenboven moet deze werkwijze geïntegreerd worden binnen de gewone processen en de bedrijfsvoering van de instelling. Dit vergt een ingrijpend en langdurig veranderingsproces. Zolang dit niet optimaal is geïmplementeerd kost een kwaliteitssysteem binnen een organisatie veel extra tijd en aandacht, maar levert het weinig verbeterresultaten op.

Op grond van een kritische beschouwing van dit verschijnsel en van de plaats van de professional in de instelling komt Casparie tot de conclusie: 'dat de belangrijkste

bepalende factor van de kwaliteit van zorg de individuele professional is en niet het systeem, dat daar ook het aangrijpingspunt ligt om kwaliteit te verbeteren en dat het functioneren van de professional in het primaire proces, zowel individueel als als team het eerste object van externe beoordeling moet zijn. Het sturen op kwaliteit gaat via de professional.' (Casparie, 1998, p. 154). Deze conclusie is congruent met het feit dat het in langdurige zorg (voor mensen met verstandelijke beperkingen) eerder gaat om relaties en transacties van 'beloften' dan om tastbare zaken en eenvoudig meetbare uitkomsten (Bitner, 1995; Grönroos, 1995).

Een laatste kritische kanttekening betreft de validiteit van kwaliteitsmodellen. Noch INK noch het MKG model zijn voortgekomen uit wetenschappelijk onderzoek en er is geen literatuur waaruit blijkt dat zij als zodanig empirisch zijn getoetst en valide bevonden. Zij werden overwegend opgezet op basis van logische ordening en heuristische procedures, waarbij vervolgens consensusprocedures voor validatie werden gevolgd (Delphi-ronden en focusgroepen). Dit staat niet in de weg dat uitkomsten van onderzoek incrementeel een rol kunnen spelen bij de validering van praktijkmodellen (Bij de Vaate, 1991); over het algemeen is echter weinig bekend over de empirische relaties tussen de aandachtsgebieden van de modellen en de condities waaronder deze leiden tot kwaliteitsverbetering. Het blijven algemene en heuristische modellen die voor de communicatie over kwaliteitszorg nuttig zijn maar het zijn geen procesmodellen aan de hand waarvan met redelijke zekerheid een positief resultaat kan worden geboekt. Er kan dan ook geen eigen werkzaamheid aan worden toegedicht en alles hangt af van de specifieke toepassing door het management van een instelling (Wolves & Van der Werf, 2000). Kwaliteitszorg is daarmee vooral een *pragmatic science* met als doel het verbeteren van zorg en dienstverlening (Verheggen, 2003).

In het kader van kwaliteitszorg in residentiële instellingen, is het relevant om te kijken naar de samenhang tussen het proceskenmerk personeelwisselingen (als continuïteitsprobleem) en de resultaatgebieden 'waardering door cliënten' en 'waardering door medewerkers' (figuur 4.3). Personeelwisselingen doen zich namelijk voor in het gevoelige gebied van het directe contact van individuele medewerkers met cliënten.

In INK-termen passen de aandachtsgebieden van deze studie binnen (1) de procesaspecten van organisatie (continuïteit respectievelijk personeelwisselingen) en de resultaatgebieden (2) waardering door medewerkers als onderdeel van het teamfunctioneren en (3) waardering door cliënten.

Binnen het MKG-model past deze studie in de rubrieken (1) zorg- en dienstverlening (levering van diensten), (2) beleid en organisatie, en (4) waardering en resultaat (4.2 Resultaatbepaling; 4.4 cliëntenraadpleging; en 4.7 medewerkersraadpleging (tevredenheid binnen het werk).

Figuur 4.3 Het INK-managementmodel (INK, 2001a)

Figuur 4.4 Het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2000, p.28)

Concluderend zal deze studie zich zowel van een inhoudelijke als een bedrijfsmatige benadering van kwaliteitszorg bedienen. Daartoe zal in hoofdstuk 6 via beide wegen naar een theoretisch model worden toegewerkt. Vanuit kwaliteitsperspectief gaan wij ervan uit dat succesvolle toepassing van kwaliteitsmodellen en -systemen gebaat is bij validering van indicatoren en relaties tussen indicatoren. In deze studie gaat het daarbij om indicatoren van effectief teamfunctioneren, van cliënttevredenheid en van het verband tussen beide. De nadruk zal daarbij – in navolging van Capsarie's betoog en van Bitner's en Grönroos' opvatting over relatiemarketing – liggen op de interactie van het team van professionals met het cliëntsysteem. Continuïteit, cliënttevredenheid en teamfunctioneren zijn daarbij de kernfactoren.

4.2.4 Continuïteit en kwaliteit

‘Continuïteit van begeleiding’ wordt beschouwd als een belangrijk proceskenmerk van de kwaliteit van begeleiding van mensen met verstandelijke beperkingen (Staring, Duterloo & Ten Horn, 1993; Driessen, Casparie & Van den Bos, 1994; Cox, Peeters-Niemantsverdriet, Philipsen, Neumann, Van Campen & Huyer-Abu Saad, 1994). We gaan hieronder nader in op dit begrip.

Donabedian ziet continuïteit als een kenmerk dat de kwaliteit van zorg nadrukkelijk beïnvloedt, maar er als zodanig toch onderscheiden van is. Hij ziet continuïteit eerder als een conditie om tot kwaliteitszorg te kunnen komen. Continuïteit verwijst bij Donabedian sterk naar coördinatie van het zorgproces, voor zover de verschillende onderdelen van zorg ononderbroken en consistent worden geleverd. Centraal staat daarbij het behoud van informatie over eerdere bevindingen, evaluaties en beslissingen uit het zorgproces en de toepassing ervan in actuele zorgpraktijken op een wijze dat stabiliteit in doelen en werkwijzen wordt bereikt (Donabedian, 1980, p. 23-24).

Harteloh en Casparie (1998, p.121) beschouwen continuïteit als indicator in het kader van kwaliteitszorg en onderscheiden continuïteit in Persoon (dezelfde hulpverlener), Tijd en Plaats.

In hun overzichtstudie naar de kwaliteit van thuiszorg aan mensen met een chronische aandoening onderscheiden Cox et al. (1994, p. 15 en 30) een veelheid aan discontinuïteiten:

- Discontinuïteit in de zorgverlening (afstemming tussen informele en professionele zorgverleners);
- Discontinuïteit in patiëntenloopbaan (onvoorspelbare ontwikkelingen binnen het dagelijks leven van de patiënt);
- Discontinuïteit in het persoonlijke netwerk en de informele zorg (discontinuïteit in omvang, structuur en functie van het sociale netwerk);
- Culturele en maatschappelijke discontinuïteit (problemen in de maatschappelijke constellatie – wijzigende regelgeving bijvoorbeeld – en culturele context waarin besluiten over de zorg tot stand komen).

In deze studie wordt ook een verband gelegd tussen discontinuïteit en dissatisfactie van zorgontvanger en zorgverlener. Personeelswisselingen of verloop wordt in deze studie echter niet expliciet genoemd als bron van discontinuïteit. In een aan deze studie gerelateerd onderzoek van Sterkenburg, Schneider en Janssen bij ouders van kinderen met verstandelijke beperkingen (1995), vinden de auteurs wel dat de relatief grootste mate van discontinuïteit wordt gerapporteerd in de dimensie ‘vervanging’ van medewerkers.

In een studie naar de continuïteit van zorg vanuit cliëntenperspectief onderscheiden Casparie et al., (1998) drie dimensies van continuïteit die zij verwerkten in de Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntperspectief (VCC);

- Aansluiting tussen hulpvraag en hulpaanbod;
- Onderlinge afstemming tussen zorgverleners;
- Overdracht van de zorg van de ene naar de andere professionele zorgverlener. Binnen deze laatste dimensie maakt de VCC nog een onderscheid tussen (a) overdracht bij verwijzing naar andere hulpverleners of voorzieningen en (b) overdracht tussen hulpverleners onderling bij vervanging wegens ziekte of vrije dagen.

Vlaskamp (1997) onderscheidt twee soorten discontinuïteit:

- Inhoudelijke discontinuïteit (bejegening en fragmentatie van het zorgprogramma door gebrekkige overdracht en verdwijnen van kennis over de begeleidingsbehoeften van de cliënt);
- Organisatorische discontinuïteit (personeelsverloop, gebroken diensten, invalkrachten).

Op grond van het voorafgaande stellen wij de volgende vormen van discontinuïteit van begeleiding voor:

- Inhoudelijke discontinuïteit: discontinuïteit in de afstemming tussen enerzijds de zorgbehoeften en zorgvragen van het individu en anderzijds de daadwerkelijk geboden zorg. Bewaken van de inhoudelijke continuïteit betekent het regelmatig toetsen of de gevraagde en de geboden zorg (nog) overeenkomen en zonodig bijstellen.
- Organisatorische discontinuïteit: doordat verschillende zorgverleners, disciplines en in toenemende mate ook verschillende organisaties bij de zorg rond éénzelfde individu betrokken zijn, vormen de organisatorische voorwaarden voor goede afstemming en overdracht een bijzonder aandachtspunt.
- Relationele discontinuïteit: verschillende oorzaken waaronder verloop en personeelwisselingen kunnen de relatie tussen cliënt en zorgverlener verstoren. In situaties van langdurige zorg kunnen daardoor niet alleen functionele en cliëntspecifieke kennis van persoonlijke begeleidingsvragen en -antwoorden verloren gaan, maar ook de wederkerige vertrouwensrelaties tussen organisatie en cliënt met zijn sociale netwerk kan beschadigd raken.

Organisaties die op een bepaald moment goede kwaliteit van zorg leveren, blijken dat na enige tijd niet meer te doen en omgekeerd. Dat hangt samen met congruentie- en consistentiefactoren zoals besproken in paragraaf 2.1. Het gaat er echter om dat er continu goede kwaliteit wordt geleverd, hetgeen afgemeten wordt aan continue cliënttevredenheid. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is continuïteit van de dienstverleners. In deze studie staat de kwaliteitservaring van het cliëntsysteem centraal. Personeelwisselingen worden gezien als belemmerende

factor voor de relationele continuïteit in medewerker-cliënt contacten. Deze relatie is dus niet alleen middel, maar ook doel. Daarom is discontinuïteit een kwaliteitsprobleem.

5

Conclusie literatuurstudie en formulering onderzoeksvragen

Met dit hoofdstuk wordt het eerste deel – een verkennende literatuurstudie – afgesloten. In dit deel werd eerst de interne organisatie van residentiële instellingen in relatie tot omgevingsontwikkelingen beschreven vanuit een historisch-sociaal perspectief. Vervolgens werd systematisch de literatuur bestudeerd met betrekking tot personeelsswisselingen en relevant gebleken correlaten in de domeinen ‘organisatiekenmerken’, ‘teameffectiviteit’ en ‘kwaliteit’. Tot slot werd de invalshoek van de marketingdiscipline voor de studie van teameffectiviteit en kwaliteit in dienstenorganisaties onderzocht. Dit leidt tot de volgende conclusies (paragraaf 5.1) en tot aanpassing van de voorlopige vraagstelling uit paragraaf 1.3 (paragraaf 5.2).

5.1 Conclusie deel I

Verloop van groepsleiders is geen nieuw probleem maar is zo oud als de residentiële zorg zelf. Het hangt nauw samen met de professionalisering van de sector en met de bedrijfsmatige opzet van de begeleiding. Onder invloed van culturele en conjuncturele factoren kan de omvang van het verloop op instellingsniveau variëren; deze factoren zijn uit onderzoek genoegzaam bekend. Over personeelsswisselingen op woongroepniveau is echter nauwelijks informatie beschikbaar. Wel staat vast dat personeelsswisselingen op woongroepniveau gemiddeld genomen een veelvoud bedraagt van het verlooppercentage op instellingsniveau en dat het grootste deel van deze wisselingen door de organisatie zelf worden geïnduceerd.

De organisatie van instellingen wordt sterk beïnvloed door hun omgeving. Hierin vinden vooral de laatste decennia grote veranderingen plaats, zowel met betrekking tot demografie, visie op ‘handicap’, wetgeving, financiering, kostenbeheersing, kwaliteitszorg als met betrekking tot de verwachtingen van cliëntsystemen. Hierdoor ontstaat grote druk voor aanpassing van de interne organisatie.

Complexe veranderingen binnen organisaties vormen echter een risico voor hun interne consistentie en daarmee voor hun effectiviteit: aanpassingen in visie, dienstverleningsprocessen, coördinatie van taken en functies en organisatiestructuur lopen niet noodzakelijk met elkaar in de pas. In residentiële organisaties is de *service encounter*, de plaats waar organisatie en cliënten elkaar ontmoeten, het meest gevoelig voor inconsistentie. Binnen deze *interface* ontvangen cliënten hun diensten en wordt bepaald of deze overeenkomen met wat zij verwachten; hier ontstaat in belangrijke mate de kwaliteitsservaring van het cliëntstelsel.

Uit empirische verloopstudies in residentiële instellingen blijken een aantal intra-organisatorische kenmerken relevant om op te nemen in een studie naar personeelsswisselingen. Het gaat om de volgende factoren:

1. instelling als zodanig;
2. omvang van het cluster waartoe de woongroep behoort;
3. sociowoning of woongroep op terrein;
4. grootte van de woongroep;
5. zorgzwaarte van de bewoners.

Personeelsswisselingen moeten worden opgevat als een afzonderlijke bron van inconsistentie, naast of bovenop de hierboven genoemde aanpassingseffecten. Zij vormen een afzonderlijk kwaliteitsrisico voor de organisatie. Om die reden is inzicht in dit verschijnsel nuttig voor residentiële organisaties die in Nederland verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van ruim eenderde van alle mensen met verstandelijke beperkingen.

Uit de literatuur blijkt dat personeelsswisselingen op verschillende wijzen kunnen worden uitgedrukt al naargelang gekeken wordt naar vaste medewerkers die het team verlaten, of naar nieuwe medewerkers die instromen, of naar de (gemiddelde) tijd die medewerkers deel uitmaken van een team. Dit leidt tot drie modaliteiten van personeelsswisselingen of drie typen van maten:

- Type I: stabiliteit van het vaste team;
- Type II: frequentie van nieuwe instromers in het team;
- Type III: gemiddelde tijd dat de groepsleiders deel uitmaken van het woon-groepsteam.

Uit een overzicht van verloopstudies komen een aantal relevante werkreacties van teammedewerkers als correlaten van personeelsswisselingen naar voren. Het gaat om de volgende factoren:

1. arbeidssatisfactie van de teamleden;
2. een complex van werkreacties waaronder ervaren participatie in besluitvorming, samenwerking, overeenkomst tussen eigen waarden en die van de organisatie, commitment, werkstress en rolduidelijkheid

Door bestudering van dienstenmarketingstudies blijken deze factoren preciezer omschreven te kunnen worden als factoren van teameffectiviteit. Het empirische model van Hartline en Ferrell biedt aanknopingspunten voor de studie van de relatie tussen condities voor interne teameffectiviteit van groepsleiders en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding.

Als effectiviteitscondities van het teamfunctioneren blijken de volgende factoren van belang:

1. arbeidssatisfactie;
2. rolduidelijkheid;
3. vertrouwen in eigen doelmatigheid;
4. ervaren autonomie.

De externe effectiviteit van het team kan worden afgemeten aan de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding. Uit Grönroos' model van kwaliteitsperceptie van cliënten in dienstenorganisaties kan worden afgeleid dat twee aspecten daarbij van belang zijn:

1. de ervaren technische (of inhoudelijke) kwaliteit; en
2. de functionele (of relationele) kwaliteit.

In de context van kwaliteitszorg vormen ‘teameffectiviteit’ en ‘cliënttevredenheid’ relevante indicatoren. Beide houden verband met elkaar: zij vormen als het ware twee kanten van dezelfde medaille. In het kader van het doel van deze studie naar personeelsswisselingen is het relevant hiermee rekening te houden en derhalve ook dit onderlinge verband nader te onderzoeken.

Personeelsswisselingen kunnen in het kader van kwaliteitszorg worden opgevat als verstoringen van de relationele continuïteit van begeleiding. Het ligt voor de hand om aan te nemen dat verstoring in deze continuïteit merkbaar zullen zijn in zowel de teameffectiviteit als de cliënttevredenheid, en wellicht ook op het verband tussen beide.

5.2 Onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is inzicht te verwerven in het verschijnsel personeelsswisselingen in woongroepeteams van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen.

De probleemstelling studie luidt: “Wat is de samenhang tussen personeelsswisselingen (PW), organisatiekenmerken (A), teameffectiviteit (B), en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (C)?” (figuur 5.1)

Figuur 5.1 Kernelementen van de probleemstelling

Op basis van de resultaten van de literatuurverkenningen kunnen de voorlopige onderzoeksvragen uit paragraaf 1.4 nu nader worden uitgewerkt. Dit leidt tot de volgende bijgestelde onderzoeksvragen:

1. Is er een verband tussen organisatiekenmerken en personeelsswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen? (A-PW)

Als relevante organisatiekenmerken (A) vonden we: de instelling als zodanig, het clusterverband van de woongroep, de locatie van de woongroep (socio-woning), de grootte van de woongroep, en de zorgzwaarte van de woongroep.

2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de effectiviteit van het teamfunctioneren (interne effectiviteit)? (PW-B)

Uit de marketingliteratuur blijken de volgende aspecten van het teamfunctioneren (B) relevant voor de effectiviteit: arbeidssatisfactie, roldeelnelijkheid, vertrouwen in eigen functioneren en ervaren autonomie.

3. Is er een verband tussen personeelwisselingen en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (externe effectiviteit), te onderscheiden in technische of inhoudelijke en functionele of relationele kwaliteit van begeleiding? (PW-C)
4. Is er een verband tussen de effectiviteit van het teamfunctioneren en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding? (B-C)
5. Spelen personeelwisselingen een rol bij het eventuele verband tussen de effectiviteit van het teamfunctioneren en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding? (PW-B/C)
6. Hoe kan de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding door de combinatie van de factoren organisatiekenmerken, personeelwisselingen en teameffectiviteit het best worden verklaard? (A-PW-B→C)

DEEL II

6

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de probleemstelling binnen een theoretisch kader geplaatst. Omdat een dergelijk kader in de literatuur tot nu toe niet wordt aangetroffen, wordt getracht dit te construeren op basis van zowel een inhoudelijke als een organisatiegerichte benadering. Dit hoofdstuk begint met een bespreking van de relevantie van de omgeving voor het functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen (6.1). Vervolgens worden de sociale ecologie als inhoudelijk theoretisch model (6.2) en de marketingbenadering als organisatiegericht theoretisch model (6.3) voor de studie van personeelwisselingen beschreven. Er zal worden beargumenteerd dat dit twee weliswaar verschillende, maar uiteindelijk congruente theoretische kaders zijn voor het doel van onze studie. Binnen paragraaf 6.3 zal eveneens worden beargumenteerd dat het woongroepsteam voor het functioneren van bewoners van residentiële instellingen een cruciale ecologische factor vertegenwoordigt; de effectiviteit van het functioneren van dit team staat rechtstreeks in verband met de door cliënten ervaren kwaliteit van begeleiding. Ook wordt binnen deze paragraaf aandacht besteed aan conceptuele en methodologische problemen van het meten van cliënttevredenheid. Op basis van in de literatuur gerapporteerde empirische toetsing van beide theoretische modellen zullen richtinggevend stellingen voor ons onderzoek worden geformuleerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de constructie van het theoretisch kader voor ons onderzoek en de herformulering van de voorlopige onderzoeksvragen uit hoofdstuk 5.

6.1 Verstandelijke beperkingen en omgeving

6.1.1 'Handicap': een functionele visie

De publicatie door de World Health Organization (WHO) van de 'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps' (ICIDH) in 1980, markeert een keerpunt in het denken over 'handicap'. Vóór die tijd overheerste een pathologische visie waarin een handicap meestal gelijk werd gesteld met een ziekte of aandoening óf met de chronische effecten hiervan op lichamelijke of psychische functies. De locus van het probleem ligt binnen het individu. 'Cretinisme', 'syndroom van Down', 'fenylketonurie', 'fragile-X syndroom' en Prader-Willi syndroom zijn voorbeelden van aandoeningen. Benamingen van 'handicaps' zoals blind, doof, kreupel, zwakzinnig zijn voorbeelden van aanduidingen van stoornissen in de zintuigen, motoriek of mentale functies. Het nadeel van de pathologische visie is dat in het geval de aandoening niet te genezen is of de stoornissen niet gecompenseerd of gemitigeerd kunnen worden, de bemoeienis van de gezondheidszorg gereduceerd wordt tot verzorging of verpleging. Vanaf de jaren vijftig van de twintigste eeuw wordt deze visie steeds minder acceptabel gevonden. Mensen met chronische aandoeningen rapporteren dat de reacties van de samenleving op hun stoornis en de belemmeringen die men aantreft in attitudes en toegankelijkheid van de omgeving, erger te vinden dan de stoornis zelf (Braddock & Parish, 2002; WHO-FIC, 2002).

De ICIDH introduceert een meerdimensionale kijk op het ‘menselijk functioneren’ (figuur 6.1). Dit model maakt een onderscheid tussen ‘aandoeningen’, die als etiologie kunnen worden beschouwd, en de consequenties hiervan voor het functioneren op drie niveaus: op orgaan niveau (stoornissen), op niveau van activiteiten van het individu (beperkingen) en op niveau van de respons van de samenleving op de aanwezigheid van stoornissen en beperkingen bij de persoon (handicap). Het toevoegen van de invalshoek van de samenleving leidde tot de mogelijkheid sociale nadelen te formuleren die de persoon ondervindt bij de uitoefening van rollen (in gezin, school, werk, samenleving) als gevolg van stoornissen en/of beperkingen. ‘Handicap’ weerspiegelt derhalve de culturele, sociale en economische consequenties voor het individu van de aanwezigheid van stoornissen en beperkingen. Deze laatste invalshoek wordt vanaf de jaren tachtig zo belangrijk gevonden dat het begrip ‘handicap’ als een *pars pro toto* wordt gehanteerd voor het geheel van problemen in het functioneren.

Het ICIDH model vervult vanaf 1980 een belangrijke rol in de conceptualisering van ‘handicap’ en daarmee in de (internationale) communicatie tussen verschillende disciplines en in wetenschappelijk onderzoek (Halbertsma, 1995; Ten Horn, 1997; Kersten & Schuurman, 2000).

Kernbegrip	Ziekte / aandoening ⇒	Stoornis ⇒	Beperking ⇒	Handicap
Perspectief	Pathologie	Orgaan(funcie)	Activiteit	Sociale context

Figuur 6.1 Relatie tussen de kernbegrippen en perspectieven van de ICIDH

Er kwam ook kritiek op de ICIDH. Deze had betrekking op:

- De sterke suggestie van causaliteit in de sequentie ‘aandoening ⇒ stoornis ⇒ beperking ⇒ handicap’. Betoogd werd dat eerder sprake is van interactie tussen de kernelementen. Met andere woorden: elk element kan elk ander element in het model in elke richting beïnvloeden. Het is zelfs denkbaar dat belemmeringen in het participeren in de samenleving (bijvoorbeeld ten gevolge van discriminatie in woon-, school- of werksituaties) kunnen leiden tot het frustreren van leermogelijkheden, tot langdurige stress en daardoor zelfs tot stoornissen en aandoeningen.
- De negatieve terminologie die stigmatiserend zou werken.
- Het onderwaarderen van de rol van de sociale en maatschappelijke omgeving als bevorderende of belemmerende factor voor het functioneren (Fougeyrollas, 1998; Halbertsma, Heerkens, Hirs, de Kleijn-de Vrankrijker, Van Ravensburg & Ten Napel, 1999; Kraijer, 1993; Rioux, 1997; WCC, 1994).

Na een grondige revisie publiceert de WHO in december 2001 de opvolger van de ICIDH: de International Classification of Functioning, disability and health (ICF) (figuur 6.2).

Figuur 6.2 Model van het menselijk functioneren volgens de ICF (WHO-FIC, 2002)

De aanpassingen in het model betreffen ten eerste de principiële keuze voor een gegeneraliseerd model van het menselijk functioneren dat relevant is voor het beschrijven van zowel ‘gewoon’ als ‘problematisch’ functioneren. Ten tweede werd het kernelement ‘context’ (externe factoren en persoonlijke factoren) toegevoegd. Ten derde geeft het nieuwe model beter de complexe interactie tussen de verschillende elementen weer. Ten vierde wordt gebruik gemaakt van positieve terminologie; de begrippen stoornissen, beperkingen en handicaps verwijzen naar problematische situaties in respectievelijk de ‘functies en anatomische eigenschappen’, de ‘activiteiten’ van de persoon, en zijn maatschappelijke ‘participatie’ (WHO-FIC, 2002).

‘Externe factoren’ verwijzen naar omgevingskenmerken die het functioneren van mensen kunnen bevorderen of belemmeren. Dat wil zeggen dat zij – in interactie met aandoeningen – een positieve of negatieve invloed kunnen uitoefenen op het functioneren van de persoon.

Naast (1) producten en technologie en (2) natuurlijke omgevingen, maken (3) ondersteuning en relaties, (4) attitudes van de omgeving en (5) de beschikbaarheid en toegankelijkheid van diensten en systemen, deel uit van de omgeving. Externe of omgevingsfactoren werken in op elke dimensie van functioneren en op aandoeningen. Wanneer het functioneren van een persoon wordt beïnvloed door een (chronische) aandoening, kan de beschikbaarheid en de effectiviteit van medicijnen, technologische ingrepen en hulpmiddelen, hulpverleners, diensten, regelgeving en beleid dus tot minder of tot meer problemen leiden in het functioneren (stoornissen, beperkingen en participatieproblemen). Deze laatste visie benadrukt het belang van een toegankelijke omgeving, van het recht op ondersteuning en van politieke en juridische instrumenten om dit te bewerkstelligen.

Door de combinatie van zowel het functionalistisch-objectivistisch als het sociaal-systeem perspectief op het verschijnsel ‘handicap’, representeert de ICF in wetenschappelijk opzicht een multi-paradigmatisch model (Mercer, 1992; Switzky

& Greenspan, 2003). Dit maakt het mogelijk om zowel de impact van aandoe-ningen en stoornissen binnen de persoon als de impact van beperkende externe omstandigheden én van hun interactie op een pragmatische manier te combineren (Climens, 2003).

6.1.2 Verstandelijke beperkingen en omgeving

In het meest recente theoretische model van ‘verstandelijke beperkingen’ van de American Association on Mental Retardation (AAMR) worden de dimensies van de ICF teruggevonden (Luckasson et al., 2002; Buntinx, 2002). Het AAMR-model schenkt daarenboven expliciet aandacht aan de rol van ondersteuning voor het functioneren van het individu (figuur 6.3). Daarmee is het niet alleen een beschrij-vingmodel zoals de ICF maar ook een handelingsmodel.

Figuur 6.3 Theoretisch model van ‘verstandelijke beperkingen’ volgens de AAMR (Luckasson et al., 2002)

Het AAMR-model laat zien dat ondersteuning betrekking heeft op alle dimensies van functioneren en daarop een direct effect uitoefent. Omgekeerd beïnvloedt het functioneren ook de ondersteuning. Zo leidt bijvoorbeeld een succesvolle verrui-ming van vaardigheden om zelfstandig te kunnen wonen en reizen (dimensie II: adaptief gedrag) tot andere ondersteuningsbehoeften dan voorheen. Maar ook tot nieuwe mogelijkheden (bijvoorbeeld op gebied van werk en vrije tijd) die op hun beurt weer een aangepaste ondersteuning vragen. Een ander voorbeeld betreft een voortschrijdend verouderingsproces waardoor lichamelijke functies en vaardig-heden afnemen (dimensie IV en II) en waardoor ondersteuning rekening moet houden met een meer beschermende woonomgeving (dimensie V). Gebrekkige of onjuiste ondersteuning – bijvoorbeeld door het ontbreken van voldoende en aan-

gepaste dagbesteding, of door overbescherming waardoor mogelijkheden van de persoon niet worden aangesproken en geen kans krijgen, of door frequente persoonswisselingen – kan leiden tot toename van functioneringsproblemen en vergroot derhalve de ‘handicap’.

Het AAMR model gaat ervan uit dat ondersteuning die rekening houdt met de verschillende dimensies van functioneren en gebruik maakt van relevante hulpbronnen, leidt tot verbetering van het functioneren van een persoon met verstandelijke beperkingen. ‘Verbetering’ moet zowel objectief als subjectief worden opgevat, en dus als ‘kwaliteit van bestaan’ (Van Gennep, 2000; Schalock & Verdugo, 2002). Indien een bepaalde ondersteuningsstrategie in de praktijk niet zou leiden tot verbetering van het functioneren is dit reden tot het opnieuw analyseren en in kaart brengen van de functioneringsdimensies (assessment) en het bijstellen van het ondersteuningsplan (Luckasson et al., 2002; Buntinx, 2003a). De nadrukkelijke functie van ondersteuning verklaart waarom dit model ook wel het ‘ondersteuningsparadigma’ (*support paradigm*) van verstandelijke beperkingen wordt genoemd.

6.1.3 Het ecologisch karakter van ondersteuning

Het ondersteuningsconcept is gebaseerd op twee uitgangspunten.

Het eerste uitgangspunt is het wetenschappelijke paradigma van het contextualisme of het ecologisch model. Dit stelt dat het functioneren van mensen begrepen moet worden vanuit de interactie tussen individu en omgeving. Twee zaken zijn daarbij van belang. Ten eerste, verwijst ‘omgeving’ in dit verband niet alleen naar de directe fysieke en sociale setting waarin het individu zich bevindt, maar ook naar de bredere omgeving waarbinnen deze setting is ingebed: organisaties, instituties, culturele en historische situaties. Ten tweede, de interactie tussen individu en omgeving is dynamisch. Dat wil zeggen dat omgevingen niet constant zijn, maar dat ook individuen geen constante zijn in hun interactie met de omgeving. De omgeving beïnvloedt gedrag en ontwikkeling van mensen, maar mensen oefenen zelf ook invloed uit en veranderen hun omgevingen. Daarenboven veranderen mensen door ontwikkeling en veroudering.

Het tweede uitgangspunt is normatief en betreft het sociaal-politieke beginsel van het egalitarisme. Dit stelt dat alle mensen op sociaal, politiek en economisch gebied gelijke rechten bezitten. Dit gelijkheidsbeginsel is verankerd in het handvest van de Verenigde Naties (1945) en in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948). In 1971 aanvaardden de Verenigde Naties de Universele Verklaring van de Rechten van Verstandelijk Gehandicapten, gevolgd in 1975 door de Verklaring van de Rechten van Mensen met een Handicap. Beide laatste verklaringen bevestigen en verbijzonderen voor mensen met een handicap het gelijke recht op toegang tot sociale, politieke en economische hulpbronnen van de samenleving alsmede het individuele recht op nastreven van persoonlijke ontplooiing en geluk. De sociaal-politieke condities voor deze gelijkheid werden door de Verenigde Naties als internationale richtlijn vastgelegd in de *Standard Rules on the Equalization of*

Opportunities for Persons with Disabilities (Federatie van Ouderverenigingen, 1999; Gorter, Bougie & Van der Pijl, 2000; United Nations, 1994). In Nederland en Vlaanderen is dit uitgangspunt bekend als het Burgerschapsparadigma (Van Gennep, 1997; Van Gennep en Steman, 1997; Van Gennep, 2000). Het ondersteuningsconcept is daarmee zowel wetenschappelijk als maatschappelijk gesitueerd.

De AAMR definieert ondersteuning als het geheel aan hulpbronnen (resources) en strategieën om de ontwikkeling, de opvoeding, de belangen, het persoonlijke welzijn en het algemene individuele functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen te bevorderen. Het individuele functioneren is het resultaat van de interactie tussen enerzijds de competenties van het individu in relatie tot de eisen en verwachtingen van de omgeving en anderzijds de ondersteuning die een persoon ontvangt.

Er worden twee soorten ondersteuningssystemen onderscheiden.

Natuurlijke ondersteuningssystemen. Deze zijn de persoon zelf (gebruik makend van eigen vaardigheden en persoonlijke hulpbronnen) en personen en hulpbronnen die beschikbaar zijn in de natuurlijke omgeving van de persoon. Te denken valt aan ouders, familieleden, en vrienden, maar ook aan burens, collega's, medeleerlingen en ook aan algemene (voor alle burgers beschikbare en toegankelijke) voorzieningen van de samenleving op gebied van bijvoorbeeld transport, huisvesting, onderwijs, werk, vrije tijd, gezondheidszorg, winkelen, informatievoorziening.

Gespecialiseerde ondersteuningssystemen. Dit zijn personen en dienstenorganisaties die zich speciaal richten op het ondersteunen van mensen met een (verstandelijke) handicap zelf, hun familie en vrienden, maar ook op professionals in de algemene dienstverlening. Het betreft medewerkers die een opleiding of training hebben genoten en die zich individueel of in de context van een dienstenorganisatie speciaal bezig houden met (ondersteunings)problemen van mensen met verstandelijke beperkingen. Voorbeelden zijn: persoonlijke assistenten en begeleiders, activiteitenbegeleiders, leraren in het speciaal onderwijs, job coaches, pedagogen, psychologen, AVG-artsen, maatschappelijk werkers en consulenten. Een huisarts die iemand met verstandelijke beperkingen behandelt behoort tot de 'natuurlijke ondersteuningsbronnen'; een AVG-arts die zijn collega daarbij adviseert of assisteert behoort tot de 'gespecialiseerde ondersteuningsbronnen'.

Ondersteuningssystemen kunnen in concentrische cirkels worden weergegeven (figuur 6.4) waarbij de persoon zelf (1) in het centrum staat; daar omheen staan familie en vrienden (2); vervolgens informele contacten (3) zoals burens, collega's, medeleerlingen en vrijwilligers; dan volgen algemene zorg- en dienstverlening (4); en uiteindelijk gespecialiseerde zorg- en dienstverlening (5) (Luckasson et al., 2002, p. 185). Deze ondersteuningssystemen worden ook wel aangeduid met de begrippen 'sociale netwerk' van de persoon (cirkel 2 en 3) en 'sociale vangnet' (cirkel 4 en 5) (Van Gennep & Steman, 1997).

Het ondersteuningsparadigma houdt in dat zoveel als mogelijk ondersteuning plaats vindt binnen het natuurlijke systeem in de eigen omgeving van de persoon (de

cirkels 1,2,3,4) en dat het gespecialiseerde systeem (cirkel 5) in de eerste plaats het natuurlijke ondersteunt en daar niet onnodig voor in de plaats komt. Onze studie heeft betrekking op residentiële instellingen, en dus op gespecialiseerde systemen. Naarmate deze instellingen als alternatief voor een verblijf in de samenleving worden opgevat omvatten ze meer plaatsvervangende functies (paragraaf 2.2.1).

Figuur 6.4 Ondersteuningssystemen volgens de AAMR (Luckasson et al., 2002, p.185) (Verklaring: zie tekst)

Het ecologische karakter van ‘verstandelijke beperkingen’ en van ‘ondersteuning’ betekent dat de activiteiten van een gespecialiseerde instelling niet los kunnen worden gezien van de overige ondersteuningssystemen. Wetenschappelijk onderzoek van situaties waarin mensen met verstandelijke beperkingen zich letterlijk *binnen* de organisatie bevinden (daar wonen, dagbezigeden hebben en recreëren), heeft behoefte aan een nader uitgewerkt theoretisch model waarin relaties tussen de persoon, zijn familie en professionele hulpverleners worden verhelderd. Voor de organisatie is het van cruciaal belang de *interface* of het raakvlak tussen organisatie en cliëntsysteem goed te begrijpen. De sociale ecologie biedt daartoe mogelijkheden.

In de paragraaf 6.2 wordt de sociale ecologie toegelicht. Dit theoretisch model maakt het mogelijk een inhoudelijk verband te leggen tussen het functioneren (van mensen met verstandelijke beperkingen), ondersteuning en de organisatie van ondersteuning. In paragraaf 6.3 wordt daarna een verband gelegd tussen (de ervaring van het) functioneren, ondersteuning en organisatie van ondersteuning aan de hand van een marketingmodel. Beide benaderingen blijken congruent te zijn. Dat betekent dat de organisatorische invalshoek om personeelsswisselingen te bestuderen congruent is met de inhoudelijke invalshoek en hiermee niet in tegenstelling is.

6.2 De sociale ecologie

De ecologie heeft haar wortels in de biologie waar de term voor het eerst werd gebruikt door de Duitser Ernst Haeckel (1834-1919). Hij verwees hiermee naar de relaties van een organisme met zijn organische en anorganische omgeving – een zienswijze die voor het eerst door Theophrastus (372-287 v.Chr.) in zijn studies over planten werd geformuleerd. Het begrip ‘ecologie’ heeft de Griekse stam ‘oikos’, hetgeen ‘huis’, ‘huishouden’, ‘woonplaats’ betekent. Het betreft overigens dezelfde stam als in het begrip ‘economie’. In ruime zin verwijst ecologie naar de

studie van de relaties tussen organismen en hun omgeving (Smith, 2004). Wetenschappers als Kurt Lewin en Roger Barker introduceerden een ecologische benadering in de psychologie voor zover zij gedrag niet vanuit persoonspecifieke kenmerken zoals aangeboren disposities en persoonlijkheidstrekken trachtten te verklaren, maar de invloed van de context mede als verklaringsgrond van gedrag namen. Deze context kan worden opgevat als de subjectieve beleving van de omgeving door het individu en de psychische organisatie daarvan (Lewin) of als objectieve kenmerken die de waarschijnlijkheid van een bepaalde gedragsrespons beïnvloeden (Barker) (Barker, 1965; Lewin, 1935; Fuhrer, 1990). Het model kan worden samengevat in de formule $B = f(P \times E)$. Gedrag (Behavior) is functie van de interactie van persoon (Person) en omgeving (Environment) (Lewin, 1935, p. 73).

Het ecologische model werd eveneens geïntroduceerd in de sociologie, epidemiologie, psychiatrie en organisatie-theorie. Waar het gaat om de studie van sociale en sociaal bepaalde omgevingen (inclusief organisaties, instituties en culturen), spreekt men van 'sociale ecologie'. Toepassing van het theoretische model vond plaats in studies op het gebied van de menselijke ontwikkeling (Bronfenbrenner, 1979, 1986, 1994 & 1999; Friedman & Amadeo, 1999; Moen, Elder & Lüscher, 1995; Stokols, 1999), geestelijke gezondheidszorg en psychopathologie (Cicchetti & Cohen, 1995; Moos, 1974; Moos & Insel, 1974), onderwijs (Talbert & McLaughlin, 1999), organisatiekunde (Hannan & Freeman, 1977; Hrebiniak & Joyce, 1985) en in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen (Berkson, 1978; Garber, 1988; Heller, Miller & Hsieh, 2002; Landesman, Dossett & Echols, 1996; Nihira, Weisner & Bernheimer, 1994; Romer & Berkson, 1980; Schalock & Kiernan, 1990; Schoggen, 1978). Het ecologische model is bij uitstek geschikt voor het integreren van multidisciplinaire benaderingen van omgevingen (Moos, 1974).

De sociale ecologie wordt niet alleen gebruikt als wetenschappelijk model voor onderzoek maar ook als referentiekader voor klinische en praktische toepassingen zoals behandeling van gedragsproblemen en integratievraagstukken (Berry, 1995; Dunn, Brown & McGuigan, 1994; Van Gennep, 1995a, 1995b; Van der Ploeg, 1990; Schartman, 2001; Vermeer, 1997). Praktijkttoepassing wordt mede bevorderd door de impliciete waardegerichtheid van de sociale ecologie: de relatie tussen organisme en omgeving wordt bekeken vanuit het perspectief de overleving(skansen) of de kwaliteit van het functioneren van het 'organisme' (individu, groep, organisatie) te bevorderen. Sociale ecologie is gericht op het verzamelen en aanwenden van kennis in relatie tot het zo effectief mogelijk functioneren van mensen en het verbeteren van de kwaliteit van hun omgeving (Moos, 1974).

Het begrip 'sociale ecologie' wordt in de literatuur in twee betekenissen gehanteerd. De eerste betekenis stelt de interactie tussen mens en omgeving als zodanig centraal. Dit perspectief wordt met name door Bronfenbrenner gehanteerd en betreft een (longitudinale) procesbenadering. De tweede betekenis stelt de omgevingsfactoren en de samenhang tussen omgevingsfactoren van uiteenlopende aard

centraal, voor zover deze relevant zijn voor het functioneren van mensen (Landesman, Dossett & Echols, 1996). Beide benaderingen zijn complementair. We zullen nu aan de sociaal ecologische theorie een aantal basisconcepten ontleen voor de constructie van het theoretisch model van onze studie. Daartoe worden de structuur van de omgeving en een aantal relevante processen besproken.

6.2.1 Conceptualisering van de ondersteuningsomgeving

Volgens Bronfenbrenner kan de omgeving worden opgevat als een hiërarchie van geneste structuren rond het individu, te vergelijken met een set in elkaar passende Russische poppen. De meest directe omgeving rond het individu is opgenomen binnen een daaromheen liggende structuur die op haar beurt weer is genest in een hogere structuur. Deze structuren zijn met elkaar verbonden en vertonen wisselwerking; gebeurtenissen in één omgevingsstructuur leiden tot effecten in de andere. Het gaat binnen elk van deze structuren om dynamische en met elkaar samenhangende processen waarin het individu direct of indirect is betrokken; hij spreekt dan ook van systemen. Bronfenbrenner definieert de volgende systemen (Bronfenbrenner, 1979, p. 21-42; 1986).

Het *microsysteem*: een patroon van activiteiten, rollen en interpersoonlijke relaties die de persoon ervaart binnen een gegeven setting.

Een setting is een plaats waar *face-to-face* relaties kunnen plaatsvinden zoals bijvoorbeeld het gezin, een club, een woongroep van een residentiële instelling of een activiteitengroep. Het begrip 'ervaart' verwijst zowel naar subjectief ervaren als naar objectieve kenmerken van de omgeving. 'Activiteiten, rollen en relaties' zijn de bouwstenen van een microsysteem. *Deze activiteiten, rollen en relaties moeten regelmatig en over een langere tijdsperiode plaatsvinden om een effect op het functioneren te hebben.*

Het *mesosysteem*: de verzameling van twee of meer microsystemen waarin de persoon participeert en de wederzijdse relaties tussen deze settings.

Het mesosysteem is dus een systeem van microsystemen zoals bijvoorbeeld voor een cliënt van een residentiële instelling, de woongroep, zijn familie, de activiteiten-groep of schoolklas.

Het *exosysteem*: dit verwijst naar één of meerdere settings waarin de persoon niet direct persoonlijk en actief aanwezig is, maar waarbinnen gebeurtenissen plaatsvinden die invloed hebben op, of worden beïnvloed door de settings waarin de persoon functioneert. Het betreft bijvoorbeeld andere woongroepen in dezelfde instelling, een organisatiecluster waartoe de woongroep behoort, management-organen van de instelling waaronder ook bewoners- en cliëntenraad, andere instellingen in de regio, zorgkantoren, maar ook de werkkring van ouders of hun vriendenkring.

Het *macrosysteem*: dit verwijst naar de consistentie naar vorm en inhoud van micro-, meso- en exosystemen op het niveau van de cultuur of samenleving (natie).

In de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen gaat het om de wet- en regelgeving, beleidsvizies en hulpverleningsconcepten die relevant zijn voor de daaronder liggende systemen. Bijvoorbeeld gaat het om de AWBZ, de systemen van indicatiestelling en financiering, de BOPZ, concepten als 'Kwaliteit van Bestaan', en wetenschappelijke modellen van 'handicap' zoals de besproken ICF en het AAMR model.

Het *chronosysteem*: betreft de tijdsdimensie die het mogelijk maakt veranderingen in de eerder genoemde systemen en de ontwikkeling van de persoon te beschrijven.

Figuur 6.5. Hiërarchisch model van omgevingsstructuren (naar Bronfenbrenner, 1978 en Wachs, 1999, p. 361)

Figuur 6.5 illustreert globaal de structuur van de omgeving. In werkelijkheid zijn de geneste structuren veel complexer onder meer omdat binnen het mesosysteem van een persoon meerdere microsystemen thuishoren: een persoon functioneert immers binnen meerdere microsystemen zoals gezin, schoolklas, werksituatie, woongroep. De hogere structuren kunnen een rechtstreeks maar ook een mediërend of een modererend effect hebben op processen binnen de lagere structuren. De relaties tussen de verschillende systemen zijn niet symmetrisch: de impact van 'hogere' systemen op het individu is groter dan omgekeerd.

Naast de verschillende niveaus van de omgeving kunnen verder verschillende dimensies van de omgeving worden onderkend. Hier zijn vele invalshoeken mogelijk, maar de meest gangbare zijn (Moos, 1974; Schalock & Kiernan, 1990):

1. geografische en klimatologische aspecten;
2. fysieke en architectonische kenmerken;
3. organisatiekenmerken (structuur, processen en stabiliteit);
4. kenmerken van personen die zich binnen de setting bevinden (bijvoorbeeld medebewoners en begeleiders);
5. het sociale klimaat (de omgeving zoals de persoon die ervaart);
6. de functionele kenmerken van de omgeving: dit zijn de discriminatieve stimuli en de respons van de omgeving op het gedrag van het individu.

Voor onze studie over personeelswisselingen zijn vooral de dimensie 3, 4 en 5 van belang.

De impact van alle systemen culmineert in de persoonlijke interacties die het individu heeft binnen zijn microsystemen. Microsystemen mediëren als het ware de invloed van alle andere systemen. De elementaire bouwsteen van deze persoonlijke interacties is de dyade. Een dyade bestaat uit een één op één relatie van twee personen waarvan één het beschouwde individu is (bijvoorbeeld een bewoner in een woongroep van een residentiële instelling) en de andere een persoon uit het beschouwde microsysteem (bijvoorbeeld een groepsleider of een familielid). Een dyade is pas relevant binnen de context van doelgerichte, concrete activiteiten die in tijd en plaats kunnen worden gedefinieerd (molare activiteiten). Dit kan bijvoorbeeld zijn: samen deelnemen aan een maaltijd, TV kijken, voorlezen, samen winkelen, een uitstap maken of het samen doen van huishoudelijke activiteiten. Kenmerken van de dyade zijn (1) reciprociteit (wat A doet beïnvloedt wat B doet en vice versa), (2) balans (de bewoner heeft kans om invloed uit te oefenen op de situatie en om zelfstandiger te functioneren; verschillen in macht of invloed van betrokkenen worden positief ten voordele van de bewoner aangewend), en (3) een affectieve relatie tussen de personen van de dyade (deze kan positief, negatief of ambivalent zijn).

De activiteiten en relatiepatronen binnen de dyade worden mede bepaald door de verwachtingen van de samenleving. Het gaat daarbij om sociale rollen die vervuld worden: bijvoorbeeld die van 'cliënt van de instelling' en van 'groepsleider'.

De dyades van bewoners en groepsleiders in een woongroep zijn dus van uitermate groot belang in het kader van de effectiviteit en de kwaliteit van de hulpverlening. Dyades zijn de daadwerkelijke plaatsen van ontmoeting van de bewoners met het team van groepsleiders; het zijn de uiteindelijke interfaces tussen cliënten en verder alles waar de organisatie, haar functie en haar inbedding binnen een bredere context van beleid en regelgeving voor staat. Met andere woorden, de waarden zoals die zijn opgenomen in de missie en de visie van de instelling maar ook in het (landelijke) beleid, en de pretenties en de ambities van het hele ondersteuningssysteem bereiken de cliënt via de dyades van cliënten en groepsleiders (Hatton, Emerson, Rivers, Mason, Mason, Swarbrick, Kiernan, Reeves & Alborz, 1999).

Het cruciale belang van de dyade als interface tussen individu en omgeving is bijvoorbeeld aangetoond in het Milwaukee project dat de invloed van (zeer) nadelige en kansarme omgevingen bestudeerde op de cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen met verstandelijke beperkingen: de moeder of primaire verzorger blijkt een belangrijke mediërende rol te spelen bij de invloed van de omgeving op de (cognitieve) ontwikkeling van kinderen met verstandelijke beperkingen (Garber, 1988). Zo bleek het effect van extreem ongunstige sociale omgevingscondities (armoede) op de ontwikkeling van het kind sterk afhankelijk van de kwaliteiten van de primaire verzorger en zijn of haar relatie met het jonge kind. Ook in professionele zorgsituaties (met name voor het bereiken van positieve hechting) is het cruciale belang van dyades tussen groepsleiders en kinderen vastgesteld (Goossens & IJzendoorn, 1990).

6.2.2 Voorwaarden voor gunstige interacties

Op basis van resultaten van empirische toetsing van Bronfenbrenner's theorie kunnen voorwaarden worden geformuleerd waaronder dyades binnen microsystemen gunstig zijn voor de ontwikkeling en het functioneren van mensen. Toegepast op de situatie van bewoners van een woongroep binnen een residentiële instelling leidt dat tot de volgende condities. Tenzij anders aangegeven zijn deze geformuleerd op basis van Bronfenbrenner (1974, 1986 en 1999).

1. Een duurzame emotionele band tussen bewoner en groepsleider werkt faciliterend voor de ontwikkeling en het functioneren van de bewoner.
2. Positieve en ondersteunende relaties van groepsleiders met derden (binnen of buiten de organisatie) hebben een positief effect op de dyade groepsleider – bewoner. Deze stelling komt overeen met de sociale steun die groepsleiders ontvangen van collega's, vrienden, hun familie, en van anderen in de organisatie. Hierdoor wordt de groepsleider effectiever in het ondersteunen van de bewoner (Cohen & Wills, 1985; Tausig, 1992).
3. Bewoners functioneren binnen meerdere microsystemen, bijvoorbeeld hun woongroep en hun familie. Een ondersteunende verbinding tussen twee microsystemen bevordert de ontwikkeling en het functioneren binnen elk van de microsystemen. Een verbinding is ondersteunend wanneer er sprake is van wederzijds vertrouwen, een gezamenlijke positieve oriëntatie op het welzijn van de bewoner en consensus over de doelen van de hulpverlening. De ondersteunende verbinding kan direct of indirect zijn. Directe verbindingen betreffen directe contacten tussen groepsleiders en voor de bewoner belangrijke familieleden. Indirecte verbindingen betreffen contacten tussen groepsleiders en familie via een derde relevante persoon (bijvoorbeeld, een leidinggevende of maatschappelijk werker in de organisatie).
4. Tevredenheid over de onderlinge communicatie tussen leden van verschillende microsystemen (groepsleiders en familieleden van een bewoner) faciliteert het functioneren van de persoon binnen deze systemen. Naarmate deze

communicatie meer in persoonlijke contacten plaats vindt, is dit meer bevorderlijk voor het functioneren van de bewoner.

5. Directe en effectieve contacten van groepsleiders (uit het microsysteem) met relevante 'machtscentra' (exosystemen waar beslissingen over bewoners, groepsleiders en budgetten van de woongroep worden genomen) bevorderen het functioneren van bewoners van de betreffende woongroep. Het gaat hierbij dus om positieve contacten tussen groepsleiders, hun leidinggevend en medewerkers van verschillende ondersteunende diensten.
6. De kans op vooruitgang in functioneren neemt toe wanneer bewoners ook andere settings betreden dan de eigen woongroep. Een verhuizing naar een andere woongroep biedt in dit verband kansen op vooruitgang, mits de persoon voldoende en juiste ondersteuning krijgt om zijn vaardigheden en mogelijkheden verder te ontwikkelen.
7. *Instabiliteit en discontinuïteit van de begeleidingsomgeving schaden consistentie en helderheid van de sociale rollen binnen het microsysteem.* Stabiliteit heeft te maken met voorspelbaarheid en de mogelijkheid voor het individu een zekere controle uit te oefenen op de omgeving ('wat het individu doet, doet ertoe') en vermindert stress. Stabiliteit is niet alleen een objectief kenmerk van de omgeving maar ook een subjectieve beleving.

Daarnaast staat stabiliteit niet los van de kwaliteit van de omgeving. Het is onjuist te stellen dat grotere stabiliteit zondermeer beter is. Bijvoorbeeld: vertrek van disfunctionerende groepsleiders kan de kwaliteit van het microsysteem verbeteren en een verhuizing naar een woongroep met meer kansen en uitdagingen betekent weliswaar discontinuïteit maar biedt positieve kansen voor ontwikkeling en functioneren (Wachs, 1999, p. 370-372; Luckasson et al., 1992, p. 95; Schalock & Kiernan, 1990).

In het kader van ons onderzoek naar personeelsswisselingen in woongroepen leiden deze bevindingen uit de sociale ecologie tot een aantal richtinggevende stellingen voor ons onderzoek.

- Personeelsswisselingen kunnen worden opgevat als verstoringen van de voor effectieve begeleiding noodzakelijke stabiliteit in het microsysteem van de woongroep (condities 1 en 7).
- Het functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen in een woongroep kan niet los worden gezien van de context van hun familie en andere relevante microsystemen. Verstoringen van de relaties tussen microsystemen leiden immers tot effecten in de microsystemen waarbinnen de persoon zich bevindt. Personeelsswisselingen kunnen worden gezien als storende factor in de relatie tussen twee belangrijke microsystemen (woongroep en familie), in het bijzonder in de opbouw en het behoud van het vertrouwen van de familie in de (kwaliteit van de) hulpverlening in het algemeen en in het team van groepsleiders in het bijzonder (condities 2, 3 en 4).

- De woonomgeving van mensen met verstandelijke beperkingen in residentiële voorzieningen is tevens werkomgeving van de medewerkers. De wijze waarop groepsleiders hun functioneren binnen de organisatie ervaren is relevant voor de effectiviteit van hun begeleiding (condities 2 en 5). Personeelswisselingen verstoren de relaties tussen medewerkers en cliënten: dit wordt gereflecteerd in de tevredenheid van groepsleiders over hun contacten met het cliëntstelsel en over de effectiviteit van hun functioneren als team (condities 1 en 4).

In residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen vinden de hierboven beschreven processen plaats binnen de context van een dienstenorganisatie. Het microsysteem van de woongroep maakt daarmee deel uit van een ruimer ecologisch systeem (in termen van Bronfenbrenner zowel meso- als exosystemen). Het naast-hogere systeem waarbinnen de woongroep is ingebed, is de instelling. Organisatiekenmerken van de instelling in het algemeen en kenmerken van de woongroep (structuren en processen) in het bijzonder zijn daarmee van belang voor de effectiviteit van de begeleiding.

In de volgende paragraaf zal worden beargumenteerd dat theorieën over de interactie tussen *frontline* medewerkers en cliënten in dienstenorganisaties congruent zijn met de sociaal-ecologische theorie van ontwikkeling en functioneren. Het doel van deze exercitie is een verband te leggen tussen enerzijds de meer inhoudelijk georiënteerde sociale ecologie (met betrekking tot ondersteuning van mensen met verstandelijke beperkingen) en anderzijds de organisatie-theorie met betrekking tot marketing die relaties tussen de organisatie en haar cliëntgroepen beschrijft.

6.3 Organisatietheorie

In hoofdstuk 4 werd betoogd dat een residentiële instelling kan worden opgevat als een dienstenorganisatie en dat marketingmodellen relevante kaders vormen voor het organiseren en managen van deze instellingen. Voor de door het cliëntstelsel ervaren kwaliteit van begeleiding werd het cliënttevredenheid-model van Grönroos gekozen en een aantal uit onderzoek bekende antecedenten van cliënttevredenheid werden geïnventariseerd.

We zullen nu dieper ingaan op de het theoretische verband tussen cliënttevredenheid en deze antecedenten binnen de dienstenorganisatie.

6.3.1 Functioneren van het dienstenteam

De kwaliteit van de directe werkomgeving van medewerkers in dienstenorganisaties wordt sterk bepaald door hun beleving van werktaken, van hun collega's en van de bredere organisatie. In dienstenorganisaties ervaren medewerkers hun eigen vaardigheden en hun mogelijkheden (bevoegdheden) om resultaten met of voor de cliënt te boeken als belangrijke voorwaarden voor het leveren van goede diensten

en voor de tevredenheid van de cliënten. Het gevoel effectief bij te kunnen dragen tot tevredenheid van cliënten maakt een belangrijk deel uit van hun arbeidstevredenheid (Heskett, Jones, Loveman, Sasser & Schlesinger, 1994).

Binnen deze constatering zijn twee zaken van belang. Ten eerste, het bestaan van een verband tussen de tevredenheid van medewerkers en die van cliënten. In een dienstenorganisatie kunnen, volgens Heskett et al., beide als elkaars spiegelbeeld worden gezien. Met name binnen dienstenorganisaties met een langdurige relatie tussen dienstverlener en cliënt zou er een sterk verband bestaan tussen arbeidssatisfactie van medewerkers en tevredenheid van cliënten. *Front-line* medewerkers moeten dan wel lang genoeg op hun positie blijven opdat afzonderlijke contacten met cliënten kunnen uitgroeien tot een relatie waarin zij elkaar sneller begrijpen en er minder misverstanden kunnen ontstaan over de behoeften van de cliënt en over waarden die voor beide partijen in hun transacties belangrijk zijn. Continuïteit en consistentie in cliëntcontacten zijn dus van groot belang voor het opbouwen en behouden van cliëntspecifieke kennis. Ten tweede, de arbeidssatisfactie van medewerkers heeft betrekking op meerdere aspecten zoals (1) arbeidsomstandigheden, (2) de manier waarop hun baan tegemoet komt aan hun persoonlijke behoeften (interne marketing), (3) hun relaties met collega's en (4) de mate waarin zij het gevoel hebben te slagen in hun opdracht ten aanzien van de cliënten. De relaties met collega's verwijzen zowel naar hun relatie met collega's in hetzelfde team als naar hun ervaring van ondersteuning vanuit de *back-office* functies van de organisatie. Deze relaties zijn belangrijk omdat zij een bron zijn van sociale steun die zowel bijdraagt aan arbeidssatisfactie als aan de preventie van emotionele uitputting (Tummers, Janssen, Landeweerd & Houkes, 2001). Frequente personeelsswisselingen zijn niet bevorderlijk voor het geven van onderlinge sociale steun (Tummers, Van Merode & Landeweerd, 2002).

Medewerkers die het gevoel hebben niet (voldoende) tegemoet te (kunnen) komen aan in hun ogen legitieme behoeften en vragen van de cliënt, ervaren minder arbeidssatisfactie, ook al zijn ze tevreden met hun arbeidsvoorwaarden, hun werkomstandigheden en hun collega's. Uit onderzoek blijkt dat er een verband bestaat tussen verloop van medewerkers en een lagere kwaliteit van dienstverlening en lagere klanttevredenheid. (Heskett, Sasser & Schlesinger, 1997; Schlesinger & Heskett, 1991; Wetzels, 1998). Deze onderzoeken laten zien dat lage arbeidssatisfactie en hoog verloop beide een eigen negatief effect hebben op cliënttevredenheid. Wanneer aan verloop nog eens extra discontinuïteit in de vorm van personeelsswisselingen in het woongroepsteam wordt toegevoegd, mag worden aangenomen dat een hogere frequentie van personeelsswisselingen – ook bij gelijk verloop op instellingsniveau – in de perceptie van cliënten van residentiële instellingen (bewoners en hun familie) leidt tot lagere tevredenheid met de kwaliteit van dienstverlening.

Hartline en Ferrell (1996) deden onderzoek naar de medewerkers-client interface met betrekking tot klanttevredenheid in dienstenorganisaties en stelden op basis hiervan een empirisch model op (tabel B6.1). Dit model bevat een aantal empirisch

relevant gebleken factoren voor de effectiviteit van een dienstenteam, uitgedrukt als door cliënten ervaren kwaliteit van dienstverlening. In de context van ons onderzoek leidt hun model tot de volgende beweringen:

1. Er is een positief verband tussen de arbeidssatisfactie van *front-line* medewerkers en de door cliënten waargenomen kwaliteit van dienstverlening.
2. Er is een positief verband tussen het vertrouwen van *front-line* medewerkers in eigen doelmatigheid en de door cliënten waargenomen kwaliteit van dienstverlening.
3. Er bestaat een positief verband tussen ervaren rolduidelijkheid bij *front-line* medewerkers en arbeidssatisfactie.
4. Er bestaat een positief verband tussen ervaren rolduidelijkheid bij *front-line* medewerkers en vertrouwen in eigen doelmatigheid.
5. Er bestaat een negatief verband tussen de mate waarin de organisatie eigen initiatief en zelfstandigheid (empowerment) van *front-line* medewerkers bevordert en de door hen ervaren rolduidelijkheid (grotere mate van zelfstandigheid leidt tot meer rolconflicten en daarmee tot lagere rolduidelijkheid).

Ook uit onderzoek van Wetzels (1998) blijkt dat er in een dienstenorganisatie een relatie bestaat tussen rolduidelijkheid en arbeidssatisfactie: onduidelijkheid over te vervullen taken leidt tot minder arbeidssatisfactie (zie punt 3 hierboven). Empowerment heeft volgens de studie van Wetzels echter een direct en positief verband met arbeidssatisfactie. Empowerment en rolduidelijkheid zijn eveneens gerelateerd: grotere autonomie voor het nemen van beslissingen gaat gepaard met hogere rolduidelijkheid (dit is duidelijk een andere bevinding dan bij Hartline en Ferrell). De relatie tussen rolduidelijkheid en de kwaliteit van het werk van groepsleiders is ook in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen aangetoond (Blumenthal, Lavender & Hewson, 1998).

In het kader van ons onderzoek naar personeelwisselingen in woongroepen leiden deze bovenstaande organisatiethoretische bevindingen met betrekking tot de effectiviteit van het teamfunctioneren van *front-line* medewerkers in dienstenorganisaties tot een aantal richtinggevende stellingen:

- Personeelwisselingen kunnen worden opgevat als verstoringen van de arbeidssatisfactie en de rolduidelijkheid van groepsleiders (Heskett en Schlesinger, 1991; Wetzels, 1998).
- Er bestaat een relatie tussen enerzijds arbeidssatisfactie, rolduidelijkheid, het vertrouwen in eigen doelmatigheid en de ervaren empowerment van groepsleiders en anderzijds de door familie waargenomen kwaliteit van begeleiding (Hartline en Ferrell's conclusies 1,2,3,4 en 5).
- Personeelwisselingen gaan gepaard met een lagere door familie van cliënten ervaren kwaliteit van begeleiding (afgeleid uit de twee vorige beweringen).

6.3.2 Het meten van cliënttevredenheid

In paragraaf 4.1.5 werd de relatie tussen de begrippen ‘cliënttevredenheid’ en ‘kwaliteit van zorg’ besproken. Hoewel het hier afzonderlijke begrippen betreft zijn ze in de praktijk van dienstverlening nauw met elkaar verbonden (De Vries & Goud, 2003). Het gaat in beide gevallen om de afweging tussen ervaringen en behoeften of verwachtingen; over de mate waarin naar het oordeel van de cliënt, aan zijn verwachtingen of vraag wordt voldaan. Het onderzoek naar cliënttevredenheid kent echter een aantal zowel conceptuele als methodologische problemen. Alvorens dit begrip voor ons onderzoek te operationaliseren (hoofdstuk 7) wordt in deze paragraaf hieraan aandacht besteed.

1 *Problemen bij het meten van cliënttevredenheid*

Cliënttevredenheid wordt meestal opgevat als een samenspel van cognitieve afwegingen en emotionele belevingen met betrekking tot de ervaring van een product of een dienst als geheel, of van een deelaspect daarvan (Harteloh, Sprij & Casparie, 1992). Steeds vaker worden cliënttevredenheidsmetingen als indicator van kwaliteit vanuit het gebruikersperspectief toegepast. Kwaliteitsmodellen zoals het INK en het MKG voorzien hier ook nadrukkelijk in (INK, 2001a, 2001b; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2000).

Cliënttevredenheid over de kwaliteit van een dienst wordt algemeen opgevat binnen een discrepantiemodel. Dit model stelt dat ‘tevredenheid’ de uitkomst is van een afweging tussen behoeften en ervaringen. Behoeften worden uitgedrukt in de verwachtingen die men heeft van de dienstverlening. Cliënttevredenheid is afhankelijk van het verschil tussen de beleving (b) en de a-priori verwachting (v) die de cliënt van de waarde van de dienst had (Harteloh, Sprij & Casparie, 1992):

$$\text{cliënttevredenheid} = \frac{(b) - (v)}{(v)}$$

Het besproken model van Grönroos (paragraaf 4.1.5 en figuur 4.2) is duidelijk een vertegenwoordiger van dit discrepantiemodel. Aan het discrepantiemodel liggen een aantal veronderstellingen ten grondslag (Williams, 1994). Zo gaat het Grönroos-model er van uit dat mensen die een dienstenrelatie aangaan dit doen met bepaalde a-priori verwachtingen en dat zij de bereidheid en het vermogen bezitten om de kwaliteit van deze relatie te evalueren. Impliciet wordt binnen dit model aangenomen dat verwachtingen en ervaring onafhankelijk van elkaar bestaan. Verder wordt aangenomen dat cliënten autonome en kritische consumenten zijn van de diensten van de aanbieder en dat ‘tevredenheid’ een onafhankelijk fenomeen is en niet een artefact van de gebruikte vragenlijsten. Deze kritische beschouwingen van Williams zijn voldoende reden om het discrepantiemodel nader te onderzoeken.

Een eerste moeilijkheid van het discrepantiemodel is de conceptualisering van verwachte dienstverlening. Verwachtingen kunnen worden gezien als (1) ideale verwachtingen, gebaseerd op een idealistisch beeld van de dienst; (2) realistische of pragmatische verwachtingen, gebaseerd op eigen ervaringen of ervaringen van anderen; (3) normatieve verwachtingen, als opvattingen over wat de dienst zou moeten inhouden of in staat zou moeten zijn om te leveren of waar de cliënt recht op heeft; (4) diffuse verwachtingen, wanneer de gebruiker geen verwachtingen koestert of deze niet kan of wil formuleren, hetzij uit vrees (de dienst te verliezen) of onder invloed van sociale druk. Daarenboven worden de verwachtingen van een cliënt beïnvloed door zeer uiteenlopende factoren waaronder informatie, stemmingen en emoties, de rol van de cliënt, sociale normen en belangen (McKinley, Stevenson, Adams & Scott, 2002; Pieters, 1995; Thompson & Suñol, 1995).

Een tweede moeilijkheid van het discrepantiemodel is het niet lineaire verband tussen verwachtingen en ervaringen. Uit onderzoek blijkt dat cliënten de component ‘verwachtingen’ over het algemeen zwaarder te laten wegen in hun uiteindelijke tevredenheidsoordelen. Hierdoor treedt een assimilatie effect op: de cliënt stelt zijn ervaringen bij in de richting van zijn verwachtingen. Zo ontstaat er een zone van tolerantie waarbinnen verschillen tussen de uiteindelijk geuite tevredenheid klein zijn in verhouding tot de (werkelijke) verschillen tussen enerzijds de verwachte en anderzijds de ervaren kwaliteit of de objectieve kwaliteitskenmerken van de geboden dienst. Men kan dus in principe tevredenheid uiten (in een vragenlijst) terwijl een dienst objectief gezien – naar professionele maatstaven, bijvoorbeeld – ‘slecht’ is of men feitelijk (ook) negatieve ervaringen met de dienst heeft. Dit verschijnsel doet zich juist omgekeerd voor bij de extreme posities. Wanneer de verwachtingen aanmerkelijk lager waren dan de ervaren kwaliteit, dan wordt tevredenheid onevenredig hoog geuit. Indien de verwachtingen aanmerkelijk hoger waren dan de feitelijke ervaring, dan volgt een veel lagere geuite tevredenheid dan op grond van de feitelijke ervaringen of objectieve kenmerken van de geboden dienst kan worden verklaard. De teleurstelling wordt dan breed uitgemeten en generaliseerd. Er ontstaat op dat moment een contrast-effect (Thompson & Suñol, 1995; Baron-Epel, Dushenat & Friedman, 2001).

Onderzoek in de residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen illustreert een derde moeilijkheid die met de vorige twee samenhangt: de familie van cliënten blijkt over het algemeen eerder genegen ‘tevredenheid’ te melden. Daarbij spelen de volgende redenen een rol: (1) begrip tonen voor de moeilijke situatie van groepsleiders; (2) de vrees ‘ondankbaar’, ‘ontevreden’ of ‘onbeleefd’ te worden gevonden; (3) de wetenschap dat het moeilijk is om een alternatief te vinden voor het verblijf in de betreffende instelling vanwege lange wachtlijsten en tijdrovende procedures; (4) het gevoel dat bij voortduring ondanks vragen en signaleren (toch) geen verandering ontstaat: men legt zich bij de situatie neer; (5) de vrees dat uitingen van ontevredenheid een negatief effect zullen hebben op de zorg voor het familielid; (6) het feit dat een vragenlijst over kwaliteit wordt verstrekt werkt als sig-

naal dat de organisatie hieraan aandacht besteedt, waardoor het oordeel positiever wordt: het 'Hawthorne effect' (Kars & Janssen, 1992). Olson en Schober verklaren het rapporteren van meer tevredenheid (méér dan op grond van gelijktijdig elders geuite kritiek of op grond van de objectieve situatie zou worden verwacht) met een combinatie van de cognitieve dissonantietheorie (Festinger) en de theorie van aangeleerde hulpeloosheid (Seligman). De uitkomst van een tevredenheidsmeting kan op die manier worden beschouwd als de uitkomst van een adaptatieproces waarin beide fenomenen een rol spelen (Olson & Schober, 1993). Het adaptatieproces is gericht op het zoeken van een door de persoon ervaren harmonische verhouding met de omgeving binnen het spanningsveld van enerzijds individuele verwachtingen en anderzijds beperkingen van de omgeving (Albrecht & De Vlieger, 1999).

Een vierde en meer technische moeilijkheid met vragenlijstonderzoek naar tevredenheid is de negatieve scheefheid van de distributie van uitslagen: het gemiddelde ligt duidelijk rechts van de mediaan. Dat reflecteert het verschijnsel dat de meeste respondenten een positief tevredenheidoordeel geven over de kwaliteit van zorg. De frequentie van 'tevreden' cliënten ligt meestal boven 70% en de gemiddelde score van tevredenheidoordelen ligt overwegend rond 75 procent (Hall & Dornan, 1988; Kars & Janssen, 1992; Lebow, 1984; Parlak, Lako & Van den Hoogen, 2002; Wetzels, 1998). Met name in correlatieonderzoek kan dit de gevonden waarden drukken; verbanden tussen variabelen kunnen in werkelijkheid groter zijn dan de gevonden correlatiecoëfficiënten laten zien.

Sommige auteurs suggereren dat het meten van 'ontevredenheid' een relevant alternatief kan zijn (Kars & Janssen, 1992). In ieder geval zijn oordelen van ontevredenheid relevante signalen, omdat daarbij de genoemde invloeden al 'getroet-seerd' werden. Zo blijkt ontevredenheid een goede predictor van de geneigdheid om van zorgaanbieder te veranderen (Baron-Epel, Dushenat & Friedman, 2001).

2 *Methodologische implicaties*

Een veel gebruikt instrument voor het meten van door cliënten waargenomen kwaliteit van dienstverlening (ofwel: cliënttevredenheid) is SERVQUAL. Hiermee worden oorspronkelijk tien, en op dit moment vijf algemene dimensies van een dienst gemeten. Het betreft: betrouwbaarheid, responsiviteit, zorgzaamheid, empathie of inleven in de klant en tastbaarheden van de dienst (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001; Zeithaml & Bitner, 2003). Deze dimensies worden geoperationaliseerd in een aantal items. Aan de respondenten wordt eerst gevraagd hun oordeel te geven over de belangrijkheid van elke dimensie. Vervolgens wordt gevraagd concrete items te scoren aan de hand van de met de dienst opgedane ervaringen. Uit de combinaties van scores wordt het kwaliteitsoordeel van de cliënt berekend.

$$i = n$$

$$Q = \sum_{i=1} I_i (P_i - E_i)$$

Waarin: Q = waargenomen kwaliteit van de dienst

I_i = Belang van een dimensie

P_i = Ervaren niveau van dienstverlening in bepaalde dimensie

E_i = Verwachte niveau van dienstverlening in bepaalde dimensie

i = Aantal dimensies van kwaliteit.

Ervaringen met dit instrument leidden tot verschillende kritiekpunten. De belangrijkste zijn:

- De dimensies van een dienst blijken nogal sectorspecifiek en minder algemeen dan eerst werd aangenomen (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001). Dit zou er toe leiden dat in elke situatie een nieuwe operationalisering van de SERVQUAL ontwikkeld zou moeten worden.
- Zoals hierboven besproken is het begrip 'verwachting' niet eenduidig maar multi-interpretabel en ambigu. In een vragenlijstsituatie is onduidelijk welk verwachtingspatroon de cliënt hanteert (Pieters, 1995).
- Verwachtingen en ervaringen van dienstverlening zijn niet onafhankelijk van elkaar. Er treden de eerder genoemde assimilatie- en contrast-effecten op waarbij de verwachtingen van cliënten hun oordeel over de ervaren dienst positief beïnvloeden (Hall & Dornan, 1988; Thompson & Suñol, 1995; Pieters, 1995).
- Het meten van verschillen levert problemen op: verschillscores zijn minder betrouwbaar dan de betrouwbaarheid van de afzonderlijke schalen waarop zij zijn gebaseerd (Wetzels, 1998).
- SERVQUAL levert negatief scheve distributies op. Dit kan leiden tot onderschatting van de relatie tussen kwaliteitsoordelen en andere variabelen (Wetzels, 1998).

Voor deze tekortkomingen werden oplossingen bedacht waarvan de QUOTE instrumenten van Sixma et al. voor de praktijk van kwaliteitsverbetering in zorg-organisaties zeer origineel zijn. De QUOTE instrumenten zijn vragenlijsten die de door cliënten ervaren kwaliteit combineren met het belang dat cliënten aan elk betreffend aspect hechten. Dit laatste is een conceptualisering van 'verwachte kwaliteit'. Het resultaat van deze combinatie is een 'impactscore' (Sixma, Kerssens, Van Campen & Peters, 1998; Sixma, Van Campen, Kerssens & Peters, 1998).

De QUOTE vragenlijsten zijn gebaseerd op de formule:

$$Q_{ij} = P_{ij} \times I_{ij}$$

Waarin: Q_{ij} = het oordeel over een bepaald aspect (j) door een individu (i)
 P_{ij} = de Performance score (ervaren kwaliteit) van een individu (i) met betrekking tot aspect (j)
 I_{ij} = de Importance score (belang) van het individu (i) voor aspect (j).

In de praktijk geeft de respondent per item (een indicator van kwaliteit) een I score van 0 (niet belangrijk), 3 (eigenlijk wel van belang), 6 (belangrijk) of 10 (van het allergrootste belang). Op basis van de scores van alle respondenten, wordt voor elk item de gemiddelde I-score berekend.

De P score komt tot stand door dezelfde items te laten scoren voor ervaren kwaliteit. Daarbij worden de negatieve ervaringen uiteindelijk weerhouden (bijvoorbeeld de categorieën die duiden op 'niet tevreden'). De P uitslag voor een bepaald item bestaat uit het percentage negatief scorende respondenten. Het product van I en P geeft *per item* een impactscore. Daarmee kan een hiërarchie worden opgesteld van items volgens hun impactscore.

Het voordeel is dat op grond van de uitkomsten per organisatie of per organisatie-onderdeel een hiërarchie van de items kan worden opgesteld; daarmee kunnen prioriteiten voor kwaliteitsverbetering worden weergegeven. De Quote techniek is daarmee zeer geschikt voor praktische toepassing in de context van kwaliteitsmanagement van zorgorganisaties (Buntinx, 2003b). Het nadeel van de QUOTE methodiek is dat de impactscores van verschillende instellingen bezwaarlijk bij elkaar kunnen worden opgeteld omdat de gewichten binnen de context van een bepaalde organisatie worden verkregen. Daarenboven resulteert de QUOTE methodiek in specifieke waarderingen van indicatoren waarvan de impactscores niet met elkaar kunnen worden opgeteld. Dat maakt de QUOTE methode minder geschikt voor gebruik in wetenschappelijk onderzoek. Omdat impactscores producten zijn van twee afzonderlijke scores, kan een uiteindelijke waarde langs verschillende weg worden bereikt. Bij het sommeren en middelen van impactscores gaat derhalve veel betekenis verloren.

3 *Ervaren kwaliteit van begeleiding in ons onderzoek*

In overeenstemming met de opvattingen van Grönroos worden in ons onderzoek twee dimensies van ervaren kwaliteit onderscheiden: de technische en de functionele kwaliteit. De technische kwaliteit heeft betrekking op inhoudelijke aspecten van de dienstverlening; de functionele kwaliteit heeft betrekking op de interactieaspecten en wijze waarop de dienst wordt verleend. De door De Vries, Van Helden en Kasper (2001) toegevoegde relationele dimensie nemen wij in ons onderzoek niet mee. Hiervoor hebben we twee argumenten. Ten eerste heeft de functionele kwaliteit al in sterke mate betrekking op de relationele aspecten van dienst-

verlening; in het bijzonder op de bejegening die de familie zelf ervaart en waarneemt in de richting van hun familielid, en op het vertrouwen dat men als familie heeft in de groepsleiding. Aan deze aspecten wordt ruim aandacht besteed in de te gebruiken CPSQ-schaal (hoofdstuk 7). Ten tweede heeft de relationele kwaliteit zoals bedoeld door De Vries, Van Helsdingen en Kasper betrekking op de reputatie en de sociale positie van verschillende medewerkers. In ons onderzoek – op teamniveau – wordt geen onderscheid gemaakt naar specifieke functies van de onderscheiden groepsleiders. Aan de familie wordt ook niet gevraagd naar tevredenheid in relatie tot specifieke functies van groepsleiders. Een afzonderlijke analyse van de door De Vries et al. genoemde relationele aspecten is dan ook niet mogelijk.

Door de keuze voor de CPSQ schaal wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan de in onze situatie meest belangrijke SERVQUAL dimensies. Uit onderzoek blijkt dat naarmate de ontastbaarheden van een dienst toeneemt (materiële componenten spelen een kleinere rol), de verwachtingen van cliënten met betrekking tot de aspecten betrouwbaarheid, empathie, responsiviteit en zekerheid toenemen. Ook het gewicht van deze aspecten in het uiteindelijke kwaliteitsoordeel neemt dan toe (Bebko, 2000). Om deze redenen wordt voorkeur gegeven aan het gebruik van het begrip ‘relationele kwaliteit’. In deze studie zal, wanneer verwezen wordt naar Grönroos’ originele begrip ‘functionele kwaliteit’ de term ‘relationele kwaliteit’ worden gebruikt.

Op grond van argumenten die genoemd werden in paragraaf 4.1.3 wordt in deze studie naar personeelsswisselingen gekozen voor het meten van de cliënttevredenheid bij de familie of anderszins meest directe contactpersonen van de bewoners.

In het licht van de besproken problemen rond het meten van cliënttevredenheid met kwaliteit van zorg volgen wij Wetzels in zijn aanbeveling een directe meting van ervaren kwaliteit te gebruiken en geen verschillscores of belangrijkheidscores toe te passen. Op grond van zijn empirisch onderzoek is deze methode verantwoord gebleken; het effect van verwachte op ervaren kwaliteit wordt voldoende meegewogen. Om de spreiding van uitslagen te bevorderen en de scheefheid te beperken zal een zevenpuntenschaal worden gebruikt. Het begrip ‘tevredenheid’ zal niet in de vragenlijst worden gebruikt maar er zal worden gevraagd in hoeverre de respondent het eens is met beweringen die aspecten van kwaliteit vertegenwoordigen.

6.4 De onderzoeksvragen binnen de theoretische context

Het doel van het voorgenomen empirisch onderzoek is inzicht te verwerven in het verschijnsel personeelsswisselingen in woongroepsteams van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Daarbij wordt de aandacht gericht op de relatie tussen personeelsswisselingen (PW) en organisatiekenmerken (A, kenmerken van teamfunctioneren (B), en door familie van bewoners ervaren kwaliteit van begeleiding (C).

Op grond van de in hoofdstuk 5 geselecteerde empirische correlaten van ‘personeelswisselingen’, en op grond van de in dit hoofdstuk besproken ecologische theorie en het model van Hartline en Ferrell, worden de onderzoeksvragen nu definitief geformuleerd. Hierbij laten we ons leiden door de eerder geformuleerde richtinggevende stellingen (paragraaf 6.2.2 en 6.3.1) en de conclusies over cliënttevredenheid (paragraaf 6.3). Rekening houdend met de drie type-maten als representatie van verschillende modaliteiten van personeelswisselingen (paragraaf 3.2.4), leidt dit tot het theoretische model voor empirisch onderzoek zoals getoond in figuur 6.6.

Figuur 6.6 Theoretisch kader voor het empirisch onderzoek naar personeelswisselingen

De probleemstelling en onderzoeksvragen luiden:

Probleemstelling: wat is de samenhang tussen personeelswisselingen, organisatiekenmerken, effectiviteit van het teamfunctioneren, en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding?

Onderzoeksvragen:

1. *Is er een verband tussen organisatiekenmerken en personeelswisselingen?*

We vragen ons af of de omvang van personeelswisselingen samenhangt met (1) de instelling als zodanig (de omvang van PW verschilt tussen instellingen) en verder met de volgende woongroepkenmerken: (2) de grootte van het cluster waarvan de woongroep deel uitmaakt; (3) sociowoning of woon-groep op instellingsterrein; (4) grootte van de woongroep en (5) zorgzwaarte.

2. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en teameffectiviteit?*

We vragen ons af of er een verband is tussen personeelsswisselingen en de volgende effectiviteitskenmerken van het teamfunctioneren: (1) de arbeids-satisfactie, (2) de ervaren rolduidelijkheid van groepsleiders, (3) het vertrouwen in eigen doelmatigheid, en (4) de door groepsleiders ervaren ruimte voor eigen initiatief (autonomie of empowerment).

3. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*

We vragen ons af of er een verband is tussen personeelsswisselingen en de door familie ervaren kwaliteit van de begeleiding, onderscheiden in de 'technische' of inhoudelijke kwaliteit en de 'functionele' of relationele kwaliteit.

4. *Is er een verband tussen de teameffectiviteit en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*

Is er een verband tussen enerzijds 'arbeids-satisfactie', 'rolduidelijkheid', 'vertrouwen in eigen doelmatigheid', en 'ervaren autonomie' van groepsleiders en anderzijds, door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van begeleiding?

5. *Welke rol spelen personeelsswisselingen bij het eventuele verband tussen teameffectiviteit en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding?*

Zijn personeelsswisselingen een moderator van het verband tussen effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren en door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van begeleiding?

6. *Kan een model worden opgesteld van de samenhang tussen (1) woongroepkenmerken, (2) personeelsswisselingen en (3) teameffectiviteit als voorspellers van de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*

7

Opzet van het onderzoek

Paragraaf 7.1 van dit hoofdstuk begint met het doel van deze studie en operationaliseert de onderzoeksvragen in deelvragen op basis van de uitkomsten van de literatuurverkenningen (hoofdstukken 2, 3, 4 en 5) en binnen het theoretisch kader (hoofdstuk 6). In paragraaf 7.2 wordt de onderzoeksgroep van de empirische studie beschreven. Vervolgens wordt in paragraaf 7.3 de onderzoeksmethode besproken, gevolgd door de operationalisering van de deelvragen en de beschrijving van de gebruikte instrumenten in paragraaf 7.4. In paragraaf 7.5 wordt de procedure van het onderzoek en in paragraaf 7.6 de werkwijze bij de data analyse beschreven. Tot slot worden in paragraaf 7.7 de geoperationaliseerde onderzoeksvragen en deelvragen geformuleerd.

7.1 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van deze studie is: inzicht verwerven in het verschijnsel personeelsswisselingen in woongroepeteams van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. De gekozen benadering is gesitueerd op het niveau van de woongroepen: dit zijn de interfaces tussen organisatie en cliëntsysteem waar de begeleiding daadwerkelijk plaatsvindt. Personeelsswisselingen worden gezien als een organisatie- en managementprobleem dat samenhangt met woongroepkenmerken en effecten heeft op het teamfunctioneren en op de door familie van bewoners ervaren kwaliteit van begeleiding. Met de bevindingen uit de literatuurverkenningen en met het geconstrueerde theoretisch kader, kunnen nu de probleemstelling en de zes onderzoeksvragen met bijhorende deelvragen worden geformuleerd. Deze luiden:

Probleemstelling: wat is de samenhang tussen personeelsswisselingen, organisatiekenmerken, effectiviteit van het teamfunctioneren, en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding?

Onderzoeksvragen en deelvragen:

1. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en organisatiekenmerken?*
 - 1.1. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de factor 'instelling'?
 - 1.2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de omvang van het cluster waarvan woongroepen deel uitmaken?
 - 1.3. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de situering van woongroepen op of buiten het instellingsterrein?
 - 1.4. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de grootte van woongroepen?
 - 1.5. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de zorgzwaarte van woongroepen?
2. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren?*
 - 2.1. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door teamleden ervaren arbeidssatisfactie?
 - 2.2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door teamleden ervaren rolduidelijkheid?

- 2.3. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en het door teamleden ervaren vertrouwen in eigen doelmatigheid?
- 2.4. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door teamleden ervaren autonomie?
3. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 3.1. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie van bewoners ervaren inhoudelijke kwaliteit van zorg?
 - 3.2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie van bewoners ervaren relationele kwaliteit van zorg?
4. *Is er een verband tussen de effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 4.1. Is er een verband tussen de door teamleden ervaren arbeidssatisfactie en de door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van zorg?
 - 4.2. Is er een verband tussen de door teamleden ervaren rolduidelijkheid en de door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van zorg?
 - 4.3. Is er een verband tussen de door teamleden ervaren vertrouwen in eigen doelmatigheid en de door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van zorg?
 - 4.4. Is er een verband tussen de door teamleden ervaren autonomie en de door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van zorg?
5. *Welke rol spelen personeelsswisselingen bij het eventuele verband tussen de effectiviteit van het teamfunctioneren en de door familie van bewoners ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 5.1. Is de factor personeelsswisselingen een moderator van het verband tussen de effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren en de door familie van bewoners ervaren inhoudelijke kwaliteit?
 - 5.2. Is de factor personeelsswisselingen een moderator van het verband tussen de effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren en de door familie van bewoners ervaren relationele kwaliteit?
6. *Kan een model worden opgesteld van de samenhang tussen (1) woongroepkenmerken, (2) personeelsswisselingen en (3) kenmerken van teamfunctioneren als voorspellers van de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*

7.2 Onderzoeksgroep

Het empirisch onderzoek werd uitgevoerd in vijf algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De populaties van deze instellingen zijn wat betreft niveau van functioneren en leeftijd representatief voor de totale Nederlandse populatie van algemene instellingen (tabel 7.1). De instellingen A, B en C waren betrokken bij eerder onderzoek naar personeelsswisselingen (Buntinx, 1994; 2001; 2002); zij werden in de onderzoeksgroep opgenomen omdat daarmee referentiemateriaal beschikbaar was voor vergelijking en voor ondersteuning van de interpretatie van resultaten. Bij de keuze van de overige instellingen werd rekening gehouden met een zekere spreiding van organisatiekenmerken. Zo bevindt de organisatiestructuur

van de instellingen A, B, en C zich in een overgangsfase tussen traditionele functionele organisatie ('professionele bureaucratie') en een meer gedivisioneerde en klantgerichte organisatie. De nieuwe situatie is daarbij nog niet gerealiseerd en benoemingen van het nieuwe middenmanagement zijn nog niet geëffectueerd, maar de procedures daartoe zijn wel in gang gezet. Dit gaat gepaard met onzekerheid en relatief meer dan gebruikelijk verloop onder groepsleiders en leidinggevendenden (Buntinx, 2002). De structuur van instelling D kan worden aangemerkt als een traditionele functionele organisatie. Veranderingen zijn wel voorgenomen maar bevinden zich nog in de fase van voorbereidende besluitvorming en hebben op het meetmoment nog geen effect op de organisatie van de directe begeleiding. Instelling E heeft al enkele jaren een omslag naar een klantgerichte organisatie achter de rug en wijkt wat betreft structuur het meest af van de overige vier. Hier zijn ook alle woongroepen gehuisvest in gewone woningen in de samenleving. In alle instellingen is echter in gelijke mate sprake van een koppeling van een team van groepsleiders met een specifieke woongroep. Ook in geval woongroepen deel uitmaken van clusters, is binnen een dergelijk cluster sprake van allocatie van een team aan een woongroep. In drie gevallen was sprake van één team dat structureel zo was opgezet dat meerdere (kleine) woongroepen werden bediend. Deze woongroepen doen niet mee in dit onderzoek. In enkele gevallen leverde de instelling ondersteuning aan zelfstandig wonende cliënten op basis van persoonsgebonden budget. Ook deze situatie is niet meegenomen in het onderzoek. Tot slot werden woongroepen uitgesloten die minder dan één jaar bestonden of waar in de loop van het afgelopen jaar de samenstelling van de bewoners ingrijpend (méér dan 50%) was veranderd. In bijlage B7.1 zijn de populatiekenmerken van de afzonderlijke instellingen opgenomen; informatie over verloop en ziekteverzuim in de afzonderlijke instellingen is opgenomen in tabel B7.2.

De dataverzameling vond plaats in een periode waarin het verloop onder groepsleiders landelijk gezien hoger was dan in de voorafgaande jaren. Dit wordt weerspiegeld in het verloop in de onderzochte instellingen (tabel B7.2).

Tabel 7.1 Kenmerken van de totale populatie van de vijf algemene instellingen in de onderzoeksgroep ('niveau functioneren' en 'leeftijd') vergeleken met de landelijke populatie van algemene instellingen*.

Leeftijd	Niveau functioneren					Landelijk	
	Licht	Matig	Instellingen in dit onderzoek		Totaal	%	%
			Ernstig	Zeer ernstig			
<20	19	42	26	42	129	7,1	8,0
20-<40	53	180	185	196	614	33,9	38,5
40-<60	57	296	250	172	775	42,8	40,7
60-<80	26	122	89	25	262	14,4	12,1
80 <	7	11	11	4	33	1,8	1,6
Totaal	162	651	561	439	1.813		(34.079 ¹)
%	8,9	36,0	30,9	24,2		100	
% Landelijk	9,3	32,9	31,5	26,3			100

¹ Berekend op basis van LRZ gegevens: VGN, 2002.

7.3 Methode

Deze studie betreft een kwantitatief, cross-sectioneel onderzoek (uitgevoerd op één moment in de tijd) met een exploratief karakter. Er is gekozen voor de survey-methode om op een snelle, gestandaardiseerde en economische wijze een groot aantal gegevens te kunnen verzamelen. Met de ontwikkeling van de vragenlijsten werd rekening gehouden met de aanbevelingen van De Jonge & Hamers (1997). De gebruikte vragenlijsten staan in bijlage B7.8 en B7.9. Dataverzameling vond plaats in de periode tussen 1 november 2001 en 31 januari 2002; de data met betrekking tot personeelwisselingen hebben betrekking op de periode 01.01.2001 tot 31.12.2001 en beslaan daarmee een volledig jaar.

Personeelwisselingen doen zich in de context van ons onderzoek voor op het niveau van een woongroep. Daarmee is ook het aggregatieniveau van het onderzoek aangegeven: de analyse eenheid is de 'woongroep'. Individuele bewonerskenmerken (zoals bijvoorbeeld zorgzwaarte) en alle op individuele respons gebaseerde gegevens werden geaggregeerd op het betreffende woongroepniveau. Dat betekent dat in dit onderzoek de data op individueel niveau niet worden gebruikt bij de data-analyse. Met de vragenlijsten werd naast de informatie over de onderzoeksvariabelen de volgende achtergrondinformatie verzameld:

- Medewerkers:
Functie, geslacht, leeftijd en tijd werkzaam bij werkgever.
- Familie:
Relatie met bewoner, geslacht en leeftijd.

Van deze achtergrondinformatie wordt in hoofdstuk 7 gebruik gemaakt bij de beschrijving van de resultaten van de vragenlijsten; verder wordt deze niet betrokken in ons onderzoek.

Daarenboven werd zowel aan medewerkers als familie de mogelijkheid geboden om antwoord te geven op twee open vragen met betrekking tot de kwaliteit van zorg. De antwoorden hierop maken geen deel uit van deze studie.

7.4 Operationalisering van de onderzoeksvariabelen en gebruikte meetinstrumenten

7.4.1 Personeelwisselingen

Het begrip 'personeelwisselingen' (als groepsvariabele afgekort tot 'PW') verwijst naar veranderingen in de bezetting van de formatie groepsleiders die aan een bepaalde woongroep is toegewezen. Met formatie wordt in dit onderzoek bedoeld: de 'vaste' formatie van medewerkers; daarmee zijn stageplaatsen, ook van BBL leerlingen, uitgesloten. In deze formatie kunnen verschillende functies begrepen zijn waaronder '(groeps)hoofd', 'teamhoofd', 'groepsbegeleider', 'medewerker groepsbegeleiding', en 'huishoudelijke medewerker'. Andere gebruikte benamingen binnen de onderzochte instellingen zijn: 'zorgmedewerker', 'ondersteunend zorgmedewerkers', 'gastvrouw / gastheer', 'weekend medewerker'. Het gaat in alle gevallen

om medewerkers die directe begeleidingscontacten hebben met de cliënten en deel uitmaken van het woongroepsteam. Een verandering of 'wisseling' kan bekeken worden als uitstroom van een bekende medewerker of instroom van een nieuwe medewerker. Uitstroom en instroom zijn niet noodzakelijk gelijk; zo kan één voltijds werkende medewerker worden vervangen door twee of drie deeltijd medewerkers, of vice versa.

Braddock en Mitchell bevelen aan (paragraaf 3.2.4) om in dit soort onderzoek meerdere maten van 'verloop' te hanteren omdat daarmee verschillende modaliteiten kunnen worden bestreken en het inzicht kan worden vergroot. De veertien maten uit tabel 3.2 werden herleid tot drie typen maten van personeelswisselingen waarmee nu de volgende drie variabelen worden geformuleerd.

Type (I) geeft de uitstroom van groepsleiders weer uit een gegeven startbezetting over een periode van één jaar. Een lage uitstroom duidt op een hoge stabiliteit van het team. Type (II) geeft het aantal instromers of 'nieuwe gezichten' weer waarmee de bewoners van een woongroep in de loop van een jaar worden geconfronteerd. Een hoge waarde duidt op hoge instroomfrequentie van nieuwe teamleden die met de bewoners en hun collega's van het team moeten bekend geraken. Type (III) geeft aan hoe lang teamleden op een gegeven moment gemiddeld binnen het team functioneren.

De operationalisering is als volgt.

A. STABILITEIT INDEX (STAB). Deze maat heeft betrekking op de samenstelling van het woongroepsteam in de periode van de afgelopen 12 maanden (52 weken). Er wordt gekeken naar het aantal groepsleiders dat deel uitmaakt van het team in week 1, en nog voorkomt op het dienstrooster in week 52. Het aantal medewerkers dat op beide lijsten voorkomt wordt gedeeld door het aantal teamleden in week 1 en vermenigvuldigd met 100. Als een team in week 1 bijvoorbeeld bestond uit 9 medewerkers (a, b, c, d, e, f, g, h en i) en het team in week 52 bestaat uit 11 medewerkers (a, b, d, e, g, i, j, k, l, m en n) dan is de stabiliteitsindex $(6 : 9) \times 100 = 67$: van het team van negen groepsleiders in week 1 worden 6 medewerkers aangetroffen in week 52. De maximumwaarde van deze index is 100; de minimumwaarde is 0. Deze index geeft een maat voor de stabiliteit van de vast toegewezen groepsleiders van een woongroep; een hogere STAB-waarde verwijst naar 'meer stabiliteit'. Een hogere STAB waarde wordt in dit onderzoek als positief geïnterpreteerd. Voor de berekening van de STAB wordt gebruik gemaakt van informatie van de definitieve dienstroosters. Deze maat zegt echter niets over tussentijdse personeelswisselingen.

B. INSTROOM FREQUENTIE (INFR). Deze maat geeft aan hoe vaak de bewoners van een woongroep in de loop van een jaar (52 weken) worden geconfronteerd met een nieuwe groepsleider. Hierbij wordt het aantal nieuw instromende groepsleiders in de periode van de afgelopen 12 maanden (52 weken) geteld zoals die op het dienstrooster worden aangetroffen, gedeeld door het gemiddeld aantal groepsleiders van de woongroepformatie in dezelfde periode, en vermenigvuldigd met 100. Als de bewoners van een woongroep bijvoorbeeld 18 nieuwe groepsleiders ont-

moeten, terwijl de totale formatie groepsleiders gemiddeld bestaat uit 10 medewerkers, dan bedraagt de INFR $(18 : 10) \times 100 = 180$. De minimumwaarde van deze index is 0. Er is in principe geen maximumwaarde. De INFR maat is gevoelig voor personeelwisselingen als gevolg van bijvoorbeeld vervanging voor ziekte en ouderschapsverlof, en voor instroom van tijdelijke medewerkers en opsplitsing van een bepaalde formatieplaats in meerdere (bijvoorbeeld: een full time positie wordt gesplitst in twee half time posities). Een hoge INFR waarde verwijst naar 'meer personeelwisselingen'. Een hogere INFR waarde wordt in dit onderzoek als negatief geïnterpreteerd.

Voor de berekening van de INFR wordt gebruik gemaakt van informatie van de definitieve dienstroosters. Wanneer een groepsleider in de loop van de 52 weken periode méér dan één keer 'instroomt', wordt dit als één instroom geteld: de betreffende groepsleider wordt geacht een zekere bekendheid te hebben met bewoners en collega's en niet een geheel 'nieuw gezicht' te zijn.

C. TIJD OP WOONGROEP (TOWG). Deze maat geeft het gemiddelde aantal maanden dat de groepsleiders – op het moment van meting – deel uitmaken van het betreffende woongroepsteam. Het bleek niet mogelijk deze informatie uit dienstroosters of andere centrale databases van de instellingen te verkrijgen. Daarom werd in het enquêteformulier voor medewerkers gevraagd aan te geven hoe lang de respondent werkzaam was in de betreffende groep (zie bijlage B7.8, vraag 5). De individuele TOWG waarden zijn hiervan afkomstig en werden geaggregeerd op woongroepniveau tot de gemiddelde verblijfsduur van teamleden binnen een bepaald woongroepsteam. Een hogere TOWG waarde wordt in dit onderzoek als positief geïnterpreteerd.

Bij het berekenen van de PW maten is geen onderscheid gemaakt tussen functies, interne vervangingen of uitzendkrachten, overplaatsingen of verloop. Vanuit het perspectief van de bewoner zijn deze kenmerken minder relevant: het gaat om mensen in zijn omgeving die vertrekken of binnenstromen. Recent is gebleken dat, althans voor de implementatie van opvoedingsprogramma's in woongroepen van ernstig meervoudig gehandicapten, personeelwisselingen al naargelang de functie van groepsleiders, verschillende effecten kan hebben. Het betreft dan vooral stagiaires en invalkrachten (Zijlstra, 2003). Stagiaires maken geen deel uit van het door ons onderzochte 'vaste team'; 'invalkrachten' worden in ons onderzoek alleen meegenomen wanneer zij vaste teamleden vervangen.

De gegevens voor berekening van de STAB en INFR maten werden om reden van zorgvuldigheid twee maal onafhankelijk van elkaar verzameld; een STAB of INFR maat werd pas ingevoerd bij volledige overeenstemming.

7.4.2 Woongroepkenmerken

Uit de in hoofdstuk 3 (zie tabel 3.1 en paragraaf 3.2.5) gevonden relevante organisatiekenmerken (significante correlaten van verloop) werden in hoofdstuk 5 de volgende organisatiekenmerken respectievelijk woongroepkenmerken geselecteerd:

1. De instelling waartoe de woongroep behoort (INST).
2. De omvang van de clustering waarin de betreffende woongroep is opgenomen (CLUS).
3. Of het een woongroep op het instellingsterrein of daarbuiten betreft (SOCW).
4. De grootte van de woongroep in aantal bewoners (NBEW).
5. De zorgzwaarte van de woongroep (ZOZW).

De operationalisering is als volgt.

Ad 1. INSTELLING (INST) verwijst naar de instelling waartoe de woongroep behoort. In deze studie gaat het derhalve om INST A,B,C,D, en E.

Ad 2. CLUSTER (CLUS) geeft het totaal aantal woongroepen aan in het organisatorische cluster waarvan de betreffende woongroep deel uitmaakt. Het gaat om het eerstvolgende hogere niveau van groepering van woongroepen; in alle gevallen betreft dit het niveau waarop beslissingen over de bezetting van de teamformaties worden genomen. Een cluster kan onder leiding staan van een 'afdelingshoofd', 'clusterhoofd', of 'clustermanager'. De minimale omvang is één; dit is het geval indien het woongroepeteam organisatorisch als een zelfstandige eenheid functioneert. Deze informatie werd binnen de instellingen verzameld.

Ad 3. SOCIOWONING (SOCW) geeft aan of de woongroep gesitueerd is op of buiten het instellingsterrein. De waarde [1] betekent instellingsterrein; [2] is sociowoning. Deze informatie werd binnen de instelling verzameld.

Ad 4. GROOTTE WOONGROEP (NBEW) is het daadwerkelijke aantal bewoners van de woongroep op de datum van het onderzoek zoals vastgelegd in de bewonersadministratie van de instelling.

Ad 5. ZORGZWAARTE (ZOZW) is gebaseerd op de classificatie 'niveau van functioneren' van de individuele bewoners van de woongroepen zoals vastgelegd in de bewonersadministratie op basis van het oordeel van een psycholoog of (ortho-)pedagoog van de instelling. ZOZW geeft het percentage bewoners van de betreffende groep weer dat behoort tot de classificatie 'zeer ernstige' of 'ernstige' verstandelijke beperkingen, uit de gangbare vierdeling van niveaus van functioneren (World Health Organization, 1993) die in elke instelling verplicht wordt geregistreerd ten behoeve van de zorgkantoren. Deze ordinale niveaue classificatie weerspiegelt globaal de zorgzwaarte van mensen met verstandelijke beperkingen. Voor deze maat is gekozen omdat de instellingen ten tijde van het onderzoek geen

onderling vergelijkbare maat voor zorgzwaarte gebruikten, maar wel de bekende niveau-indeling hanteren. Het relatieve aantal bewoners met de (ordinale) classificatie 'ernstige' en 'zeer ernstige' verstandelijke beperkingen wordt als indicatie van zorgzwaarte gebruikt. Met deze zorgzwaarte-maat werd eerder ervaring opgedaan (Buntinx, 2001; 2002). Inmiddels is empirisch aangetoond dat de gebruikelijke niveau-indeling inderdaad significante verschillen weerspiegelt in onafhankelijk gemeten zorgintensiteit (Van Unen, 2003). Een lage ZOZW waarde betekent dus relatief weinig bewoners met de classificatie 'zeer ernstig' of 'ernstig' en weerspiegelt daarmee een relatief lagere zorgzwaarte. Een hogere waarde verwijst naar hogere zorgzwaarte. Een percentage van 0 betekent dat geen van de bewoners behoren tot de classificaties 'zeer ernstig' of 'ernstig'. Een percentage van 100 betekent dat alle bewoners tot (één van) deze classificaties behoren.

7.4.3 Teameffectiviteit

Tot de teameffectiviteit horen vier verschillende werkreacties van groepsleiders. Deze ontleen hun relevantie aan het in paragraaf 4.1.6 gepresenteerde theoretisch model dat deze werkreacties karakteriseert als effectiviteitsaspecten. Het betreft:

1. Arbeidssatisfactie (MAS).
2. Rolduidelijkheid (ROL).
3. Vertrouwen in doelmatigheid van het team (VER).
4. Ervaren autonomie of empowerment (AUT).

De operationalisering is als volgt.

Ad 1. ARBEIDSSATISFACTIE (MAS) is de totaaluitslag op de MAS-GZ, de *Maastrichtse Arbeidssatisfactieschaal voor de Gezondheidszorg* (Landeweerd, Boumans & Nissen, 1996). De MAS-GZ steunt op een facetmatige benadering van arbeids-satisfactie en meet zeven onderscheiden werkfacetten. De MAS-GZ meet, naast algemene tevredenheid (som van alle facetten), de tevredenheid met:

1. het afdelingshoofd (LEID),
2. promotiemogelijkheden (PRO),
3. kwaliteit van (geleverde) zorg (KWA),
4. collega's (COL),
5. cliënten (CLI),
6. gebruik van eigen competenties (COM),
7. duidelijkheid (DUI).

De facetuitslag is gebaseerd op de som van telkens drie vragen. De totale MAS-GZ uitslag is gebaseerd op 21 vragen. Elke vraag wordt beoordeeld op een vijfpunten-schaal (1-5).

De constructvaliditeit van de MAS-GZ steunt op factoranalytisch onderzoek. De interne consistentie van de schaal is goed (Cronbach's alpha: .85). Naast de goede psychometrische eigenschappen vormde het feit dat de MAS-GZ eveneens aandacht schenkt aan het oordeel van de respondenten over de door hen geleverde kwaliteit en de relaties met cliënten, een argument voor de keuze voor de MAS-GZ.

Door de facetbenadering kunnen afzonderlijke aspecten van arbeidssatisfactie eveneens worden meegenomen in het onderzoek. Zo kan worden nagegaan welke facetten bijzonder van belang zijn in relatie tot door familie ervaren kwaliteit. De MAS-GZ uitslag is de gemiddelde itemscore. Hoe hoger de uitslag, hoe groter de tevredenheid. Bij de verwerking van de uitslagen werden maximaal twee missing values voor de hele schaal geaccepteerd; er werd in dat geval omgerekend naar 21 items. Bij een groter aantal ontbrekende itemscores wordt de hele schaaluitslag als 'missing' aangemerkt. De gebruikte MAS-GZ vragenlijst staat in bijlage B7.8 (deel 1).

Ad 2. ROLDUIDELIJKHEID (ROL) is de gemiddeld behaalde score op de zeventien items van de *Role Ambiguity* schaal van Hartline & Ferrell (1996, p. 67). De interne consistentie van deze schaal is goed (Cronbach's α : .91). De conceptvaliditeit en criteriumvaliditeit met andere schalen is verantwoord in Hartline & Ferrell (1996). De items werden vertaald en waar nodig toegesneden op de zorgsector. Daarbij werd gebruik gemaakt van de Nederlandse aanpassing van De Jong (2001). De respondent wordt gevraagd op een zevenpuntschaal (1-7) aan te geven in welke mate hij het eens is met elk van zeventien beweringen over de ervaren rolduidelijkheid in de werksituatie. Hoe hoger de uitslag, hoe meer duidelijkheid over de rolvervulling binnen het team. De uitslag is de gemiddelde itemscore. Bij de verwerking werden maximaal 2 ontbrekende antwoorden geaccepteerd. In voorkomend geval werd de uitslag omgerekend naar 17 items. Bij meer ontbrekende items wordt de hele schaaluitslag als 'missing' aangemerkt. De gebruikte vragenlijst rolduidelijkheid staat in bijlage B7.8 (deel 2).

Ad 3. VERTROUWEN IN DOELMATIGHEID (VER) is de gemiddelde uitslag op een schaal van zeven items waarmee het vertrouwen van teamleden in de doelmatigheid van hun samenwerking wordt gemeten. In Hartline & Ferrell's model neemt deze variabele een belangrijke plaats in. Toch werd afgezien van gebruik van hun meetinstrument (de *Employee Self-Efficacy* schaal; Cronbach's α : .67) en wordt de voorkeur gegeven aan een gelijksoortige schaal van Alper – de *Confidence in Team Dynamics* schaal (Alper, 1998, p. 48) – omdat deze meer is toegesneden op het werken in teamverband én betrouwbaarder is (Cronbach's α : .87). Alper's schaal werd vertaald en aangepast aan de setting van woongroep teams in residentiële instellingen. Daarbij werd gebruik gemaakt van de Nederlandse aanpassing door De Jong (2001). Deze schaal meet eveneens de mate waarin teamleden vertrouwen hebben in het doelmatig functioneren van hun team als zodanig. De items worden gescoord op een zevenpuntschaal (1-7). De uitslag is de gemiddelde itemscore. Hoe hoger de uitslag, hoe groter het vertrouwen in eigen teamdoelmatigheid. Bij de verwerking werd slechts één ontbrekend antwoord geaccepteerd. In voorkomend geval wordt de uitslag omgerekend naar 7 items. Bij meerdere ontbrekende antwoorden wordt de schaaluitslag als 'missing' aangemerkt. De gebruikte vragenlijst 'vertrouwen in doelmatigheid' staat in bijlage B7.8 (deel 3).

Bij de verwerking van de vragenlijstantwoorden werd de score op de negatief geformuleerde vragen 2 en 4 omgewaardeerd.

Ad 4. ERVAREN AUTONOMIE (AUT) is de gemiddelde uitslag op een schaal van 8 items die nagaat in welke mate de respondent vindt dat zijn team over autonomie beschikt. Het betreft de *Empowerment* schaal van Hartline & Ferrell (1996, p.67) die meet in hoeverre medewerkers ervaren dat hun leidinggevendende ruimte laten om eigen initiatief te tonen en om het eigen oordeel te volgen bij het uitvoeren van het werk. De auteurs verantwoorden in de genoemde publicatie de conceptvaliditeit en de constructvaliditeit van deze schaal. De betrouwbaarheid is voldoende (Cronbach's alpha: .71). Ook bij de aanpassing van deze schaal aan de setting van woongroep teams in een residentiële organisatie werd gebruik gemaakt van de Nederlandse aanpassing door De Jong (2001). De items worden beoordeeld op een zevenpuntschaal (1-7). De uitslag is de gemiddelde itemscore. Hoe hoger de uitslag, hoe meer ruimte voor eigen initiatief wordt ervaren. Bij de verwerking wordt slechts één ontbrekend antwoord geaccepteerd. In voorkomend geval wordt de uitslag omgerekend naar 7 items. Bij meer ontbrekende antwoorden wordt de schaaluitslag als 'missing' aangemerkt. De gebruikte vragenlijst 'ervaren autonomie' staat in bijlage 7.8 (deel 4).

7.4.4 Ervaren kwaliteit van begeleiding

HARC is de gemiddelde uitslag op negen items uit de *Hester Adrian Research Center Family Questionnaire*. Deze schaal werd ontwikkeld door Eric Emerson voor onderzoek in Engelse residentiële voorzieningen voor mensen met verstandelijke beperkingen (Hatton, Emerson, Robertson, Henderson & Cooper, 1995). De schaal meet de door familie ervaren kwaliteit van zorg en is gebaseerd op negen aspecten van begeleiding. Uit factoranalyse (principale componenten: tabel B7.3) blijkt slechts één component te kunnen worden geëxtraheerd. In overeenstemming met de aard van de items wordt deze benoemd als: inhoudelijke (in Grönroos termen: 'technische') kwaliteit van begeleiding. De Cronbach's alpha van de HARC is .91 in een steekproef van N=182 (persoonlijke mededeling van de auteur, 2000). De items worden beoordeeld op een zevenpuntschaal (1-7). De uitslag is de gemiddelde itemscore. Hoe hoger de uitslag, hoe groter de tevredenheid met de inhoudelijke aspecten van begeleiding. Bij de verwerking werd één ontbrekend antwoord geaccepteerd en werd de uitslag op 8 items omgerekend naar een uitslag op 9 items. Bij meerdere ontbrekende antwoorden werd de schaal niet gescoord. Deze vragenlijst staat in bijlage B7.9 (deel 2, B, vragen 1 tot en met 9).

CPSQ is de gemiddelde uitslag op de tien items van de *Customer Perceived Service Quality* schaal van Hartline en Ferrell (1996, p. 68). Deze schaal is gebaseerd op de SERVQUAL en meet de door de cliënt ervaren kwaliteit van dienstverlening. Het gaat daarbij niet over technische of inhoudelijke aspecten van de dienstverlening, maar over de wijze waarop *front-line* medewerkers hun taken uitvoeren in interactie

met het cliëntsysteem. Het gaat om aspecten van bejegening, communicatie en vertrouwen. In Grönroos' termen gaat het om de functionele kwaliteit van dienstverlening. Vanwege het accent op de interactieaspecten tussen front-line medewerkers en cliëntsysteem, spreken we over 'relationele kwaliteit' (zie de bespreking in paragraaf 6.3.2-3). Deze schaal combineert de perspectieven 'verwachte' en 'ervaren' kwaliteit in één meting (paragraaf 6.3.2-3). De betrouwbaarheid van de CPSQ is goed (Cronbach's alpha: .97). De items worden beoordeeld op een zevenpunten-schaal (1-7). De uitslag is de gemiddelde itemscore. Hoe hoger de score, hoe groter de tevredenheid met de relationele aspecten van de dienstverlening ten opzichte van de familieleden. Er werd maximaal één ontbrekend antwoord geaccepteerd en zonodig werd de somscore op negen items omgerekend naar 10. Bij meerdere ontbrekende antwoorden wordt de schaaluitslag niet meegenomen en als 'missing' aangemerkt. Deze vragenlijst staat in bijlage B7.9 (deel 3).

In tabel 7.2 worden de gegevens over de interne consistentie van de gebruikte schalen samengevat.

Tabel 7.2 Overzicht van de variabelen en de gebruikte meetinstrumenten met vermelding van de interne consistentie (Cronbach's alpha) volgens opgave van de auteurs en zoals gevonden in ons onderzoek.

Variabele	Meetinstrument	Aantal items	Alpha auteurs	Alpha deze studie ¹	Auteurs
MAS	Arbeidssatisfactie (MAS-GZ)				Landeweerd, Boumans & Nissen, 1996.
	Totale schaal	21	.85	.88	
	LEI	3	.87	.81	
	PRO	3	.84	.84	
	KWA	3	.82	.78	
	COL	3	.73	.75	
	CLI	3	.73	.69	
	COM	3	.67	.77	
	DUI	3	.60	.61	
ROL	Rolduidelijkheid	17	.91	.86	Hartline & Ferrell, 1996.
VER	Vertrouwen in teamfunctioneren	7	.87	.89	Alper, 1998.
AUT	Autonomie	8	.71	.85	Hartline & Ferrell, 1996.
HARC	Hester Adrian Research Center Family Questionnaire	9	.91	.91	Emerson, 1995.
CPSQ	Customer Perceived Service Quality	10	.97	.94	Hartline & Ferrell, 1996.

¹ Arbeidssatisfactie, Rolduidelijkheid, Vertrouwen in teamfunctioneren en Autonomie: N= 1044 (medewerkers); Hester Adrian Research Center Questionnaire en Customer Perceived Service Quality: N= 965 (familie).

7.5 Procedure

Aan de directie en de cliëntenraad of ethische commissie van de instellingen werd toestemming gevraagd voor het onderzoek. Deze werd verkregen onder voorwaarde van volstrekte anonimiteit van verwerving en verwerking van gegevens.

De verzonden vragenlijsten waren volstrekt anoniem en in overleg met de instelling slechts voorzien van een woongroepcode, dus geen individuele code. De vragenlijsten werden door de instelling persoonlijk geadresseerd aan het thuisadres van medewerkers en familieleden; elke vragenlijst ging vergezeld van een brief met toelichting (zie bijlage B7.4 en B7.5) en een antwoordersvelope, geadresseerd aan de universiteit. Tot de 'medewerkers' horen alle leden van de woongroep teams inclusief meewerkende leidinggevers. Tot de 'familie' horen de belangrijkste contactpersonen (contactadres) van de bewoners van een woongroep; dit kunnen ook een broer of zus zijn, of andere familieleden of personen die geen familie zijn maar wel de meest relevante contacten hebben met de bewoner. Als gevolg van de strikte anonimiteits-eisen werd geen individuele registratie bijgehouden en was het derhalve niet mogelijk onderscheid te maken tussen personen die de vragenlijst wel of niet hadden ingezonden. Na drie weken werd aan alle betrokkenen via dezelfde weg een algemene bedankbrief van de onderzoeker gestuurd die tevens als rappel-brief diende (bijlage B7.6 en B7.7).

De data met betrekking tot de Woongroepkenmerken en de Personeelswisselingen werden betrokken uit het bestaande cliëntregistratiesysteem respectievelijk uit de dienstroosters van de instellingen. Deze data werden door functionarissen van de instellingen anoniem en geaggregeerd aangeleverd. Data met betrekking tot de variabelen Teamfunctioneren en Ervaren Kwaliteit van begeleiding werden verzameld door middel van een vragenlijst voor medewerkers respectievelijk voor familieleden van bewoners. Een model van elke vragenlijst is opgenomen in de bijlagen B7.8 en B7.9.

7.6 Data analyse

De data van de hierboven beschreven maten en kenmerken werden ingevoerd in het programma Access (Microsoft Office, 1998) aan de hand van speciaal daartoe opgestelde invoermodules (medewerkers en familie). 15 procent van de invoer werd ter controle onafhankelijk opnieuw ingevoerd. Op grond van deze controle en de zonodig aangebrachte correcties kan de betrouwbaarheid van de invoerprocedure als overeenkomst tussen antwoorden op papier en data in de databases worden gesteld op beter dan 99,74 procent voor de medewerkersdata en beter dan 99,98 procent voor de familiedata. Beide databases werden vervolgens geaggregeerd tot één derde database op woongroepniveau waaraan de woongroepkenmerken en maten voor personeelswisselingen werden toegevoegd.

Zo ontstonden drie databases: (1) vragenlijst medewerkers, (2) vragenlijst familie en (3) woongroepen. Elke database werd ingevoerd in SPSS 10.0. Met deze drie SPSS datafiles is het onderhavige onderzoek uitgevoerd. Informatie uit de databases 1 en 2 wordt als achtergrondinformatie gepresenteerd; de beantwoording van de onderzoeksvragen en deelvragen gebeurt met de geaggregeerde woongroepgegevens van database 3.

De beantwoording van de onderzoeksvragen gebeurt in een 'stap voor stap' procedure.

Bij de analyse van de continue variabelen zal overwegend gebruik worden gemaakt van correlatieberekening. Bij categoriale variabelen zal gebruik worden gemaakt van ANOVA. Verder wordt bij de beantwoording van onderzoeksvraag 5 gebruik gemaakt van regressietechniek om moderatoreffecten van personeelsswisselingen op het verband tussen teamfunctioneren en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding na te gaan. Bij onderzoeksvraag 6 wordt gebruik eerst een multilevel toetsing uitgevoerd met MLWIN en vervolgens een *path-analysis* (pad analyse) uitgevoerd naar analogie van de werkwijze van Hatton et al. (1999) en Hatton et al. (2001). Significanties worden in dit verslag verder aangegeven met * voor $p < 0,05$ of ** voor $p < 0,01$. Bij de uitkomsten van regressieanalyses worden de p-waarden vermeld.

7.7 Geoperationaliseerde onderzoeksvragen

Na operationalisering van de variabelen kunnen de onderzoeks(deel)vragen als volgt worden geformuleerd. Iedere deelvraag zal afzonderlijk worden beantwoord voor elke PW-maat (STAB = a; INFR = b; TOWG = c).

1. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en organisatiekenmerken?*
 - 1.1. Is er een verband tussen de omvang van PW en de factor 'instelling' (A, B, C, D, en E)?
 - 1.2. Is er een verband tussen de omvang van PW en de grootte van clusters van woongroepen (CLUS)?
 - 1.3. Is er een verband tussen de omvang van PW en de situering van woongroepen op, respectievelijk buiten het terrein (SOC)?
 - 1.4. Is er een verband tussen PW en de grootte van woongroepen (NBEW)?
 - 1.5. Is er een verband tussen PW en de zorgzwaarte van woongroepen (ZOZW)?
2. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en de effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren?*
 - 2.1. Is er een verband tussen PW en arbeidssatisfactie (MAS)?
 - 2.2. Is er een verband tussen PW en rolduidelijkheid (ROL)?
 - 2.3. Is er een verband tussen PW en vertrouwen van het team in eigen doelmatigheid (VER)?
 - 2.4. Is er een verband tussen PW en de door de teamleden ervaren autonomie (AUT)?
3. *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 3.1. Is er een verband tussen PW en de door familie ervaren inhoudelijke kwaliteit van begeleiding (HARC)?
 - 3.2. Is er een verband tussen PW en door familie ervaren relationele kwaliteit van de begeleiding (CPSQ)?

4. *Is er een verband tussen de effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 4.1. Is er een verband tussen enerzijds MAS en anderzijds HARC en CPSQ?
 - 4.2. Is er een verband tussen enerzijds ROL en anderzijds HARC en CPSQ?
 - 4.3. Is er een verband tussen enerzijds VER en anderzijds HARC en CPSQ?
 - 4.4. Is er een verband tussen enerzijds AUT en anderzijds HARC en CPSQ?
5. *Welke rol spelen personeelswisselingen bij het verband tussen de effectiviteit van het teamfunctioneren en de door familie van bewoners ervaren kwaliteit van begeleiding?*
 - 5.1. Vormen PW een moderator van het verband tussen effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren (MAS, ROL, VER en AUT) en door familie ervaren inhoudelijke kwaliteit van begeleiding (HARC)?
 - 5.2. Vormen PW een moderator van het verband tussen effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren (MAS, ROL, VER en AUT) en door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding (CPSQ)?
6. *Kan een model worden opgesteld van de samenhang tussen (1) woongroepkenmerken, (2) personeelswisselingen en (3) teameffectiviteit als voorspellers van de door familie ervaren inhoudelijke (HARC) en relationele (CPSQ) kwaliteit van begeleiding (HARC en CPSQ)?*

Er zal een pad-model worden geconstrueerd (Loehlin, 1998) van alle gebruikte variabelen – gegroepeerd naar woongroepkenmerken, personeelswisselingen en teameffectiviteit – om de variantie in door familie ervaren kwaliteit van begeleiding te verklaren.

Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten gepresenteerd van het empirisch onderzoek. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van de respons (8.1) en van de uitkomsten op de variabele personeelsswisselingen (8.2). Vervolgens worden stap voor stap de uitkomsten gepresenteerd met betrekking tot de onderzoeks(deel)vragen naar het verband tussen personeelsswisselingen en achtereenvolgens organisatiekenmerken (8.3), teameffectiviteit (8.4) en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (8.5). In paragraaf 8.6 volgen de uitkomsten van het verband tussen teameffectiviteit en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. In paragraaf 8.7 worden de moderatoreffecten van personeelsswisseling op het verband tussen effectiviteitsaspecten en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding beschreven. In paragraaf 8.8 worden de uitkomsten van de pad analyse behandeld waarin organisatiekenmerken, personeelsswisselingen en teameffectiviteit als voorspellers worden gebruikt van door familie ervaren kwaliteit van begeleiding.

8.1 Respons

Van de 1.768 aan medewerkers toegezonden vragenlijsten werden er in totaal 1.151 geretourneerd (65%). Van de 1.703 aan familieleden toegezonden vragenlijsten werden er in totaal 1.021 geretourneerd (60%). De responspercentages variëren tussen de instellingen van 76 tot 49% (tabel B8.1). Deze percentages zijn vergelijkbaar met, tot beter dan soortgelijk survey onderzoek zowel in Nederland (bijvoorbeeld: 51,8% in Van der Ploeg & Scholte, 1997; 43,5% in Prismant, 2002) als in het buitenland (bijvoorbeeld: 44% in Hatton, Emerson, Rivers, Mason, Swarbrick, Mason, Kiernan, Reeves & Alborz, 2001).

In totaal werden gegevens verzameld over 194 woongroepen. Drie bijzondere situaties waarin telkens één team de zorg had over één cluster van bewoners (17, 19 en 27 bewoners) in kleine groepjes in verschillende woningen, worden in de analyses vanwege het kleine aantal niet meegenomen. Hetzelfde geldt voor teams die gekoppeld zijn aan logeerhuizen, of minder dan één jaar bestaan, of waarvan de bewonerssamenstelling meer dan 50 procent gewijzigd werd in de afgelopen twaalf maanden. Het totale aantal teams dat beschikbaar is voor data analyse bedraagt daarmee 188.

8.1.1 Medewerkers

De verhouding man:vrouw is bij de responderende medewerkers 8:92 procent. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 34,6 jaar ($SD = 9,8$): voor mannen is deze 35,5 en voor vrouwen 34,5 jaar. De gemiddelde tijd dat medewerkers bij de instelling werkzaam zijn bedraagt 8,8 (mannen) respectievelijk 8,9 (vrouwen) jaar. Tabel B8.2 in de bijlage toont de verdeling van de respondenten over de verschillende functies bij de instellingen A,B,C,D en E.

8.1.2 Familie

De verhouding man:vrouw is bij de respondenten 43:57 procent. De leeftijd van de respondenten is normaal verdeeld rond het gemiddelde van 58,4 jaar ($SD = 11,6$). De gemiddelde leeftijd is 59,2 jaar voor mannen en 57,6 jaar voor vrouwen. Van alle respondenten is 44,8 procent vader of moeder en 45,4 procent broer of zus van de bewoner (tabel B8.3).

8.1.3 Bias

Een analyse van de non-respons was niet mogelijk omdat de gegevens van alle respondenten volstrekt anoniem dienden te worden verkregen; daardoor ontbrak de mogelijkheid om non-respondenten gericht te benaderen. Wel is gekeken naar het responspercentage op woongroep niveau. Omdat zowel het aantal medewerkers als het aantal familieleden (één per bewoner) aan wie een vragenlijst was gezonden bekend was, kon per leefgroep het responspercentage worden berekend. Langs deze weg is gezocht naar mogelijke bias in voor ons onderzoek belangrijke variabelen.

Bij de medewerkers is sprake van een bias op de variabele TOWG: er werd een significante positieve correlatie gevonden tussen het responspercentage per woongroep en de gemiddelde tijd die de respondenten werkzaam waren binnen hun woongroep ($r = .29^{**}$). Hetzelfde geldt voor de variabele arbeidssatisfactie ($r = .28^{**}$). In woongroepeteams met een hoog responspercentage worden hogere waarden voor de 'tijd op woongroep' maat en voor arbeidssatisfactie aangetroffen. Omdat de uitkomsten op beide maten bij niet-respondenten mogelijk lager liggen, kan niet worden uitgesloten dat de uitkomsten op de 'tijd op woongroep' maat TOWG en de arbeidssatisfactie variabele MAS een zekere overschatting vormen van de werkelijke waarden in de populatie van de woongroepen. Het gemiddelde responspercentage van medewerkers in woongroepen 'op het terrein' is hoger (69%) dan van medewerkers 'in sociowoningen' (59%).

Bij de familie wordt ook een hoger responspercentage gezien in woningen op het terrein (61%) versus sociowoningen (55%). Er zijn geen significante correlaties tussen het responspercentage van familie in de woongroepen en de uitslagen op de variabelen HARC en CPSQ. Interessant is dat er een significante correlatie van $r = .22^{**}$ blijkt te bestaan tussen het responspercentage van de familie en de variabele rolduidelijkheid van de groepsleiding.

8.2. Uitkomsten van de drie maten 'personeelwisselingen' (PW)

In tabel 8.1 staan de uitkomsten van de drie PW-maten voor elke instelling afzonderlijk en voor de totale onderzoeksgroep.

De gemiddelde stabiliteit uitkomst (STAB) in de totale onderzoeksgroep bedraagt $M = 66,5$ ($SD = 21,5$). Dit betekent dat gemiddeld over alle onderzochte woongroepeteams, op het meetmoment nog 66,5 procent van de groepsleiders aanwezig

is die één jaar (52 weken) eerder deel uitmaakten van het woongroepsteam. In de loop van een jaar is derhalve 33,3 procent van de groepsleiders uit de formatie verdwenen. De hoogste STAB is 100 (in 19 woongroepen); de laagste STAB is 0 (twee woongroepen).

Tabel 8.1 Gemiddelde (M), standaarddeviatie (SD), minimum en maximum waarden van personeelswisselingen in de vijf instellingen afzonderlijk en totaal voor de maten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep' (TOWG)

instelling	Waarde	STAB	INFR	TOWG
A	M	58,6	52,7	40,5
	SD	22,5	29,4	25,9
	Minimum	23,1	0,0	7,0
	Maximum	100,0	109,1	122,7
B	M	65,8	42,8	39,6
	SD	17,6	21,1	18,9
	Minimum	25,0	9,1	10,0
	Maximum	100,0	87,5	87,8
C	M	65,5	73,8	45,3
	SD	22,8	69,0	22,2
	Minimum	0,0	15,4	7,0
	Maximum	100,0	350,0	81,7
D	M	68,2	100,6	67,8
	SD	19,2	52,0	34,9
	Minimum	25,0	15,4	9,4
	Maximum	100,0	266,7	142,7
E	M	72,5	53,0	26,2
	SD	22,9	39,9	17,5
	Minimum	0,0	0,0	7,5
	Maximum	100,0	133,3	89,0
Totaal	M	66,5	64,5	43,4
	SD	21,5	48,8	28,3
	Minimum	0,0	0,0	7,0
	Maximum	100,0	350,0	142,7

Nota. Het aantal woongroepen bedraagt: A = 40; B = 33; C = 32; D = 38; E = 45; Totaal = 188.

De gemiddelde instroomfrequentie (INFR) bedraagt $M = 64,5$ ($SD = 48,8$). Dit betekent dat gemiddeld genomen in een woongroepsteam van n medewerkers, tijdens het afgelopen jaar een aantal van $(n \times 64,5)/100$ 'nieuwe' medewerkers zijn ingestroomd. De laagste waarde is 0 procent; de hoogste waarde is een team met 350 procent; vijf woongroepen kenden een instroomfrequentie van meer dan 200 procent.

De gemiddelde TOWG maat per woongroep bedraagt 43,4 maanden ($SD = 28,3$). De laagste waarde wordt gezien in drie teams met een gemiddelde verblijfsduur van alle (responderende) groepsleiders van zeven maanden; de hoogste waarde is een team met gemiddeld 142 maanden; in negen teams is de TOWG hoger dan 100 maanden. De quartielcijfers zijn $Q_{25} = 22,3$; $Q_{50} = 37,6$ en $Q_{75} = 62,0$

De drie maten van PW zijn niet onafhankelijk van elkaar (zie tabel 8.2). Met name bestaat er een significant negatief verband tussen de STAB en de INFR maat ($r = -.33^{**}$): bij hogere stabiliteit van het team wordt een lagere instroomfrequentie van

nieuwe medewerkers aangetroffen. Voor een overzicht van de intercorrelaties tussen alle variabelen wordt verwezen naar tabel B8.5.

Tabel 8.2 Intercorrelaties tussen de drie maten van personeelsswisselingen: stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep'(TOWG).

maat	STAB	INFR	TOWG
STAB	1.00		
INFR	-.33**	1.00	
TOWG	.19*	.06	1.00

Uiteraard ligt de correlatie tussen STAB en INFR in de lijn van de verwachtingen maar de grootte van de gezamenlijke variantie – ongeveer 10 procent – is van dien aard dat aangenomen mag worden dat het toch gaat om twee verschillende modaliteiten van PW. Tussen STAB en TOWG bestaat een significante correlatie van $r = .19^*$; in meer stabiele teams worden hogere uitkomsten op de TOWG maat gevonden. Op zichzelf ligt ook dit in de lijn van de verwachtingen maar hier geldt nog duidelijker dat de twee maten verschillende modaliteiten van personeelsswisselingen vertegenwoordigen. Om een beeld te krijgen van de 'zuivere' correlaties tussen twee variabelen (wanneer gecontroleerd wordt voor de derde variabele), werden partiële correlaties berekend. De partiële correlatie tussen STAB en INFR, controlerend voor TOWG, bedraagt $r = -.35^{**}$; tussen STAB en TOWG, controlerend voor INFR bedraagt de partiële correlatie $r = .22^{**}$; tussen TOWG en INFR, controlerend voor STAB is de partiële correlatie $r = .13$. Dit ligt in dezelfde lijn als de uitkomsten in tabel 8.2. De drie PW maten zullen – zoals voorgenomen – in de analyses daarom consequent afzonderlijk worden gehanteerd.

8.3 Onderzoeksvraag 1: verband tussen personeelsswisselingen en woongroepkenmerken

Onderzoeksvraag 1 luidt: *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en organisatiekenmerken?* Tot deze onderzoeksvraag behoren vijf deelvragen. Hierna worden de uitkomsten vermeld per deelvraag voor elke maat van personeelsswisselingen (PW) afzonderlijk (STAB, INFR en TOWG).

- Deelvraag 1.1: Wat is het verband tussen de omvang van PW en de factor 'instelling'?

Deze vraag beantwoorden door te kijken naar de verschillen in PW tussen de instellingen A, B, C, D, en E. In tabel 8.1 staan de uitslagen op de drie maten van personeelsswisselingen per instelling. De uitkomsten van de ANOVA toets van de verschillen staan in tabel 8.3.

De verschillen tussen de instellingen op de STAB maat zijn niet significant. De instellingen verschillen onderling wél significant op de INFR en de TOWG maat.

De η^2 waarde is een maat voor de associatie tussen afhankelijke en onafhankelijke variabele en geeft de proportie van de variantie van de afhankelijke variabele (in dit geval, PW-maten) die wordt verklaard door de verschillen tussen de groepen (in dit geval, de instellingen). De instroomfrequentie is nauw gerelateerd aan het vervangingsbeleid van de instelling; hierin blijken de instellingen van elkaar te verschillen (zie paragraaf 3.2.3-2).

Tabel 8.3 ANOVA toets van de verschillen tussen de vijf instellingen (188 woongroepen) voor de personeelswisselingmaten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep' (TOWG)

maat	df	F	η^2	p
STAB	4	2,211	.06	.070
INFR	4	9,837	.18	.000**
TOWG	4	14,897	.26	.000**

Nadere analyse (tabel B8.4) geeft een indicatie van negatieve samenhang van de stabiliteit met het verloop in de instelling (Spearman's $\rho = -.90^*$): in instellingen met lager verloop blijkt de stabiliteit van de woongroepeteams hoger. Dit verband is er niet met de andere maten van personeelswisselingen. Er is geen significant verband tussen de gemiddelde personeelswisselingen in de vijf instellingen en het ziekteverzuim.

- Deelvraag 1.2: Is er een verband tussen de omvang van PW en de grootte van clusters van woongroepen (CLUS)?

Tabel 8.4 Frequentieverdeling van woongroepen naar clusteromvang per instelling en totaal

Clusteromvang	Instelling					Totaal
	A	B	C	D	E	
1		1		3		4
2		2	4	26		32
3	6	3	2	9		20
4			12			12
5	10		8			18
6		12				12
7	17		6			23
8	7	6				13
12		9			11	20
14					14	14
20					20	20
Totaal aantal woongroepen	40	33	32	38	45	188

In het onderzoek zijn de gegevens van 188 woongroepen opgenomen. Vier woongroepen staan op zichzelf; de andere maken deel uit van clusters. De gemiddelde omvang van een cluster bedraagt $M = 7,7$ woongroepen ($SD = 5,8$). De verdeling van woongroepen over clusters per instelling staat in tabel 8.4. De correlatie tussen clusteromvang en de drie maten van personeelswisselingen staan in tabel 8.5.

Tabel 8.5 Correlatie tussen clusteromvang (CLUS) en stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep'(TOWG) in 188 woongroepen

	STAB	INFR	TOWG
CLUS	.16*	-.28**	-.41**

Er bestaat een significant verband tussen de omvang van clusters van woongroepen en personeelwisselingen. In woongroepen die behoren tot een groter cluster is de stabiliteit significant iets groter ($r = .16^*$) maar er is nog duidelijker een significant lagere instroom van 'nieuwe gezichten' ($r = -.28^{**}$). De correlatie tussen cluster-grootte en de 'tijd op woongroep' van groepsleiders is in de verzameling woongroepen van de vijf instellingen negatief. Dit laatste hangt slechts gedeeltelijk samen met de lagere gemiddelde TOWG waarden in instelling E, gepaard met de grote clusteromvang in deze instelling (tabel 8.1 en tabel 8.4). Met weglating van instelling E bedraagt de correlatie tussen TOWG en de clusteromvang $r = -.30^{**}$ terwijl de correlatie tussen INFR en clusteromvang dan $r = -.36^{**}$ bedraagt.

- Deelvraag 1.3: Is er een verband tussen de omvang van PW en de situering van woongroepen op, respectievelijk buiten het terrein (SOC)?

Deze vraag wordt beantwoord door te kijken naar de verschillen in PW van woongroepen op, respectievelijk buiten het terrein? Er zijn 97 woongroepen op het instellingsterrein en 91 woongroepen buiten het instellingsterrein. De verdeling per instelling staat in tabel 8.6.

Tabel 8.6 Frequentieverdeling van woongroepen op, respectievelijk buiten het instellingsterrein (sociowoningen) per instelling en totaal

Woningen	Instelling					Totaal
	A	B	C	D	E	
Op terrein	27	18	23	29	0	97
Buiten terrein	13	15	9	9	45	91
Totaal	40	33	32	38	45	188

Er is geen verschil tussen het kenmerk 'op het terrein' en 'buiten het terrein' (sociowoning) wat betreft de frequentie van instroom van nieuwe medewerkers (INFR). In woningen op het terrein is de gemiddelde stabiliteit (STAB waarde) 63,2 tegen 70,4 in sociowoningen; dit verschil is wel significant. De TOWG waarden bedragen 34,2 maanden in sociowoningen tegen 51,2 maanden in woongroepen op het terrein; ook dit verschil is significant (tabel 8.7).

In termen van correlatie is er een klein positief verband tussen het kenmerk sociowoning en de stabiliteit van het team ($r = .17^*$) en een negatief verband ($r = -.30^{**}$) met TOWG (tabel B.8.5). Voor de interpretatie van de lagere TOWG waarden in sociowoningen moet erop gewezen worden dat sociowoningen gemiddeld korter bestaan dan woongroepen op het terrein; door het deconcentratie-beleid van instellingen zijn recent juist veel sociowoningen gecreëerd (zie ook de bespreking van 'interacties', na deelvraag 1.5).

Tabel 8.7 Verschillen tussen woongroepen 'op het terrein' en 'buiten het terrein' (sociowoningen) op de personeelswisselingmaten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en tijd op woongroep (TOWG) (N = 188).

Locatie	STAB		Personeelswisselingen	
			INFR	TOWG
Op terrein (n = 97)		63,2	64,2	51,2
Sociowoning (n = 91)		70,4	64,9	34,2
ANOVA	df	1	1	1
	F	5,078	0,009	17,404
	p	.025	.926	.000

- Deelvraag 1.4: Is er een verband tussen PW en de grootte van woongroepen (NBEW)?

De frequentieverdeling van de woongroepen naar grootte en instelling staat in tabel 8.8.

De gemiddelde grootte van de woongroepen bedraagt 8,5 bewoners (bereik: van 3 tot 14 bewoners; SD = 2,9). De gemiddelde omvang van een woongroepsteam bedraagt 9,0 medewerkers (SD=3,2).

Tabel 8.8 Frequentieverdeling van woongroepgrootte (aantal bewoners), gemiddelde (M) en standaarddeviatie woongroepgrootte (SD) per instelling

Aantal bewoners	Instelling				
	A	B	C	D	E
3			2		1
4	1	1	2	3	5
5	3		1		9
6	12	4			12
7	5	2	1	2	9
8	6	7	3	4	6
9	3	2	2	5	1
10	1	4	8	5	1
11	2	4	7	3	
12	3	6	5	6	
13	3	1	1	10	
14	1	2			1
M	8,0	9,5	9,3	10,2	6,3
SD	2,7	2,6	2,8	2,7	1,8
Totaal	40	33	32	38	45

De instellingen verschillen onderling significant wat betreft gemiddelde groepsgrootte (ANOVA: df = 4; F = 15,494; p = .000**). Tabel 8.9 laat geen verband zien tussen stabiliteit en de woongroepgrootte. Hetzelfde geldt voor instroomfrequentie en woongroepgrootte. Er is wel een significante correlatie tussen woongroepgrootte en de 'tijd op woongroep' maat: in grotere woongroepen maken groepsleiders gemiddeld langer deel uit van het team.

Tabel 8.9 Correlatie tussen woongroepgrootte (NBEW) en stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep' (TOWG) in 188 woongroepen

	STAB	INFR	TOWG
NBEW	-.03	.03	.35**

Tabel 8.10 Gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD) van de 'tijd op woongroep' uitkomst (TOWG) van gecontrasteerde 'grote' en 'kleine' woongroepgrootte (NBEW)

Omvang	NBEW		TOWG	
	M	SD	M	SD
'klein'	6,2	1,4	33,5	24,5
'groot'	11,2	1,5	54,2	28,7

Opsplitsing van alle woongroepen waarvan TOWG waarden beschikbaar zijn ($N = 180$) in twee categorieën ('klein' versus 'groot' volgens het criterium 'beneden' of 'boven' gemiddelde van alle groepen) geeft als gemiddelde TOWG waarden respectievelijk 33,5 maanden en 54,2 maanden (tabel 8.10). Dit verschil is significant (ANOVA: $df = 1$; $F = 27,280$; $p = .000^{**}$).

- Deelvraag 1.5: Is er een verband tussen PW en de zorgzwaarte van woongroepen (ZOZW)?

Tabel 8.11 geeft een overzicht van de zorgzwaarte van de woongroepen uit ons onderzoek. De gemiddelde zorgzwaarte van alle woongroepen is 58,9. Dit betekent dat gemiddeld 58,9 procent van de bewoners behoren tot de groep 'ernstig' of 'zeer ernstig' verstandelijk gehandicapten. De standaarddeviatie is 36,7. De gemiddelde zorgzwaarte van woongroepen verschilt significant tussen de instellingen (ANOVA: $df = 4$; $F = 4,587$; $p = .001^{**}$).

Tabel 8.11 Frequentieverdeling van woongroepen naar zorgzwaartecategorie per instelling en totaal

Zorgzwaartecategorie	Instelling					Totaal
	A	B	C	D	E	
0-10	7	2	3	15	6	33
11-20	3		2	3	2	10
21-30	3	2	1	3	2	11
31-40	1	2	3	1	3	10
41-50	10	1	3	1	6	21
51-60		2	2		4	8
61-70	1	3		3	2	9
71-80	2	1	4	1	6	14
81-90	5	5	5	2	6	23
91-100	8	15	9	9	8	49
Totaal	40	33	32	38	45	188

Er is een klein significant negatief verband tussen zorgzwaarte van de woongroep en de instroomfrequentie van nieuwe groepsleiders (tabel 8.12).

Tabel 8.12 Correlatie tussen zorgzwaarte (ZOZW) en stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep' (TOWG) in 188 woongroepen

	STAB	INFR	TOWG
ZOZW	-.04	-.17*	-.11

In groepen met grotere zorgzwaarte is de instroom van nieuwe groepsleiders tijdens een jaar iets lager dan in groepen met lagere zorgzwaarte. Op de andere maten is er geen verband tussen PW en de zorgzwaarte van woongroepen.

- Interacties

In de voorafgaande analyses is gekeken naar het verband tussen elk woongroepkenmerk afzonderlijk en personeelsswisselingen. Woongroepkenmerken zijn echter niet onafhankelijk van elkaar. Analyse van interacties tussen deze kenmerken staan in tabel B8.6. Hieruit blijken interactie-effecten te bestaan van de variabele sociowoning met het aantal bewoners en de zorgzwaarte. Tabel 8.13 toont de verschillen tussen groepen op het terrein en sociowoningen op de kenmerken CLUS, NBEW en ZOZWA; de uitkomsten op de drie PW-maten worden in deze tabel herhaald.

Tabel 8.13 Verschillen tussen woongroepen 'op het terrein' en 'buiten het terrein' (sociowoningen) voor de woongroepkenmerken clustergrootte (CLUS), groepsgrootte (NBEW), zorgzwaarte (ZOZW) en de personeelsswisselingmaten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en tijd op woongroep (TOWG) (N = 188).

Locatie	Woongroepkenmerk			Personeelsswisselingen		
	CLUS	NBEW	ZOZW	STAB	INFR	TOWG
Op terrein (n = 97)	4,2	10,0	69,5	63,2	64,2	51,2
Sociowoning (n = 91)	11,3	7,0	44,4	70,4	64,9	34,2
ANOVA						
Df	1	1	1	1	1	1
F	120,413	73,370	24,991	5,078	0,009	17,404
P	.000	.000	.000	.025	.926	.000

Voor de verbanden tussen woongroepkenmerken en stabiliteit van het team leiden deze interacties niet tot andere conclusies over de relatie tussen SOC en STAB. Voor de instroom van nieuwe teamleden en de 'tijd op woongroep'-maat zijn er significante interacties tussen het kenmerk 'sociowoning' en, groepsgrootte en zorgzwaarte. Controlerend voor groepsgrootte respectievelijk voor zorgzwaarte leidt niet tot andere relaties tussen SOC en INFR zoals getoond in tabel 8.7 en tabel B8.5. Controlerend voor groepsgrootte is de partiële correlatie tussen sociowoning en de 'tijd op woongroep'-maat $r = -.53^{**}$; controlerend voor zorgzwaarte is deze partiële correlatie $r = -.36^{**}$. In de praktijk heeft dit ermee te maken dat sociowoningen relatief korter bestaan dan woongroepen op het terrein, kleiner zijn en gemiddeld een lagere zorgzwaarte hebben. Zij blijken ook deel uit te maken van grotere clusters (tabel 8.13).

- Samenvatting

Met bovenstaande resultaten kan de eerste onderzoeksvraag als volgt worden beantwoord (tabel 8.14).

Instellingen verschillen onderling niet in de stabiliteit van woongroepteams. Stabiliteit staat nauw in verband met verloop. Instellingen verschillen onderling wel duidelijk op de instroomfrequentie van nieuwe groepsleiders in de woongroepteams. Ook verschillen ze duidelijk op de 'tijd op woongroep' maat van personeelsswisselingen. Grotere clusters van woongroepen gaan gepaard met grotere stabiliteit van het woongroepsteam, en nog duidelijker met een lagere instroomfrequentie van

nieuwe groepsleiders. In grotere clusters verblijven groepsleiders minder lang in de woongroep teams. In sociowoningen wordt een iets grotere stabiliteit aangetroffen, terwijl de tijd dat groepsleiders werken in teams van sociowoningen korter is. In grotere woongroepen blijken groepsleiders duidelijk langer deel uit te maken van het team. In woongroepen met grotere zorgzwaarte is er een lagere instroom van nieuwe medewerkers.

Tabel 8.14 Samenvatting van de antwoorden op de vijf deelvragen ‘woongroepkenmerken’.

Woongroepkenmerk	Personeelswisselingen		
	STAB	INFR	TOWG
INST		**	**
CLUS	+	--	--
SOC	*		**
NBEW			++
ZOZW		-	

*significant verschil; ** sterk significant verschil; + significant positief verband; ++ sterk significant positief verband; - significant negatief verband; -- sterk significant negatief verband

8.4 Onderzoeksvraag 2: verband tussen personeelswisselingen en teameffectiviteit

Onderzoeksvraag 2 luidt: *Is er een verband tussen personeelswisselingen en teameffectiviteit?* Tot deze onderzoeksvraag behoren vier deelvragen. Hierna worden de uitkomsten vermeld per deelvraag voor elke maat van personeelswisselingen afzonderlijk (STAB, INFR en TOWG).

Tabel 8.15 Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de uitslagen op de teameffectiviteit variabelen: arbeidssatisfactie (MAS), rolduidelijkheid (ROL), vertrouwen in eigen doelmatigheid (VER) en ervaren autonomie (AUT). Per instelling en voor het totaal aantal woongroepen (N = 180). ANOVA voor verschillen tussen instellingen.

Instelling		Teamfunctioneren			
		MAS	ROL	VER	AUT
A	M	3,57	5,40	5,76	5,17
	SD	0,24	0,30	0,58	0,66
B	M	3,53	5,38	5,57	5,25
	SD	0,28	0,37	0,71	0,62
C	M	3,34	5,33	5,39	5,14
	SD	0,23	0,30	0,55	0,44
D	M	3,62	5,70	5,77	5,20
	SD	0,24	0,23	0,49	0,46
E	M	3,42	5,22	5,37	5,12
	SD	0,21	0,33	0,67	0,40
Totaal	M	3,50	5,41	5,58	5,18
	SD	0,26	0,35	0,61	0,53
ANOVA	df	4	4	4	4
	F	7,432	12,922	3,663	0,360
	p	.000	.000	.007	.837

Noot. MAS betreft een 5-punt schaal. ROL, VER, en AUT betreffen 7-punt schalen

Tabel 8.15 toont de uitkomsten op de vier variabelen met betrekking tot teameffectiviteit in de vijf instellingen en in de totale groep. De verschillen tussen de instellingen zijn significant voor elke variabele behalve voor ervaren autonomie (AUT).

De vier deelvragen worden beantwoord aan de hand van de uitkomsten in tabel 8.16.

Tabel 8.16 Correlaties tussen arbeidssatisfactie (MAS), rolduidelijkheid (ROL), vertrouwen in doelmatigheid (VER) en ervaren autonomie (AUT), en de personeelsswisselingmaten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep'(TOWG)

Teamfunctioneren	Personeelsswisselingen		
	STAB	INFR	TOWG
MAS	.03	-.02	.18*
ROL	-.01	.15*	.34**
VER	.24**	-.10	.25**
AUT	.23**	-.08	.16*

N = 180

- Deelvraag 2.1: Is er een verband tussen PW en arbeidssatisfactie (MAS)?

Er wordt alleen een significant verband gevonden tussen arbeidssatisfactie en de 'tijd op woongroep'. Er is een klein positief verband tussen arbeidssatisfactie en de tijd die groepsleiders deel uitmaken van het woongroepsteam.

- Deelvraag 2.2: Is er een verband tussen PW en rolduidelijkheid (ROL)?

Er is een klein positief verband tussen rolduidelijkheid en de instroomfrequentie van nieuwe medewerkers in het woongroepsteam. Er is een duidelijker en groter verband tussen rolduidelijkheid en de tijd die medewerkers deel uitmaken van het woongroepsteam.

- Deelvraag 2.3: Is er een verband tussen PW en vertrouwen van het team in eigen doelmatigheid (VER)?

Er bestaat een significant positief verband tussen stabiliteit van het team en het vertrouwen van groepsleiders in eigen doelmatigheid. Er bestaat eveneens een significant positief verband tussen de tijd die medewerkers in hetzelfde team functioneren en het door hen geuite vertrouwen in eigen doelmatigheid.

- Deelvraag 2.4: Is er een verband tussen PW en de door de teamleden ervaren autonomie (AUT)?

In teams met een hogere stabiliteit (minder groepsleiders verlieten het team in de loop van een jaar) ervaren de respondenten meer autonomie. Er is geen verband tussen de door teamleden ervaren autonomie en het aantal nieuwe instromers. Er is een klein positief verband tussen ervaren autonomie en de duur van de periode dat groepsleiders werkzaam zijn in het team.

– Samenvatting

Stabiliteit van het woongroepsteam (STAB) vertoont een positief verband met vertrouwen in doelmatigheid van het eigen team (VER) en met de door groepsleiders ervaren autonomie in hun werk (AUT). Er is geen verband met arbeids-satisfactie noch met rolduidelijkheid.

De tijd die groepsleiders deel uitmaken van hun woongroepsteam (TOWG) is positief geassocieerd met elk van de vier effectiviteitsmaten; het verband is het sterkst met rolduidelijkheid (ROL) en vertrouwen in eigen doelmatigheid (VER).

Instroomfrequentie (INFR) heeft een klein verband met grotere rolduidelijkheid van de groepsleiders in het team.

8.5 Onderzoeksvraag 3: verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding

Onderzoeksvraag 3 luidt: *Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?* Hiertoe horen twee deelvragen.

Tabel 8.17 Gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD) van de uitslagen op de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (HARC en CPSQ) per instelling en voor het totaal aantal woongroepen (N = 180). ANOVA voor verschillen tussen instellingen.

Instelling		Ervaren kwaliteit van begeleiding	
		HARC	CPSQ
A	M	5,45	5,98
	SD	0,75	0,43
B	M	5,64	5,88
	SD	0,52	0,45
C	M	5,21	5,61
	SD	0,66	0,63
D	M	5,67	5,97
	SD	0,29	0,38
E	M	5,39	5,82
	SD	0,60	0,44
Totaal	M	5,47	5,86
	SD	0,61	0,48
ANOVA	df	4	4
	F	4,183	3,593
	p	.003	.008

In tabel 8.17 staan per instelling en voor de totale groep de uitkomsten op de vragenlijsten met betrekking tot ervaren inhoudelijke kwaliteit (HARC) respectievelijk ervaren relationele kwaliteit (CPSQ). Op beide maten zijn de verschillen tussen de instellingen significant.

- Deelvraag 3.1: Is er een verband tussen PW en de door familie ervaren inhoudelijke kwaliteit van begeleiding (HARC)?

Uit tabel 8.18 blijkt een significant positief verband tussen de tijd dat groepsleiders deel uitmaken van het team en de door familie ervaren inhoudelijke kwaliteit van

begeleiding. Er is geen verband tussen ervaren inhoudelijke kwaliteit en stabiliteit en instroomfrequentie van groepsleiders in de woongroepen.

Tabel 8.18 Correlaties tussen door familie ervaren inhoudelijke (HARC) en relationele (CPSQ) kwaliteit van begeleiding, en de personeelswisselingmaten stabiliteit (STAB), instroomfrequentie (INFR) en 'tijd op woongroep' (TOWG)

Ervaren kwaliteit	Personeelswisselingen		
	STAB	INFR	TOWG
HARC	.14	-.04	.19*
CPSQ	.16*	-.12	.24**

N = 180

- Deelvraag 3.2: Is er een verband tussen PW en door familie ervaren relationele kwaliteit van de begeleiding (CPSQ)?

Uit tabel 8.18 blijkt een positief verband tussen door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding en de stabiliteit van het woongroepsteam. Er is een duidelijk positief verband tussen relationele kwaliteit en de tijd dat groepsleiders deel uitmaken van het woongroepsteam. In teams met hogere gemiddelde diensttijd wordt een hogere tevredenheid van de familie met de relationele aspecten van de begeleiding aangetroffen.

Omdat beide kwaliteitsmaten niet onafhankelijk zijn (er is een intercorrelatie van $r = .66^{**}$, zie tabel B.8.5) werd ook de partiële correlatie berekend tussen CPSQ en TOWG, controlerend voor STAB; in dat geval is de correlatie $r = .21^{**}$. De significante correlatie tussen HARC en TOWG verdwijnt echter wanneer wordt gecontroleerd voor CPSQ ($r = .05$). Er is een duidelijk verband tussen CPSQ en TOWG. Omdat ook de twee personeelswisselingmaten STAB en TOWG niet onafhankelijk zijn (er is een intercorrelatie van $r = .19^{*}$) werd onderzocht of de significante correlatie tussen CPSQ en STAB stand houdt bij controle voor TOWG. Dit is niet het geval; de correlatie tussen CPSQ en STAB zakt dan van $r = .16^{*}$ naar $r = .12$ en is niet significant ($p = .13$).

De maat 'tijd op woongroep' blijkt de duidelijkste samenhang te vertonen met door familie ervaren (relationele) kwaliteit van begeleiding.

- Samenvatting

Het antwoord op onderzoeksvraag 3 luidt dat er een duidelijk positief verband bestaat tussen door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding en de tijd dat groepsleiders deel uitmaken van het woongroepsteam. Er is een klein positief verband tussen door familie ervaren inhoudelijke kwaliteit van begeleiding en de tijd dat groepsleiders deel uitmaken van het woongroepsteam.

8.6 Onderzoeksvraag 4: verband tussen teamfunctioneren en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding

Onderzoeksvraag 4 luidt: *'Is er een verband tussen teameffectiviteit en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding?'* Het spiegeleffect zoals beschreven door Heskett, Sasser en Schlesinger L.A. (1997) voorspelt een verband tussen arbeidssatisfactie van medewerkers en de kwaliteit van door cliënten ervaren dienstverlening. In hoofdstuk 6 zagen we dat onderzoek van Hartline en Ferrell (1996) en van Wetzels (1998) ook een verband laat zien tussen enerzijds de teamvariabelen rolduidelijkheid (ROL), vertrouwen in eigen doelmatigheid (VER) en ervaren autonomie (AUT) en anderzijds cliënttevredenheid. Daarop werd onderzoeksvraag 4 gebaseerd. De vier bijhorende deelvragen worden hierna behandeld.

- Deelvraag 4.1: Is er een verband tussen enerzijds door groepsleiders ervaren arbeidssatisfactie (MAS) en anderzijds door familie ervaren kwaliteit van inhoudelijke en relationele begeleiding (HARC en CPSQ)?

Op grond van tabel 8.19 kan een verband aangenomen worden tussen arbeidssatisfactie (MAS) en zowel de inhoudelijke ($r = .18^*$) als de relationele component ($r = .27^{**}$) van door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Het verband is duidelijker en groter met de relationele aspecten van ervaren kwaliteit. Het spiegeleffect wordt in de data van ons onderzoek dus teruggevonden, zij het dat de omvang van het verband met ongeveer 7 procent gemeenschappelijk verklaarde variantie, relatief bescheiden is

Tabel 8.19 Correlaties tussen door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (HARC en CPSQ) en arbeidssatisfactie (MAS) inclusief de factoronderdelen van de MAS-GZ (N = 180)

Arbeidssatisfactie	Ervaren kwaliteit	
	HARC	CPSQ
MAS (totaal)	.18*	.27**
MAS-GZ facetten		
LEI	.22**	.25**
PRO	.01	.14
KWA	.04	.08
COL	.09	.13
CLI	.15*	.16*
COM	.12	.24**
DUI	.19*	.26**

Noot. LEID = tevreden met leidinggevende, respectievelijk PRO = promotiemogelijkheden, KWA = kwaliteit van geleverde zorg, COL = collega's, CLI = cliënten, COM = gebruik van eigen competenties, DUI = duidelijkheid.

Nadere analyse van de schaalonderdelen van de MAS – zoals besproken in paragraaf 7.4.3 – laat zien dat het verband bestaat tussen ervaren inhoudelijke kwaliteit (HARC) en tevredenheid met leidinggevende (LEID) het duidelijkst is. Met ervaren relationele kwaliteit (CPSQ) bestaat de duidelijkste relatie met het facet 'tevredenheid met leidinggevende' (LEID). Een dergelijk verband is er ook met de facetten 'tevredenheid met gebruik van eigen competenties' (COM) en 'duidelijkheid' (DUI). Het verband tussen door familie ervaren kwaliteit en arbeids-

satisfactie wordt niet gemodereerd door de factoren clustergrootte, zorgzwaarte of groeps grootte.

In woongroepen met grotere arbeidssatisfactie van groepsleiders wordt significant een grotere tevredenheid van door familie ervaren kwaliteit van begeleiding aangetroffen. Het verband is het sterkst voor ervaren kwaliteit van relationele aspecten van de begeleiding ($r = .27^{**}$) en is het duidelijkst bij groepsleiders die meer tevreden zijn met hun leidinggevende ($r = .25^{**}$), met gebruik van eigen competenties ($r = .24^{**}$), en met de door hen ervaren duidelijkheid in het werk ($r = .26^{**}$).

- Deelvraag 4.2: Is er een verband tussen enerzijds door groepsleiders ervaren rolduidelijkheid (ROL) en anderzijds door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van begeleiding HARC en CPSQ?

Op grond van de gegevens uit tabel 8.20 kan worden geconcludeerd dat er een duidelijke correlatie bestaat tussen rolduidelijkheid en ervaren inhoudelijke ($r = .21^{**}$) kwaliteit van begeleiding. Er wordt ook een verband gevonden met door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding ($r = .17^*$).

Tabel 8.20 Correlaties tussen door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (HARC en CPSQ) en effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren, rolduidelijkheid (ROL), vertrouwen in doelmatigheid (VER) en ervaren autonomie (AUT) (N = 180)

Teamfunctioneren	Ervaren kwaliteit	
	HARC	CPSQ
ROL	.21**	.17*
VER	.06	.17*
AUT	.15*	.18*

- Deelvraag 4.3: Is er een verband tussen enerzijds door groepsleiders ervaren vertrouwen in doelmatigheid (VER) en anderzijds door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van begeleiding HARC en CPSQ?

Dit verband wordt op grond van tabel 8.20 alleen aangetroffen met de relationele kwaliteit van begeleiding ($r = .17^*$).

- Deelvraag 4.4: Is er een verband tussen enerzijds door groepsleiders ervaren autonomie (AUT) en anderzijds door familie ervaren inhoudelijke en relationele kwaliteit van begeleiding HARC en CPSQ?

Tabel 8.20 toont positieve maar bescheiden correlaties voor beide kwaliteitsaspecten: er is sprake van een verband.

- Samenvatting

Onderzoeksvraag 4 kan als volgt worden beantwoord. Het spiegeleffect tussen arbeidssatisfactie van dienstverleners en door cliënten ervaren kwaliteit wordt in de data teruggevonden, zij het dat het verband klein is en dat het het duidelijkst is voor

de relationele aspecten van ervaren kwaliteit. Dit spiegeleffect kan ook worden geconstateerd tussen door de familie ervaren inhoudelijke kwaliteit (HARQ) en rolduidelijkheid ROL ($r = .21^{**}$) respectievelijk AUT ($r = .15^*$), en tussen door familie ervaren relationele kwaliteit (CPSQ) en rolduidelijkheid (.17*), respectievelijk vertrouwen in doelmatigheid (.17*), en ervaren autonomie ($r = .18^*$). De correlaties zijn klein.

8.7 Onderzoeksvraag 5: personeelsswisselingen en het verband tussen teameffectiviteit en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding

Onderzoeksvraag 5 luidt: *‘Spelen personeelsswisselingen een rol bij het verband tussen teameffectiviteit en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding?’* Onderzocht wordt of personeelsswisselingen een moderator zijn van het gevonden spiegeleffect: treedt het spiegeleffect even duidelijk en even groot op onder omstandigheden van hoge of lage personeelsswisselingen? Met andere woorden, er zal worden nagegaan of er interactie-effecten bestaan tussen personeelsswisselingen en de vier effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren bij het voorspellen van ervaren kwaliteit van begeleiding. De algemene vorm van deze analyse is:

Waarin Y de criterium variabele van ervaren kwaliteit is (HARC of CPSQ); X achtereenvolgens elke variabele van teamfunctioneren zal zijn (MAS, ROL, VER, AUT); en Z de moderator variabele personeelsswisselingen (STAB, INFR en TOWG) zal zijn. Indicaties voor interacties worden berekend voor XZ (Baron & Kenny, 1983, p. 1175; Cohen & Cohen, 1983). De resultaten van de regressie-analyses staan in tabel B.8.7.

Naast deze werkwijze werd het totale bereik van de uitkomsten van elke PW maat opgesplitst in vier groepen (kwartielen) voor visuele inspectie van moderatoreffecten. Vervolgens werden de correlaties tussen HARQ respectievelijk CPSQ en MAS, ROL, VER en AUT binnen elk kwartiel afzonderlijk berekend. Op deze wijze wordt gekeken naar het verband tussen de variabelen teamfunctioneren en de ervaren kwaliteit van begeleiding in verschillende bereiken van PW. Indien PW geen rol speelt zal het verband binnen de verschillende kwartielen niet van elkaar verschillen. De uitkomst van deze procedure staat in de tabellen B8.8; B8.9 en B8.10.

Voor beide procedures geldt de aanname van een lineair verband tussen de betrokken variabelen.

Uit de regressieanalyse komen twee significante moderatoreffecten naar voren.

In de eerste plaats modereert de interactie tussen arbeidssatisfactie en stabiliteit negatief het verband tussen arbeidssatisfactie van groepsleiders en door familie ervaren tevredenheid met relationele kwaliteiten van de begeleiding. Bij lage waarden van stabiliteit (er zijn dan in de loop van het afgelopen jaar veel groepsleiders uit het team vertrokken) is er een sterk positief verband (spiegel-effect) tussen arbeidssatisfactie en ervaren kwaliteit: lage arbeidssatisfactie bij medewerkers gaat in dat geval sterker gepaard met lage tevredenheid met de door familie ervaren kwaliteit. Het omgekeerde geldt ook: als de arbeidssatisfactie hoog is, is in die situatie ook de tevredenheid van familie ook groot. Bij hoge stabiliteit is er geen verband tussen arbeidssatisfactie en tevredenheid van de familie. Dit wordt geïllustreerd door de cijfers in tabel B8.8 waar in het laagste kwartiel van STAB een correlatie van $r = .45^{**}$ wordt gevonden tussen MAS en CPSQ en in het hoogste kwartiel de correlatie nagenoeg afwezig is. Dit effect is ook te zien in tabel B8.9 bij de hoge waarde van INFR, hoewel dit niet blijkt uit de regressie analyse.

In de tweede plaats heeft de interactie tussen stabiliteit en rolduidelijkheid op vergelijkbare wijze een negatief moderatoreffect op het verband tussen rolduidelijkheid van groepsleiders en door familie ervaren tevredenheid met de relationele kwaliteit van de begeleiding. Lage stabiliteit van het woongroepsteam in samenhang met hoge mate van rolduidelijkheid van teamleden, gaat gepaard met lage tevredenheid van de familie over de relationele kwaliteit van de begeleiding.

In tabel B8.8 is dit effect zichtbaar waar bij lage waarden van STAB (op zich een ongunstige situatie want veel groepsleiders – gemiddeld 72 procent – zijn de afgelopen 52 weken uit het team vertrokken) een significante correlatie wordt aangetroffen tussen de ervaren rolduidelijkheid van de teamleden en de door familie ervaren relationele kwaliteit van zorg.

De andere gegevens uit de tabellen B8.8, B8.9 en B.8.10 zijn moeilijk te interpreteren en suggereren bij de TOWG variabele een niet-lineair verband. Op basis van de resultaten van de regressieanalyses uit tabel B8.7 is de conclusie gerechtvaardigd dat het spiegeleffect ‘onder ongunstige omstandigheden van personeelsswisselingen’ (lage stabiliteit) sterker optreedt dan onder ‘gunstige’ omstandigheden.

– Samenvatting

Het antwoord op de vijfde onderzoeksvraag luidt bevestigend. Met name de omvang van de stabiliteit van het woongroepsteam heeft een negatief effect op de relatie tussen enerzijds de factoren arbeidssatisfactie en rolduidelijkheid van het teamfunctioneren en anderzijds de door het cliëntsysteem ervaren relationele kwaliteit van begeleiding. Onder ongunstige omstandigheden van stabiliteit (een groot aantal groepsleiders verlaten het woongroepsteam in de loop van het jaar)

wordt een groter verband gezien tussen zowel arbeidssatisfactie en rolduidelijkheid in het team en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding.

8.8 Onderzoeksvraag 6: bijdrage van de gecombineerde variabelen organisatiekenmerken, personeelsswisselingen en teameffectiviteit aan de voorspelling van 'ervaren kwaliteit van begeleiding'

Onderzoeksvraag 6 luidt: *'Kan een model worden opgesteld van de samenhang tussen (1) woongroepkenmerken, (2) personeelsswisselingen en (3) teameffectiviteit als voorspellers van de door familie ervaren inhoudelijke (HARC) en relationele (CPSQ) kwaliteit van begeleiding?'*

De variabelen HARC (inhoudelijke kwaliteit) en CPSQ (relationele kwaliteit) worden afzonderlijk gebruikt als criterium voor het voorspellen van ervaren kwaliteit van begeleiding. Hiertoe werd een pad analyse uitgevoerd (Loehlin, 1998).

Een methodologische opmerking is hier vooraf op zijn plaats. In de analyse van de samenhang wordt geen rekening gehouden met de hiërarchische structuur van de data: de teams horen immers bij clusters, die op hun beurt binnen instellingen zijn gesitueerd. De teams zijn daarmee niet onafhankelijk van elkaar. In tegenstelling tot regressie-analyse houdt multilevel analyse wel rekening met de hiërarchische structuur van de data. Om eventuele effecten van de hiërarchische datastructuur te verdisconteren werd met dezelfde variabelen een multilevel regressie uitgevoerd (Goldstein, 1995; Woodhouse, 1996). Bij een sterke clustering van teams binnen organisatieclusters en van organisatieclusters binnen instellingen, is multilevel analyse een meer aangewezen benadering, maar leidt vaak ook tot een hogere schatting van de standaardfouten, waardoor effecten minder snel statistisch significant worden. De resultaten van de multilevel analyse staan in tabel B8.11. Hieruit blijkt dat 92 procent van de variantie van de HARC variabele op het teamniveau ligt en (slechts) drie, respectievelijk 5 procent op cluster-, respectievelijk op instellingsniveau. Beide laatste percentages zijn niet significant. Bij de CPSQ variabele blijkt 86 procent van de variantie op teamniveau te liggen, en negen respectievelijk 5 procent op cluster- en instellingsniveau. Beide laatste percentages zijn niet significant. Met de kanttekening dat er mogelijk te weinig instellingen en clusters zijn betrokken in het onderzoek, mag geconcludeerd worden dat een multilevel analyse niet geïndiceerd is en niet zou leiden tot substantieel andere bevindingen dan hier gerapporteerd.

Met pad analyse wordt gezocht naar het empirische verband tussen alle variabelen van de organisatiekenmerken (A), de personeelsswisselingen (PW) en van team-functioneren (B) als voorspellers van de ervaren kwaliteit van begeleiding. Daarbij werd de werkwijze van Hatton et al. (1999) en Hatton et al. (2001) gevolgd.

Figuur 8.1 Rankschikking variabelen in volgorde van veronderstelde invloed op door familie ervaren kwaliteit

In een eerste stap werden drie groepen van voorspellers opgesteld; dit zijn de variabelen van het theoretisch kader waarbij in figuur 8.1 de volgorde van veronderstelde samenhang wordt getoond bij de voorspelling van door familie ervaren kwaliteit. De eerste groep zijn de woongroepkenmerken, de tweede groep zijn de personeelsswisselingmaten, de derde groep zijn de effectiviteitsaspecten van het teamfunctioneren, en de te voorspellen variabele is de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Vervolgens werd een multiële regressie analyse uitgevoerd op het criterium 'ervaren kwaliteit van begeleiding'. Alleen variabelen met significante gestandaardiseerde regressiecoëfficiënten (β) worden behouden als relevant pad. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre deze significante variabelen zelf verklaard kunnen worden vanuit antecedente variabelen. Deze analyse leverde voor de afhankelijke variabele 'inhoudelijke kwaliteit van begeleiding' (HARC) in de eerste regressie analyse geen enkele significante β -coëfficiënt op (tabel B.8.12); deze variant wordt daarom niet besproken.

Figuur 8.2 Pad diagram met voorspellers van door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding (CPSQ)

De uitkomsten van de multiële regressie analyse met 'relationele kwaliteit van begeleiding' (CPSQ) staan in tabel B8.13. De visualisering van de gevonden verbanden staat in figuur 8.2. Bij deze uitkomsten moet worden aangetekend dat er een relatief sterk verband wordt aangetroffen tussen clustergrootte en de te voor-

spellen afhankelijke variabele 'relationele kwaliteit' ($\beta = .213$). De p-waarde van dit verband ligt net boven het α -niveau van 5 procent ($p = .067$). Het positieve verband tussen clustergrootte en door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding – binnen de constellatie van de gezamenlijke variabelen – is opmerkelijk omdat tussen beide afzonderlijk geen correlatie werd gevonden (tabel B8.5). Met de aantekening dat het hier om een marginaal significant verband gaat wordt dit resultaat indicatief weergegeven in figuur B8.1.

De met het pad model totaal verklaarde variantie van door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding, bedraagt 15 procent.

Samenvattend luidt het antwoord op onderzoeksvraag 6 dat de door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding het best wordt voorspeld door een combinatie van (1) arbeidssatisfactie, (2) 'tijd op woongroep', (3) grootte woongroep, (4) zorgzwaarte en (5) clustergrootte, zoals getoond in figuur 8.2. Er moet daarbij worden aangekend dat ook een direct verband tussen clustergrootte en de uitkomstvariabele CPSQ, op grond van significantie op het niveau $p = .067$, niet mag worden uitgesloten.

8.9 Samenvatting van de resultaten

In tabel 8.21 staat een beknopte samenvatting van de in dit hoofdstuk gevonden resultaten. De bespreking van de resultaten volgt in hoofdstuk 9.

Tabel 8.21 Samenvatting van de resultaten (onderzoeksvragen 1, 2, 3, 4, 5, & 6 en bijhorende onderzoeksdeelvragen)

Tabel 8.21a Samenvatting resultaten onderzoeksvragen 1, 2 & 3

Onderzoeksvraag en deelvraag	Personeelwisselingen (PW) Modaliteiten / maten		
	Stabiliteit	Instroomfrequentie	Tijd op woongroep
1. Verband tussen organisatie- kenmerken en PW			
1.1 Instelling		**	**
1.2 Clustergrootte	+	--	--
1.3 Sociowoning	+		**
1.4 Groepsgrootte			++
1.5 Zorgzwaarte		-	
2. Verband tussen PW en teameffectiviteit			
2.1 Arbeidssatisfactie			+
2.2 Rolduidelijkheid		+	++
2.3 Vertrouwen in eigen doelmatigheid	++		++
2.4 Ervaren autonomie	++		+
3. Verband tussen PW en door familie ervaren kwaliteit			
3.1 inhoudelijke kwaliteit			+
3.2 relationele kwaliteit			++

Tabel 8.21b Samenvatting resultaten onderzoeksvragen 4 & 5

Onderzoeksvraag en deelvraag	Ervaren kwaliteit van begeleiding	
	Inhoudelijk	Relationeel
4. Verband tussen teameffectiviteit en ervaren kwaliteit		
4.1 arbeidssatisfactie	+	+ +
4.2 rolduidelijkheid	+ +	+
4.3 vertrouwen in eigen doelmatigheid		+
4.4 ervaren autonomie	+	+
5. Personeelwisselingen als moderator van verband teameffectiviteit en ervaren kwaliteit		
5.1 arbeidssatisfactie		Stabiliteit = moderator
5.2 rolduidelijkheid		Stabiliteit = moderator
5.3 vertrouwen in eigen doelmatigheid		
5.4 ervaren autonomie		

Tabel 8.21c Samenvatting resultaten onderzoeksvraag 6

6. Model van samenhang tussen woongroepkenmerken, personeelwisselingen en teameffectiviteit als voorspellers van ervaren kwaliteit van begeleiding.

Not: * significant verschil; ** sterk significant verschil; + significant positief verband; ++ sterk significant positief verband; - significant negatief verband; -- sterk significant negatief verband; 'stabiliteit' = moderator: lage stabiliteit gaat gepaard met significante hoge correlatie van zowel arbeidssatisfactie als rolduidelijkheid met ervaren relationele kwaliteit van begeleiding.

9

Conclusie, discussie en aanbevelingen

9.1 Conclusies

Deze studie werd ondernomen met het doel inzicht te verwerven in het verschijnsel personeelsswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Er werd gezocht naar de samenhang tussen personeelsswisselingen (PW), organisatiekenmerken (A), teameffectiviteit (B) en door de familie van bewoners ervaren kwaliteit van begeleiding (C). Deze vormen de vier kernelementen van de probleemstelling (figuur 9.1).

Figuur 9.1 Kernelementen van de probleemstelling

Met betrekking tot deze kernelementen vond een literatuurverkenning plaats (hoofdstukken 2, 3 en 4) die werd afgesloten met een conclusie en de definitieve formulering van onderzoeksvragen (hoofdstuk 5). Daarna werd een empirisch onderzoek opgezet en uitgevoerd (hoofdstukken 6, 7 en 8). Op grond hiervan kunnen in dit hoofdstuk de volgende conclusies worden geformuleerd.

Historische bronnen tonen aan dat ‘verloop’ in professionele residentiële zorgorganisaties voor mensen met verstandelijke beperkingen van alle tijden is en samenhangt met economische en conjuncturele factoren (zoals bijvoorbeeld de arbeidsmarkt), culturele factoren (zoals bijvoorbeeld het stoppen met werken bij huwelijk of het werken van religieuzen in de zorg), en branchegebonden factoren (zoals het imago van het werk). Over de verhouding tussen ‘verloop’ en interne ‘personeelsswisselingen’ in het verleden bestaan geen cijfers. Wel is aannemelijk dat personeelsswisselingen samenhangen met de sterke professionalisering en de bedrijfsmatige opzet van residentiële zorg na invoering van de AWBZ. Daarnaast toont het historisch perspectief aan dat ondanks verschuivingen in dominerende zorgvisies en organisatiestructuren, de structuur van de basiseenheid of *operating core* van residentiële instellingen en de groepsmatige werkprocessen van *front-line* medewerkers niet noodzakelijk mee veranderen. Woongroepen werden tijdens de laatste decennia wel kleiner en huisvesting verschuift vanaf het midden van de jaren negentig in snel tempo van het instellingsterrein naar ‘buiten’, maar koppeling van woongroep en woongroepsteam, de functionele opbouw van woongroepteams en een zekere standaardisering van teamstructuren onafhankelijk van doelgroepen, bleven in de praktijk bestaan. Steeds kleiner wordende (wat betreft FTE) en gelijktijdig meer versnipperd rakende woongroepteams (wat betreft *aantal* medewerkers: 83 procent werkt deeltijds) verhogen de gevoeligheid van residentiële begeleidingsteams voor personeelsswisselingen.

De vakliteratuur toont aan dat deze wisselingen bij familie van cliënten maar ook bij professionele begeleiders een continue bron van ergernis vormen. Het grootste deel van personeelswisselingen hangt niet samen met verloop, maar wordt door de organisatie zelf geïnduceerd; met name door de wijze waarop in vervanging van zieke of om andere redenen tijdelijk afwezige medewerkers wordt voorzien en door overplaatsingen van groepsleiders tussen woongroepen om andere redenen (bijvoorbeeld: aansluiting tussen competenties van groepsleiders en begeleidingseisen; jobrotation). Ruim eenderde van alle personeelswisselingen hangt samen met overplaatsingen van groepsleiders tussen woongroepeteams.

Op grond van de wetenschappelijke literatuur is duidelijk dat frequente wisselingen van begeleiders risicofactoren vormen voor de teameffectiviteit en voor de continuïteit en de kwaliteit van de begeleiding. Personeelswisselingen belemmeren zowel inhoudelijke aspecten van de begeleiding (wàt cliënten ontvangen) als relationele aspecten van de begeleiding (responsiviteit, communicatie en bejegening). Personeelswisselingen hebben een negatieve invloed op de sociaal-emotionele aspecten van begeleiding van de cliënten (responsiviteit en gehechtheid), beperken de continue beschikbaarheid van kennis (van individuele begeleidingsvragen en begeleidingsstrategieën) en belemmeren de implementatie van begeleidings-, informatie- en kwaliteitssystemen.

Zowel cliënttevredenheid als werkreacties van teamleden in de *front-office* vormen in de context van kwaliteitszorg relevante indicatoren. In de wederkerige relaties tussen dienstverlenende organisaties en cliëntsystemen kunnen personeelswisselingen worden opgevat als verstoringen van de relationele continuïteit van de begeleiding. Continuïteit van begeleiding is voor het functioneren van mensen met verstandelijke beperkingen, en derhalve voor de kwaliteit van begeleiding een belangrijke factor.

Personeelswisselingen zijn vanuit het cliëntperspectief nauwelijks voorwerp van empirisch onderzoek geweest. Dat is wel het geval voor 'verloop' vanuit organisatieperspectief. Uit studies in residentiële instellingen met de omvang van het verloop als uitkomstvariabele, blijken de volgende interne organisatiefactoren relevant: (soort) instelling, woongroep op instellingsterrein of binnen de samenleving, grootte en zorgzwaarte van woongroepen. Verder blijken werkreacties van medewerkers (waaronder arbeidssatisfactie, participatie in besluitvorming, doelmatige onderlinge samenwerking en duidelijkheid over hun taken) samen te hangen met verloop.

De meest recente conceptualisering van 'verstandelijke beperkingen' erkent de belangrijke rol van de omgeving voor het functioneren van personen met functioneringsproblemen.

Sociaal-ecologische modellen laten zien dat de primaire omgeving van de persoon (zoals gezin of woongroep) daarin een cruciale rol vervult. Binnen deze micro-omgeving vinden de interacties van de persoon met anderen plaats en worden

invloeden van andere contexten (bijvoorbeeld: het woongroepcluster, de instellingsorganisatie, de regelgeving, de cultuur) doorgegeven. Bronfenbrenners sociaal-ecologische theorie laat zien dat relaties tussen (begeleidende) personen in twee verschillende primaire omgevingen van de cliënt (in ons geval: familie en groepsleiders in woongroepen) van belang zijn voor de interacties van begeleiders met cliënten binnen de woongroep. Zo beïnvloedt het vertrouwen tussen familie en woongroepsteam (twee primaire microsystemen van de persoon met verstandelijke beperkingen) de effectiviteit van de begeleidingsrelaties van dit team met bewoners van de woongroep.

In de marketingtheorie van dienstenorganisaties blijken modellen te bestaan die geheel compatibel zijn met deze inhoudelijke implicaties van de sociaal-ecologische theorie. Met name het model van Hartline en Ferrell legt verbanden tussen de door cliënten *ervaren kwaliteit van dienstverlening* en factoren als *arbeidssatisfactie*, *rolduidelijkheid*, *vertrouwen in eigen doelmatigheid* en *ervaren autonomie* van het dienstenteam. Deze laatste vormen, in de context van kwaliteit van dienstverlening, effectiviteitsfactoren. Het ligt voor de hand om te veronderstellen dat personeelwisselingen een negatief effect hebben op deze effectiviteitsfactoren.

Aan de hand van de inhoudelijk gerichte sociaal-ecologische theorie en van de organisatiegerichte marketingtheorie werden richtinggevende stellingen geformuleerd. Op basis hiervan werd vervolgens een theoretische model uitgewerkt (figuur 9.2).

Figuur 9.2 Theoretisch model

De probleemstelling voor het onderzoek luidde: 'Wat is de samenhang tussen personeelsswisselingen (PW), organisatiekenmerken (A), effectiviteit van het teamfunctioneren (B), en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (C)?'

Het theoretische model gaf ordening aan de variabelen die uit de literatuurstudie naar voren waren gekomen en liet toe de onderzoeksvragen als volgt te formuleren:

1. Is er een verband tussen woongroepkenmerken en personeelsswisselingen (A-PW)?
2. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en teameffectiviteit (PW-B)?
3. Is er een verband tussen personeelsswisselingen en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (PW-C)?
4. Is er een verband tussen de teameffectiviteit en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (B-C)?
5. Welke rol spelen personeelsswisselingen bij het eventuele verband tussen de teameffectiviteit en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding (PW-B/C)?
6. Kan een model worden opgesteld van de samenhang tussen (1) woongroepkenmerken, (2) personeelsswisselingen en (3) kenmerken van teamfunctioneren als voorspellers van de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (A-PW-B-C)?

De beantwoording van deze vragen leidt tot de volgende conclusies.

- 1.1 De gemiddeld aangetroffen *teamstabiliteit* is 66 procent: na één jaar is gemiddeld tweederde van de vaste teambezetting nog aanwezig. Instellingen verschillen onderling niet significant wat betreft de gemiddelde stabiliteit van de woongroepteams. Er werd wel een grote variatie aangetroffen: van teams met een stabiliteit van nul ($n = 2$) tot 100 procent ($n = 18$). Stabiliteit lijkt op instellingsniveau vooral samen te hangen met de factor 'verloop'. Gemiddeld bedraagt de *instroom van nieuwe teamleden* in de loop van een jaar 64 procent. Ook hier zijn er grote variaties: in vijf teams betrof de instroom méér dan 200 procent; in twee teams was er geen instroom van nieuwe teamleden. De verschillen tussen de instellingen zijn voor deze maat wel significant. De instroomfrequentie is meer functie van het vervangingsbeleid van de instelling.
De *gemiddelde diensttijd* van groepsleiders binnen het team ('tijd op woongroep') bedroeg in de onderzochte woongroepen drieënveertig maanden. Ook hier bestaat een grote variatie: in 25 procent van de gevallen bedroeg deze minder dan tweeëntwintig maanden; in 25 procent bedroeg de gemiddelde diensttijd méér dan tweeënzestig maanden. Instellingen verschillen significant op deze maat.
- 1.2 De *stabiliteit* van teams is hoger naarmate woongroepen deel uitmaken van grotere clusters. Ook in sociowoningen is de stabiliteit hoger. De *instroomfrequentie* van nieuwe groepsleiders is gunstiger (lager) in teams die

deel uitmaken van grotere clusters en eveneens iets gunstiger in woongroepen met grotere zorgzwaarte. In grotere woongroepen maken groepsleiders langer deel uit van het team. Kleine teams en kleine clusters van teams vormen ongunstige factoren voor de omvang van personeelswisselingen.

- 2.1 Er is een positief verband tussen de *stabiliteit* van het woongroepsteam en door groepsleiders ervaren vertrouwen in doelmatigheid van hun team en de door hen ervaren autonomie. Er is ook een positief verband tussen de *verblijfsduur* van groepsleiders in hun team en de gemiddelde arbeidssatisfactie, rolduidelijkheid, vertrouwen in doelmatigheid en autonomie van teamleden.
- 2.2 Grotere *stabiliteit* van het woongroepsteam gaat gepaard met groter vertrouwen in eigen doelmatigheid en met een grotere ervaren autonomie van het team. Een langere gemiddelde verblijfsduur in het team gaat gepaard met gunstiger uitkomsten voor alle aspecten van teameffectiviteit: arbeidssatisfactie, rolduidelijkheid, vertrouwen in eigen doelmatigheid en ervaren autonomie.
- 3.1 Waar groepsleiders langer deel uitmaken van hun woongroepsteam, blijkt gemiddeld een hogere tevredenheid van de familie met de relationele aspecten van de kwaliteit van begeleiding te bestaan. Bij stabielere teams is de familie daarenboven meer tevreden over de inhoudelijke kwaliteit van de begeleiding.
- 3.2 Er is een duidelijk positief verband tussen door familie ervaren kwaliteit van begeleiding en (minder) personeelswisselingen.
4. In woongroepen waar groepsleiders meer arbeidssatisfactie ervaren blijkt de familie een hogere kwaliteit van begeleiding te ervaren. Dit verband bestaat ook met door groepsleiders ervaren rolduidelijkheid en autonomie. Er is sprake van een spiegeleffect waarbij de causaliteit van het effect voorzichtig benaderd moet worden; uit de literatuur blijkt een wederkerig effect te bestaan tussen effectiviteitaspecten en cliënttevredenheid. De gevonden correlaties van het spiegeleffect zijn klein en de gemeenschappelijke variantie is nergens groter dan 7 procent. Van de zeven facetten van arbeidssatisfactie van de MAS-GZ, blijken de facetten tevredenheid met 'leidinggevende', 'mogelijkheden tot realiseren van eigen competenties' en 'duidelijkheid' het sterkste verband met cliënttevredenheid te hebben.
5. Er is een wisselwerking tussen de *stabiliteit* van het team en het verband tussen respectievelijk arbeidssatisfactie en rolduidelijkheid, en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Lagere stabiliteit van het woon-

groepsteam blijkt een groter effect te hebben op het spiegeleffect tussen arbeidssatisfactie of rolduidelijkheid en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Lagere stabiliteit lijkt het spiegeleffect te sensibiliseren: in dat geval is lage arbeidssatisfactie sterker verbonden met lagere tevredenheid van familie, maar omgekeerd is een hogere arbeidssatisfactie in dat geval verbonden met een hogere tevredenheid van familie met de begeleiding.

6. De combinatie van hogere *arbeidssatisfactie*, langere *'tijd op woongroep'*, lagere zorgzwaarte, grotere *woongroepgrootte* draagt het meest bij tot de verklaring van de tevredenheid van de familie met de *relationele* kwaliteit van begeleiding. Daarbij lijkt een grotere clusteromvang eveneens een positieve rol te spelen. In totaal kan 15 procent van de variantie in tevredenheid met deze factoren worden verklaard.

9.2 Discussie

9.2.1 Methodologische beschouwingen

Voor de interpretatie van de uitkomsten van ons onderzoek zijn de volgende methodologische kanttekeningen van belang.

Ten eerste is de keuze voor de instellingen uit dit onderzoek niet aselekt tot stand gekomen. Weliswaar betreft het instellingen waarvan de populatie cliënten representatief is voor de totale populatie van Nederlandse instellingen, maar dat geldt niet noodzakelijk voor de regionale arbeidsmarkten waarbinnen de instellingen functioneren. Verschillen in deze arbeidsmarktsituaties kunnen van invloed zijn op verloop en daarmee ook op een deel van de geconstateerde personeelsswisselingen. Vooral de stabiliteitsmaat kan daarvoor gevoelig zijn. Generalisatie van de uitkomsten naar 'alle' Nederlandse residentiële instellingen is daarom niet zonder meer mogelijk.

In de tweede plaats gaat het om een cross-sectioneel onderzoek. Ook al werden de gegevens over personeelsswisselingen over de periode van een vol jaar verzameld, toch werden de werkreacties van groepsleiders en de tevredenheid van familie slechts op één moment gemeten. Het is niet mogelijk om aan de hand van dit soort cross-sectioneel onderzoek causale verbanden vast te stellen. Alle in dit onderzoek gerapporteerde verbanden moeten daarom als correlatieve verbanden worden gezien. Ook de complexere verbanden zoals die bij de onderzoeksvragen vijf en zes werden onderzocht, leiden niet tot uitspraken over causaliteit van de onderzochte samenhang. Dit belet niet dat kennis van deze verbanden relevante wetenschappelijke en praktische inzichten kan opleveren.

Ten derde heeft ons onderzoek betrekking op het woongroepniveau. De reden hiervoor is dat personeelsswisselingen zich op dat niveau voordoen en hier dan ook een koppeling tussen personeelsswisselingen en de factoren van teamfunctioneren en van kwaliteitsservaringen van de familie kan worden gemaakt. Voordeel is dat deze uiteenlopende factoren gelijktijdig, binnen één analyse kunnen worden onder-

zoekt. Nadeel is dat de informatie van het individuele niveau (van medewerkers en familie) ongebruikt blijft. Omdat het aantal instellingen beperkt is en dit onderzoek niet gericht was op factoren op individueel niveau, werd geen multilevel analyse toegepast. Een dergelijke analyse zou op dezelfde data in principe wel mogelijk zijn, zij het dat in dat geval zou gaan om twee afzonderlijke analyses (één voor de werkreacties van medewerkers, en één voor de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding). Personeelswisselingen zouden dan als woongroepkenmerk kunnen worden beschouwd. Nadeel is dat in het geval van analyse van de werkreacties, de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding niet kan worden betrokken. In het geval van analyse van door familie ervaren kwaliteit, geldt *mutatis mutandis* hetzelfde voor de werkreacties. Dit belet niet dat het zinvol is deze afzonderlijke analyses in de toekomst uit te voeren.

Ten vierde werd in onze analyses impliciet uitgegaan van lineaire verbanden tussen de variabelen. Het theoretische model geeft geen aanleiding om andere verbanden te veronderstellen en inspectie van *scatterplots* van de onderzochte verbanden leverde geen overtuigende afwijkingen van lineariteit op. Tabel B8.9 laat een onverwacht verloop zien van de correlaties tussen arbeidssatisfactie (MAS) en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (CPSQ) in de vier bereiken van de instroomfrequentie (INFR), maar dit geeft onvoldoende aanleiding om de veronderstelling van lineariteit te verwerpen. Voorts werden significante correlaties gevonden tussen de responspercentages en zowel de mate van arbeidssatisfactie als de 'tijd op woongroep' (paragraaf 8.1.3). Dit kan motivatiefactoren weerspiegelen: langer verblijf binnen het zelfde team (waarbij ook een gemiddeld hogere arbeidssatisfactie wordt aangetroffen: tabel 8.16; $r = .18^*$) kan gepaard zijn gegaan met grotere participatiegeneigdheid met het onderzoek. Hiermee is in de analyses geen rekening gehouden.

Ten vijfde werd in dit onderzoek geen rekening gehouden met het 'wie' aspect van de kwaliteit van dienstverlening; het type dienstverlener (functie) kan van invloed zijn op de individuele ervaring van de ontvangen dienst (De Vries, Van Helsdingen & Kasper, 2001) en op effectiviteitsaspecten (Zijlstra, 2003). Ons onderzoek betreft de cliëntervaringen met betrekking tot teamprestaties als geheel.

9.2.2 Inhoudelijke beschouwingen

1. *Teamstabiliteit*

Stabiliteit van de woongroepteams blijkt een sensibiliserende factor voor het verband tussen teamfunctioneren en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Dat betekent dat de organisatie bijzonder bedacht moet zijn op situaties waarin de stabiliteit van het team onder druk staat. In dergelijke gevallen dient aandacht te worden besteed aan de arbeidssatisfactie van teamleden en aan de duidelijkheid van hun rol in het begeleidingsproces van de cliënten (Hatton et al., 1999). Gelijktijdig dient extra aandacht te worden besteed aan de relatie tussen het team en de contacten met het sociale netwerk van de bewoners. Wanneer relatief veel leden

van het vaste team binnen een jaar vertrekken, kan het vertrouwen in het team worden behouden of bevorderd door 'derden', die zowel het vertrouwen van de groepsleiders als de familie genieten, een brugfunctie te laten vervullen (zie paragraaf 4.2.2). In de meeste (traditionele) residentiële instellingsorganisaties is dit een functie van maatschappelijk werkenden. Ook een leidinggevende (buiten het woongroepsteam), persoonlijk begeleider of andere medewerkers die een langere relatie hebben met de bewoner en de familie (bij voorkeur buiten het woongroepsteam), kunnen deze brugfunctie vervullen. Het voorzien in een dergelijke brugfunctie vormt een aandachtspunt in kleinere en zelfstandig werkende teams.

2. *Instroom van nieuwe groepsleiders*

Voor het beperken van door de organisatie zelf geïnduceerde personeelsswisselingen dienen residentiële instellingen hun vervangingsbeleid kritisch te bekijken. Vervanging van (tijdelijk) afwezige groepsleiders dient zo dicht mogelijk bij de woongroep te worden georganiseerd met medewerkers die bekend zijn met de overige teamleden, met de bewoners en met de technologie (werkwijzen, procedures, attitudes, systemen). Dit aspect verdient vooral aandacht in woongroepen met grotere zorgzwaarte omdat hier soms een hogere instroomfrequentie wordt geconstateerd. Het grote aandeel van niet-uitstelbare, dagelijks terugkerende en fysieke begeleidingsactiviteiten maakt dat vervanging dringender gewenst is dan in woongroepen waarvan de bewoners zelfstandiger zijn en begeleidingsactiviteiten gemakkelijker uitstelbaar zijn.

Grotere woongroepen en grotere verbanden van woongroepen blijken gunstige factoren te zijn, mits vervanging binnen dit verband kan worden geregeld. In het belang van de effectiviteit van het teamfunctioneren en de door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit van begeleiding dient aandacht te worden besteed aan de omvang en de samenstelling van het begeleidend team.

3. *Gemiddelde dienstijd binnen het woongroepsteam*

Daarnaast moet de gemiddelde totale dienstijd van een team kritisch gevolgd worden. Wanneer ingrijpende veranderingen in de teamsamenstelling onvermijdelijk of juist wenselijk zijn, zouden zoveel als mogelijk die maatregelen genomen moeten worden die de gemiddelde 'tijd op woongroep' het minst negatief beïnvloeden. Men moet dus vermijden dat meerdere groepsleiders met lange dienstijd binnen in het team gelijktijdig of binnen een kort tijdbestek het team verlaten. Op die manier blijft kennis over de begeleiding van de bewoners behouden en maakt overdracht van deze kennis naar nieuwe teamleden meer kans. Vanwege de impact van personeelsswisselingen op het teamfunctioneren en op de kwaliteitsservaring van het cliëntsysteem moeten deze worden beschouwd als kwaliteitsindicatoren.

9.2.3 Wetenschappelijke beschouwingen

1. *Wisselingen versus verloop*

Door het management van organisaties wordt *verloop* algemeen gezien als een indicator voor effectiviteit en kwaliteit. Als zodanig behoort deze factor ook tot de benchmarking in het kader van kwaliteit en performance van gehandicapten-organisaties (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2002c). Waar het gaat om de kwaliteit van het primaire proces of de '*service encounter*' zelf waar de interactie tussen dienstverleners en cliënten plaatsvindt, is 'verloop' geen goede indicator omdat daarmee een grove onderschatting wordt gemaakt van de discontinuïteit die de cliënten in werkelijkheid ondervinden. In onderzoek naar kwaliteit of performance van vraaggerichte begeleidingsprocessen dient dan ook de voorkeur te worden gegeven aan personeelsswisseling-maten boven verloopmaten. In dit onderzoek werden drie verschillende maten geconstrueerd voor het meten van verschillende modaliteiten van personeelsswisselingen: stabiliteit van het team, instroomfrequentie van nieuwe medewerkers, en de (gemiddelde) duur van het teamlidmaatschap. De stelling van Arrow en McGrath dat continuïteit en verandering in teamsamenstelling verschillende fenomenen zijn en tot verschillende effecten leiden (paragraaf 3.2.1), wordt door ons onderzoek bevestigd.

2. *Teameffectiviteit en kwaliteit van dienstverlening*

De in ons onderzoek gevonden verbanden zijn in overeenstemming met de door Hartline & Ferrell (1996) gevonden relaties tussen effectiviteitsaspecten van dienstteams en de door cliënten waargenomen kwaliteit van dienstverlening. Binnen dit model kunnen op grond van ons onderzoek, personeelsswisselingen worden opgevat als belemmerende factoren voor de teameffectiviteit in dienstverlening met een langdurige karakter en met name daardoor als belemmerende factoren voor de door cliënten ervaren kwaliteit van de dienstverlening. De factor 'personeelsswisselingen binnen een dienstteam' dient daarom in marketing- of kwaliteitsstudies naar cliënttevredenheid als een relevante belemmerende of bevorderende factor te worden beschouwd. Het door ons geformuleerde theoretische kader is een bruikbaar model voor de studie van deze factoren.

3. *Marketingtheorie en sociaal-ecologische theorie*

Onze studie laat zien dat organisatie- en inhoudelijke benaderingen van zorg en ondersteuning geen conflicterende benaderingen zijn. Er bestaat congruentie tussen de inhoudelijke sociaal-ecologische benadering van professionele begeleiding van mensen met verstandelijke beperkingen en de organisatie-theoretische benadering, in het bijzonder de benadering vanuit de marketingdiscipline. Deze congruentie is verankerd in de interacties tussen directe dienstverleners (*front-line* medewerkers) en

cliënten. Deze vinden plaats binnen dyades die daarmee als het werkzame aspect van de dienstenrelatie kunnen worden opgevat. Voor de studie van deze *service-dyades* vormt zowel de sociaal-ecologische theorie als de marketingtheorie een relevant kader. De uitkomsten van empirisch onderzoek vanuit beide theorieën vormen relevante kennisbronnen voor de *evidence-based* organisatie van primaire dienstenteams en voor de opleiding van *front-line* medewerkers. Gezien de omvang van het huidige *body of knowledge* van de marketingdiscipline ligt hierin een vruchtbare voedingsbodem voor opleiding, organisatieontwikkeling en kwaliteitszorg in de professionele ondersteuning van mensen met verstandelijke beperkingen.

9.3 Aanbevelingen

9.3.1 Aanbevelingen in het kader van kwaliteitsbeleid

1. *Continuïteit in de begeleiding*

Personeelwisselingen dienen in het kader van vraaggerichte en klantgerichte zorg als *kwaliteitsindicatoren* te worden aangemerkt: er is een duidelijk verband tussen personeelwisselingen en zowel de effectiviteit van het begeleidend team als de door cliënten ervaren kwaliteit van de dienstverlening. Om die reden verdient het aanbeveling om personeelwisselingen op het niveau van de primaire dienstenteams te monitoren.

Monitoring dient plaats te vinden op drie modaliteiten van personeelwisselingen:

- De *stabiliteit* van het team (aantal medewerkers dat het afgelopen jaar constant deel uitmaakte van het vaste team in relatie tot de omvang van het team).
- De *instroomfrequentie* van nieuwe medewerkers (aantal voor het eerst instromende medewerkers, ongeacht de duur van hun teamlidmaatschap, in relatie tot de omvang van het team).
- De *gemiddelde tijd* dat alle huidige medewerkers deel uitmaken van het betreffende team.

Deze modaliteiten dienen als afzonderlijke indicatoren te worden aangemerkt.

Op grond van dit onderzoek is het niet mogelijk om exacte drempelwaarden van deze indicatoren op te stellen. Het onderzoek geeft wel aanleiding om voor te stellen een stabiliteitswaarde van 50 procent of lager als indicatie van problematische stabiliteit te hanteren (paragraaf 8.7). Dat betekent dat wanneer in de loop van een jaar 50 procent van de *vaste* teamleden uit de begeleiding van de cliënten verdwijnt het risico op een sterk verband tussen lage arbeidssatisfactie, verminderde rolduidelijkheid en lage tevredenheid van de familie met de kwaliteit van de begeleiding sterk toeneemt. In dat geval moeten arbeidssatisfactie en rolduidelijkheid van teamleden aandacht krijgen.

Wanneer veel tijdelijke vervanging van medewerkers in (woongroep)teams plaatsvindt – gemeten over de laatste twaalf maanden (hoge instroomfrequentie) –

moeten gelijktijdige neerwaartse verschuivingen in stabiliteit (vertrek van vaste teamleden) en in de gemiddelde diensttijd van de teamleden worden vermeden. Een indicatiewaarde van een problematische instroomfrequentie van vervangers kan bij 100 procent worden geplaatst (evenveel verschillende tijdelijke vervangers als er vaste teamleden zijn stromen binnen twaalf maanden in – paragraaf 8.7). Dit kan door tijdelijke vervanging zoveel als mogelijk te realiseren met medewerkers die bekend zijn bij de cliënten en de andere teamleden en door definitieve vervangingen te spreiden. Dit is gemakkelijker wanneer onderlinge vervanging plaatsvindt binnen hetzelfde team of vanuit een pool vervangers zo dicht mogelijk bij het team. Het oogmerk moet zijn vervanging te realiseren met medewerkers die zoveel als mogelijk vertrouwd zijn met de cliënten, hun begeleidingsvragen, de toegepaste begeleidingstrategieën en met teamgebonden technologieën (zoals informatiseringssysteem en kwaliteitssysteem). Hier ligt een relatie met de grootte van teams en clusters. Op dit aspect wordt in paragraaf 9.3.2 nader ingegaan.

Vooral in teams met een lage gemiddelde diensttijd van medewerkers dient extra aandacht te worden besteed aan hun arbeidssatisfactie. In dit soort ‘jonge’ teams is er een duidelijker verband tussen arbeidssatisfactie en de door familie ervaren kwaliteit. Op grond van dit onderzoek is het niet mogelijk om exacte drempelwaarden voor deze indicator op te stellen. Indicatief kan op grond van de resultaten van dit onderzoek (tabel B8.10) worden aangenomen dat een gemiddelde diensttijd van twaalf maanden en minder (van teamleden binnen hetzelfde team) met zekerheid gepaard gaat met een verhoogd spiegeleffect tussen arbeidssatisfactie van medewerkers en door familie ervaren kwaliteit. Bij ‘jonge’ teams moet bijzonder aandacht worden gegeven aan het bevorderen van arbeidssatisfactie.

2. *Critical incident beleid*

Wanneer personeelwisselingen binnen een team niet vermijdbaar blijken – zoals bij een hoog verloop, reorganisatie of veranderende taken – kunnen op grond van de resultaten van dit onderzoek en van de sociaal-ecologische theorie aanbevelingen worden gedaan om de risico's op effectiviteits- en kwaliteitsverlies te beperken. Bij nieuwe woongroep teams en wanneer een groot aantal reeds langer in het team werkende groepsleiders binnen een korte periode (korter dan een jaar) het team verlaten (lage stabiliteit), dient men extra aandacht te geven aan:

- De arbeidssatisfactie van de groepsleiders en in het bijzonder hun tevredenheid met de leidinggevende en de manier waarop zij hun eigen competenties kunnen realiseren binnen dit team.
- De duidelijkheid over taken en rollen van groepsleiders in dit specifieke team en de verwachtingen van bewoners en familie.
- De ervaringen van de familie met betrekking tot de geboden begeleiding en de communicatie met het team.

In individuele contacten of (informele) bijeenkomsten van teamleden en belangrijke leden van het sociale netwerk van cliënten, kan wederzijds kennis over de bewoners

en over verwachtingen en ervaringen met betrekking tot de begeleiding worden uitgewisseld. Communicatie over deze onderwerpen kan het risico verminderen op achteruitgang van cliënttevredenheid naar aanleiding van de vele personeelswisselingen. In die omstandigheden kan het nuttig zijn derden (van buiten het woon-groepsteam) in te schakelen die zowel het vertrouwen genieten van groepsleiders als familie (zie de besproken brugfunctie in paragraaf 9.2.2).

Nieuwe en sterk 'verjongde' teams (met lage gemiddelde diensttijd van de teamleden) dienen gedurende een periode van twaalf maanden bijzonder aandacht van leidinggevend en / of coaches te krijgen. Deze teams zijn bijzonder kwetsbaar bij het (opnieuw) opbouwen van een interne structuur en wisselingen kunnen hun adaptief vermogen daarbij overvragen (Arrow, 2000). Vooral hun arbeidssatisfactie (relatie tot leidinggevende, duidelijkheid en het realiseren van eigen competenties) dient daarbij aandacht te krijgen. Hun relatie met het sociale netwerk van de bewoners blijkt hier namelijk gevoelig voor. Bij nieuwe teams is het riskant al te sterk te vertrouwen op het 'zelfsturend vermogen' van de teamleden en verdient het aanbeveling te voorzien in extra coaching. In deze coaching dienen de inhoudelijke aspecten van het werk en de relatie met cliënten en hun sociale netwerk centraal te staan; zij dient dus niet alleen te gaan over werkomstandigheden.

9.3.2 Aanbevelingen voor strategisch management

1. *Naar een open systeem van ondersteuning*

In paragraaf 4.1.4 (figuur 4.1) werd de samenhang tussen marketing, kwaliteit en strategisch management besproken. Bij marketing is kennis van de behoeften en vragen van cliënten uitgangspunt voor het vormgeven van klantgerichte begeleiding. Effectieve beantwoording van de begeleidingsvragen is de kern van dienstverlening; de mate waarin dit tot tevredenheid van het cliëntsysteem plaatsvindt, bepaalt de kwaliteit van de dienst vanuit cliëntenperspectief. Omdat personeelswisselingen zowel met de effectiviteit van het teamfunctioneren als met de tevredenheid van cliëntsysteem samenhangen, vormen zij voor het strategische beleid van residentiële instellingen een relevante factor.

Instellingen hebben in toenemende mate te maken met emancipatie van cliënten en de verwachting dat de geboden begeleiding inspeelt op hun individuele vragen en omstandigheden. Dit gaat gepaard met meer individuele begeleidingsarrangementen en kleiner wordende begeleidingssettings. Deze bevinden zich steeds minder geconcentreerd op een instellingsterrein, en steeds meer verspreid in gewone huisvesting binnen de samenleving. Zoals in hoofdstuk 2 werd toegelicht, worden ook steeds meer professionele diensten ingeroepen door familie van cliënten die zelf huisvesting hebben geregeld. Verder leidt het 'ondersteuningsparadigma' ertoe dat niet de individuele cliënt het voorwerp van professionele begeleiding vormt, maar de relatie van de cliënt met zijn sociale netwerk en met algemene diensten waarvan hij gebruik maakt. Tot deze laatste behoren generieke publieke en private diensten zoals bijvoorbeeld aangepaste voorzieningen (gemeente), huisvesting (woning-

corporaties), gezondheidszorg (huisartsen), thuiszorgorganisaties, vervoersdiensten, maaltijdverstrekking en alarmering. Voor de residentiële instelling betekent dit een drastische verschuiving in de aard van de te leveren diensten. Residentiële zorg verschuift nadrukkelijk van een gesloten systeem waarover de organisatie nagenoeg de volledige regie had over alle door de cliënt gevraagde functies, naar een open systeem waarin professionele ondersteuning in samenhang en samenwerking met anderen gebeurt. Dit leidt tot consequenties voor de inrichting en het functioneren van begeleidingsteams.

2. *Naar netwerkorganisaties en ondersteuningsteams*

Binnen het traditionele organisatieconcept worden begeleidingsteams tot nu toe nog overwegend gekoppeld aan woongroepen: een groepsmatig en gesloten organisatieconcept. Klantgerichte en vraaggerichte ondersteuning vereist meer individuele, kleinschalige en flexibele ondersteuning. Woongroepen worden daarom steeds kleiner (en in een gekoppeld systeem van woongroepen en woongroepsteams dus ook de teams) terwijl de complexiteit van levering van functies toeneemt. Begeleiding wordt naast persoonlijke fysieke en sociale assistentie, steeds meer informatie- en relatiemanagement met daarin veel communicatie over individuele cliëntwensen, over professionele mogelijkheden, over uitkomsten van ondersteuning, over ervaren kwaliteit (tevredenheid) en met overleg met uiteenlopende partijen. Binnen een klein team kunnen de noodzakelijke competenties en coördinatie-mogelijkheden niet meer worden geboden en daarenboven blijken deze teams een groter risico op discontinuïteit op te leveren. Hiermee ontstaat een paradox: vraaggerichte ondersteuning vraagt om kleinere verbanden maar kleinere teams vormen een kwaliteitsrisico.

Het ligt voor de hand te concluderen dat de levenscyclus van de traditionele residentiële zorgorganisatie ten einde loopt. Omgevingsveranderingen zoals de toenemende emancipatie van mensen met functioneringsproblemen, zorgzwaarte-financiering en persoonsgebonden budget, regelgeving (modernisering van de AWBZ), deconcentratie, individualisering, vraaggerichtheid en vermaatschappelijking van de ondersteuning dwingen tot aanpassing van de organisatie. Deze aanpassing kan niet meer gebeuren door kwantitatieve verschuivingen in bestaande structuren maar vereist een herontwerp van de organisatie, in het bijzonder van de *operating core* of *interface* tussen organisatie en cliëntsysteem (Abraham, L. 1994; Galbraith, J.R., 2002; Hammer & Champy, 2001; The Committee on the Quality of Health Care in America, 2001). Deze interface is de plaats waar de diensten concreet tot stand komen; de hoeksteen van de langdurige relatievorming tussen cliënt en begeleider (Van Wijk & Van Dijk, 2003). In deze veranderende omgeving vereisen behoud en verbetering van effectiviteit en kwaliteit van de begeleiding grotere teamverbanden.

Het ontwerpen van nieuwe ondersteuningsteams voor (residentiële) begeleiding vormt een interessante opgave. Omdat functies zoals bijvoorbeeld huisvesting, onderhoud, werving en selectie, arbeidsomstandigheden en behandeling steeds

vaker worden uitbesteed en er meer beroep wordt gedaan op algemeen maatschappelijke hulpbronnen (bijvoorbeeld: huisartsen), zullen netwerkorganisaties meer in beeld komen. Deze uiteenlopende hulpbronnen en competenties moeten echter dicht bij het cliëntsysteem geïntegreerd worden binnen een continu beschikbare begeleiding, zoniet kunnen teams in toenemende mate met diversiteit, versnippering en coördinatieproblemen worden geconfronteerd.

Integratie van competenties en coördinatie kunnen plaatsvinden in een 'ondersteuningsteam' dat zo zelfstandig mogelijk in staat is een cliëntengroep, ongeacht hun woonsituatie, te begeleiden. De cliënten van eenzelfde ondersteuningsteam kunnen individueel, in kleine groepjes, in het gezin of in een grotere woonvorm wonen. Een cliëntengroep kan gebaseerd zijn op geografie (wijk, gemeente, of ook eventueel op een apart terrein), en/of op vraagstellingstype (Kok, 1991). Een vraagstellingstype mag niet worden verward met een 'diagnosecategorie' en het gaat dus ook niet om zogenaamde 'diagnose-behandel combinaties' (DBC) die thans in het kader van beheersbaarheid in de curatieve zorg worden ontwikkeld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003). Het gaat om vergelijkbare of verenigbare ondersteuningsbehoeften. In termen van organisatie gaat het om teams die worden gevormd op grond van ondersteuningsprofielen van cliënten en de daarbij horende competenties. Ondersteuningsprofielen hebben betrekking op de aard en de intensiteit van nauw omschreven ondersteuningsbehoeften (Luckasson et al., 2002; Thompson, Hughes, Schalock, Silverman, Tassé, Bryant, Craig, & Campbell, 2002; Thompson, Bryant, Campbell, Craig, Hughes, Rotholz, Schalock, Silverman, Tassé & Wehmeyer, 2004). Omdat ondersteuningsteams op basis van ondersteuningsbehoeften van cliënten en van ondersteuningscompetenties van medewerkers worden samengesteld kunnen mensen met vergelijkbare ondersteuningsbehoeften maar met uiteenlopende 'aandoeningen' door eenzelfde team worden ondersteund. Een logische consequentie is dat de dienst-markt combinaties van traditionele begeleidingsorganisaties grondig kunnen veranderen (Alkemade, Janssen & Meijer, 1995; Dirks, Van Duren, Blom & Thoolen, 2001).

Structuur en samenstelling van ondersteuningsteams moet in overeenstemming worden gebracht met ondersteuningsprofielen van cliënten. Dergelijke ondersteuningsteams dienen kennis op essentiële begeleidingsterreinen (medisch, psychologisch en pedagogisch en kennis over de sociaal-maatschappelijke omgeving) samen met competenties op het terrein van financieel beheer, human resource management en facilitaire dienstverlening in zich te verenigen. Een ondersteuningsteam kan in structurele zin worden opgevat als een semi-autonome eenheid of 'strategic service unit' (SSU).

Figuur 9.3 toont een hypothetisch model van een dergelijke organisatie met integraal samengestelde ondersteuningsteams – dat wil zeggen, met ondersteuningsmedewerkers en de relevante disciplines om zelfstandig de noodzakelijke ondersteuning aan een groep cliënten te kunnen leveren.

Figuur 9.3. Hypothetisch 'ondersteuningsteam-model' gebaseerd op *micro-units*

Cliënten wonen niet noodzakelijk samen op één locatie, maar kunnen verspreid in de regio wonen: individueel, in kleine groepjes (kleine cirkels), of thuis bij hun ouders.

Voor de inhoudelijke organisatie van het 'ondersteuningsteam' kan het *micro-unit* concept model staan (Donaldson & Mohr, 2000; Nelson, Batalden, Huber, Mohr, Godfrey, Headrick, & Wasson, 2002). Voor de organisatiestructurele component kan de SSU model staan (Ginter, Swayne & Duncan, 1998). SSU's hebben een hoge mate van zelfstandigheid in hun werkgebied (bijvoorbeeld binnen een geografisch gebied en een bepaald cliëntenprofiel naar ondersteuningsbehoeften).

Aanpassing aan de nieuwe omgeving (van verwachtingen van de cliëntsystemen, van regelgeving, van concurrentie) vereist verandering van de residentiële organisatie. Dit proces neemt veel tijd in beslag omdat de omgevingsfactoren slechts langzaam wijzigen, omdat er sprake is van een quasi-markt waarin de vrijheid van opereren en organiseren van zorgaanbieders beperkt is, en omdat er sprake is van inertie van de organisatie (die tegenover medewerkers, cliënten en alliantiepartners gebonden is door afspraken en aangegane verplichtingen). Om deze reden vinden snelle aanpassingen, zeker in grote organisaties, niet plaats (Miller & Mintzberg, 1984).

Deze omstandigheden maken echter dat er tijd is om alternatieve organisatievormen – bijvoorbeeld gebaseerd op micro-systemen en kleine regionale *service units* – te ontwerpen en op hun merites te onderzoeken. Het creëren en wetenschappelijk evalueren van experimentele ondersteuningssystemen is voor de ontwikkeling van effectieve en efficiënte ondersteuningsorganisaties een verantwoorde investering en een interessante uitdaging.

Literatuur

- Abraham, L. (1994). Beyond continuity and towards fluidity of care. Rethinking long-term care for an aging society. *Acta Hospitalia*, 1993/94, 71-75.
- Albrecht, G.L. & Vlieger, P.J. de (1999). The Disability Paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, 977-988.
- Alkemade, N.O.E., Janssen, R.T.J.M. & Meijer, A.W.M. (1995). Het marktconcept als hulpmiddel bij strategische beleidsvorming: casus sociaal-medische advisering. *GGD nieuws*, (5), 27-31.
- Alper, S. (1998). Interdependence and Controversy in Group Decision Making: Antecedents to Effective Self-Managing Teams. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 74. 33-52.
- Arrow, H. & McGrath, J.E. (1995). Membership Dynamics in Groups at Work: a Theoretical Framework. In L.L. Cummings & B.M. Straw (Eds.). *Research in Organizational Behavior. An Annual Series of Analytical Essays and Critical Reviews* (373-411). Greenwich (CT): JAI Press Inc.
- Arrow, H. (1997). Stability, Bistability, and Instability in Small Group Influence Patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (1), 75-85.
- Arrow, H., McGrath, J.E. & Berdhal, J.L. (2000). *Small groups as complex systems: Formation, coordination, development, and adaptation*. London: Sage Publications.
- Baarveld, F. & Ramakers, C. (2001). *Kleinschalig wonen met een pgb. Evaluatieonderzoek naar kleinschalige woonzorgvormen die door ouders zelf worden opgezet voor mensen met een verstandelijke handicap*. Nijmegen: ITS; Stichting Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Baker, B.L. & Blacher, J. (2002). For Better or Worse? Impact of Residential Placement on Families. *Mental Retardation*, 40 (1), 1-13.
- Barker, R.G. (1965). Explorations in Ecological Psychology. *American Psychologist*, 20, 1-14.
- Barnhard, M.C. & Meerveld, J.H.C.M. (1992). *Handleiding Zorgplannen*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Baron, R.M. & Kenny, D.A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Baron-Epel, O., Dushenat, M. & Friedman, N. (2001). Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. *International Journal for Quality in Health Care*, 13 (4), 317-323.
- Bartels, L.P. (2001). *Instellingen van intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens per 1-1-2001*. Utrecht: Prismant.
- Baumeister, A.A., & Zaharia, E.S. (1987). Withdrawal and Commitment of Basic-Care Staff in Residential Programs. In S. Landesman, P.M. Vietze, & M.J. Begab (Eds.). *Living Environments and Mental Retardation*. (229-267). Washington, American Association on Mental Retardation.
- Bebko, C. (2000). Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality. *Journal of Services Marketing*, 14 (1), 9-26.
- Beemt, P. van den (2004). *Arduin. Het model in de praktijk. Op weg naar zelfsturing*. Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- Beijer, W. (2000) Het persoonsvolgend budget: een katalysator voor verschuiving van macht. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI.1.3-1-21). Maarssen: Elsevier.
- Beraadsgroep Community Care (1998). *Leven in de lokale samenleving. Advies over Community Care voor mensen met een (verstandelijke) beperking*. Utrecht: NIZW.
- Bergen, B. van, Hollands, L. & Nijhuis, H. (1980). *De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel. Een methode voor het beoordelen van verpleegkundig handelen*. Lochem: De Tijdstroom.
- Bergers, G. (2000). Integratie gehandicapten. *Aedes Magazine*, 4, 35-37.

- Berg-Willemsen, A., Braams, J., Pekelharing H. & Wymenga, S. (2001). Kijk naar wat we zeggen. Zorgvraagverduidelijking bij mensen met een ernstige verstandelijke handicap. In G.H.M.M. ten, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI 2.4-1-21). Maarssen: Elsevier.
- Bering, R. & Nabitz, U (2000). Vernieuwingen in INK & EFQM-model. Betekenis voor zorginstellingen. *Kwaliteit in Beeld. Tijdschrift voor kwaliteitsmanagement in de zorgsector*, 5, 14-17.
- Berkson, G. (1978). Social Ecology and Ethology of Mental Retardation. In G.P. Sackett (Ed.), *Observing Behavior. Volume I: Theory and Applications in Mental Retardation*. Baltimore: University Park Press, 403-409.
- Bernard, S., Buntinx, W. & Huyer Abu-Saad, H. (1998). Zorgintensiteit als basis voor personeelsverdeling: verslag van een ontwikkelings- en valideringsstudie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijke gehandicapten*. (24) 3, 127-141.
- Bernard, S., Maaskant, M.A., Gevers, J.P.M. & Wierda, H. (2001). Voorspellingen ten aanzien van het aantal oudere mensen met een verstandelijke handicap in algemene woonvoorzieningen 1996-2001. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijke gehandicapten*. (27) 3, 166-177.
- Berry, J.O. (1995). Families and Deinstitutionalization: An Application of Bronfenbrenner's Social Ecology Model. *Journal of Counseling and Development*, 73, 379-383.
- Berwick, D. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine*, 320, 53-56.
- Besamusca-Janssen, M. (1997). *Klantgericht management in non-profitorganisaties*. Baarn: Nelissen.
- Bij de Vaate, J. (1991). *Geestelijk-gehandicaptenzorg op een kruising van wegen. Een onderzoek naar de relatie tussen wetenschappelijke bevindingen en rijks overheidsbeleid betreffende het wonen van geestelijk gehandicapten* (proefschrift). Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Bijlsma, J. (2003). De zorgzame professional. *Tijdschrift voor Sociaal Pedagogische Hulpverlening*, 53, 4-7.
- Bitner, M.J. (1995). Building Service Relationships: It's All About Promises. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 246-251.
- Blaker, B.L. & Blacher, J. (2002). For Better or Worse? Impact of Residential Placement on Families. *Mental Retardation*, 40(1), 1-13.
- Bleekrode, R., Beckers, A. & Sturm, R. (1974). Verslaggeving en evaluatie van een resocialisatieproject. *Tijdschrift voor zwakzinnigheid en zwakzinnigenzorg*, 11 (4), 166-184.
- Blumenthal, S., Lavender, T. & Hewson, S. (1998). Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: a comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42 (5), 409-417.
- Bontridder-Michiels, M. de (1987). Omgevingskenmerken en zorgkwaliteit. Een onderzoek rond de verhuizing van 750 geestelijk gehandicapten binnen de Stichting Sint Anna. *RUIT*, 51, 3-14.
- Boon, L. (Red.) (1997). *Vraaggestuurde zorg. Dilemma's en nieuwe opties voor Management, Primair Zorgproces, Netwerken, Automatisering, Flexibele Zorgproducten, Indicatiestelling*. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Borst-Eilers, E. (2000). *Actieplan Zorg Verzekerd*. Geraadpleegd 28.02.2004, op <http://www.nietafwachten.nl/documenten/mi061100.pdf> en http://www.ggzbeleid.nl/pdfwacht/actieplan_zorg_verzekerd.pdf.
- Bouwman, C.A.M., Ineveld, B.M. van, Custers, T., Bandel, A.P., Sol, J.C.A., Wagner, C., Wensing, M. & Klazinga, N.S. (2002). *Kwaliteit & Kosten voor Nederlandse zorginstellingen*. Amsterdam / Rotterdam: AMC / Institute for Medical Technology Assessment.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Braddock, D. & Mitchell, D. (1992). *Residential Services and Developmental Disabilities in the United States. A National Survey of Staff Compensation, Turnover and Related Issues*.
- Braddock, D. & Parish, S. (2002). An Institutional History of Disability. In D. Braddock (ed), *Disability at the Dawn of the 21st Century* (1-61). Washington: American Association on Mental Retardation.
- Braddock, D. (Ed.) (2002). *Disability at the Dawn of the 21st Century*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Brink, C. van den (1979). De inrichting is zo gek nog niet voor zwakzinnige mensen. *Tijdschrift voor psychomotorische therapie*, 8(2), 38-55.
- Broeckhoven, T. van (1999). De zorgconsulent: adviseur, pleitbezorger en belangenbehartiger. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* ondersteuningsplannen (VI 2.5-1-18). Maarssen: Elsevier
- Bronfenbrenner, U. & Ceci, S.J. (1994). Nature – Nurture Reconceptualization in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*, 101, 568-585.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in Developmental Perspective: Theoretical and Operational Models. In S.L. Friedman & T.D. Wachs, *Measuring Environment Across the Life-Span* (3-28). Washington: American Psychological Association.
- Brothwick-Duffy, S.A. (1990). Quality of life of persons with severe or profound mental retardation. In R.L. Schalock & M.J. Begab (Eds.). *Quality of life. Perspective and Issues*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Brouwer, J.J. (1992). Samenwerken of concurreren (I). Levenscyclus diensten dwingt verzorgingstehuizen naar nieuwe wegen te zoeken. *De Instelling*, 17 (10), 49-51.
- Buntinx, W.H.E. (1976). *Het begeleidend team en de kwaliteit van de zorg in leefgroepen van zwakzinnigen* (Anna-cahier). Heel: Stichting Sint Anna.
- Buntinx, W.H.E. (1977). *Grootte en opzet van het zwakzinnigeninstituut in relatie tot de kwaliteit van zorg* (Anna-cahier). Heel: Stichting Sint Anna.
- Buntinx, W.H.E. (1979). Enige aspecten van kwaliteitsbewaking in de zwakzinnigenzorg. *RUIT*, december 1979, 5-11.
- Buntinx, W.H.E. (1994). Continuïteit in residentiële zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. In C.J.M. Lindner-Middendorp, L.P.T. Raijmakers, D.A. Flikweert, R.F.B. Geus & M. Bleeksma. *Gebecht aan goede relaties. De betekenis van gebechtheid en goede relaties voor verstandelijke gehandicapte mensen* (62-73). Assen: Van Gorcum.
- Buntinx, W.H.E. (1997a). Zorgontwikkelingen in Scandinavië, Groot Brittannië en de Verenigde Staten. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (I.9.1-1-18). Maarssen: Elsevier.
- Buntinx, W.H.E. (1997b). In de spiegel van Helsinki. De remmende voorsprong nader bekeken. In W.H.E. Buntinx en M.C.O. Kersten (Red.). *Gebundeld en geoogst. Thematische rapportages en beschouwingen naar aanleiding van het 10^{de} LASSID congres, juli 1996 Helsinki, Finland* (149-162). Utrecht: NGBZ en BBI.
- Buntinx, W.H.E. (1998). Vraaggerichte zorg. Een managementmodel. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, R. Habekothé, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen & B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI.2.2-1-29). Maarssen: Elsevier.

- Buntinx, W.H.E. (2000). Zorg in Lijn. Over samenhang en effectiviteit in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. In W.H.E. Buntinx & H.M.A. van Tol (Red.), *Zorg in Lijn. Samenhang en effectiviteit als opgave* (10-19). Heel / Velp: Stichting Sint Anna / Rijnconsult.
- Buntinx, W.H.E. (2001). Personeelsswisselingen en organisatiekenmerken in woongroepen van mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 27 (2) 86-104.
- Buntinx, W.H.E. (2002a). De 'International Classification of Functioning, Disability and Health' (ICF) en de nieuwe definitie van verstandelijke handicap van de American Association on Mental Retardation. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, R. Habekothé, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen & B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*. (1.10.2.2-1-26). Maarssen: Elsevier.
- Buntinx, W.H.E. (2002b). *Omvang en kenmerken van personeelsswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap Een exploratieve studie* (intern onderzoeksrapport). Maastricht: Universiteit Maastricht (BEOZ).
- Buntinx, W.H.E. (2003a). Wat is een verstandelijke handicap? Definitie, assessment en ondersteuning volgens het AAMR-model. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 29 (1), 4-24.
- Buntinx, W.H.E. (2003b). Tevredenheid over ondersteuning. Ondersteuning met tevredenheid. In P. van den Beemt (Red.). *Arduin. De weg naar Inclusie*. (173-199). Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- Burlingham, D. & Freud, A. (1943). *Young Children in War-time. A Year's Work in a Residential War Nursery*. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Burlingham, D. & Freud, A. (1947). Introduction of the Mother-Relationship into Nursery-Life. In D. Burlingham & A. Freud. *Infants Without Families. The Case For and Against Residential Nurseries* (43-52). London: George Allen & Unwin Ltd.
- Casparie, A.F. (1998). Sturen op kwaliteit: via de professional of op het systeem? *Kwaliteit & Zorg*, 4, 151-154.
- Casparie, A.F., Foets, M., Raaijmakers, M.F., Bakker, D.H. de, Schneider, M.J., Sterkenburg, P.S., Janssen, C.G.C., Bijman-Schulte, A.M., Bakker, R.H., Moorer, P., Dassen, Th.W.N & Schuurmeijer, Th. P.B.M. (1998). *Vragenlijst Continuïteit van zorg vanuit Cliëntenperspectief VCC. Handleiding en vragenlijsten*. Den Haag: NWO onderzoekprogramma Kwaliteit van Zorg.
- Caton, D.J., Grossnickle, W.F., Cope, J.G., Long, T.E. & Mitchell, C.C. (1988). Burnout and Stress Among Employees at a State Institution for Mentally Retarded Persons. *American Journal on Mental Retardation*, 93-3, 300-304.
- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) (2004). *Bevolking, totaal en in instituties*. Geraadpleegd 26.02.2004, op <http://www.cbs.nl/nl/cijfers/statline/index.htm>
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland, 2001. *Knelpunten die kinderen/jongeren met een chronische ziekte en hun ouders ervaren in de zorgverlening en de maatschappelijke participatie (Samenvatting)*. Utrecht: Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland.
- Cicchetti, D. & Cohen, D.J. (Eds.) (1995). *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley & Sons.
- Climens, A. (2003). The Organization of Difference: People With Intellectual Disabilities and the Social Model of Disability. *Mental Retardation*, 41 (1), 35-46.
- Cohen, J. & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2001). *Signaleringsrapport. Scheiden van wonen en zorg in de sector Gehandicaptenzorg: Beleidskader en belemmeringen in regelgeving*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- College Tarieven Gezondheidszorg – CTG (2002). *Jaarverslag 2002*. Utrecht: CTG.

- College voor Zorgverzekeringen (2003). *AWBZ functiegerichte aanspraken in operationele termen*. "Een eerste handreiking". Geraadpleegd 29.07.2003, op <http://www.opkopzorg.nl/materiaal/handreikingCVZversie1.0.doc>.
- Coolen, J. (2003). Aanbod van gehandicaptenzorg. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, H.T. Habekothé, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen & B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI.1.1.1–1-39), Maarssen: Elsevier.
- Coolen, J., Geus, R. & Sohl, C. (2001). *Zelfregie met een persoonsvolgend budget (PVB). Evaluatie van experimenten met een PVB in zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: NIZW.
- Coolen, J., Kramer, A., Schuring, G. & Sohl, C. (1999). *Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap. Verkenning van de hoofdlijnen van een systematiek van levering en bekostiging*. Utrecht: NIZW & NZI.
- Cope, J.G. Grossnickle, W.F., Covington, K.B., Durham, Th,W, & Zaharia, E.S. (1987). Staff Turnover as a Function of Performance in a Public Residential Facility. *American Journal of Mental Deficiency*, 92-2, 151-154.
- Cox, K., Peeters-Niemantsverdriet, S., Philipsen, H., Neumann, M., Campen, C. van & Huyer-Abu Saad, H. (1994). *Discontinuïteit in de thuiszorg: aantasting van de kwaliteit van zorg?* Den Haag: NWO, onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg.
- Cremers, P. (1998). Persoonsgebonden bekostiging en verstandelijke handicap. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI.1.3–1-13). Maarssen: Elsevier.
- Daal, P van (2003). *Ontbrekende kaders. Veranderingsprocessen in de verstandelijk-gehandicaptensector*. Tilburg: PON.
- Dal, E., Van (2000). *Verstandelijke handicap, gehechtheid en psychopathologie* (doctoraal scriptie). Maastricht: Universiteit Maastricht (Faculteit Gezondheidswetenschappen).
- Damen, P.C. (1972). *Organisatie en technologie*. Lochem: De Tijdstroom.
- Delnoij, D.M.J., Asbroek, A.H.A. ten, Custers, T. & Klazinga, N.S. (2002). *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag / Amsterdam: Ministerie van VWS / AMC, Universiteit van Amsterdam.
- Derckx, M. & Kloek, M. (2003). Thuiszorg als bedrijfstak in beweging. Concurrentie dwingt tot positionering. *ZM*, 12, 27-31.
- Derks, W. Vergrijzing en regionale markten. (2004a). *Economisch Statistische Berichten (EBS)*, 89 (4425), 65-66.
- Derks, W. (2004b). Zorgdruk op de provinciale arbeidsmarkt. *Kwartaalschrift Economie*, 1, 29-34.
- Diemel, C.G.M. (1993). De professionele bureaucratie: een gepasseerd station. *Het Ziekenhuis*, 12, 572-574.
- Dirks, M., Duren, G. van, Blom, A. & Thoolen, J. (2001). *Strategievorming in het MKB*. Delft: TNO-STB & Syntens.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring (Volume I). The definition of Quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring (Volume II). The Criteria and Standards of Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Donaldson, M.S. & Mohr, J.J. (2000). *Exploring Innovation and Quality Improvements in Health Care Micro-Systems. A Cross-Case Analysis*. Washington D.C.: Institute of Medicine.
- Driessen, S., Casparie, A.F. & Bos, G.A.M. (1994). *Uitkomstindicatoren voor kwaliteitsbewaking en -bevordering in de zorg voor chronisch zieken*. Den Haag: NWO, onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg.
- Drucker, P.F. (1983). *The Concept of the Corporation*. New York: New American Library.

- Dunn, W., Brown, C. & McGuigan, A. (1994). The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *The American Journal of Occupational Therapy*, 29, 595-607.
- Dute, J.C.J. & Hermans, H.E.G.M. (Red.) (2000). *Regulering van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier.
- Dykens, E.M., Hodapp, R.M. & Finucane, B.M. (2000). *Genetics and Mental Retardation Syndromes. A New look at Behavior and Interventions*. Baltimore: Paul Brookes.
- Ebenstein, W. (1996). Organizational change and the emerging partnership between direct support workers and people with disabilities. In: T. Jaskulski & W. Ebenstein (Eds.) *Opportunities for Excellence: Supporting the Frontline Workforce* (100-119). Washington DC: President's Committee on Mental Retardation (U.S. Department of Health and Human Services).
- Edwards, P. & Mittenberg, R. (1991). Burnout Among Staff members at Community Residential Facilities for Persons With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 29-3, 125-128
- Eggink, E. & Blank, J.L.T. (2001). *Verstandig verzorgd. Een empirisch onderzoek naar de efficiëntie van de intramurale zorg voor verstandelijke gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ellemers, J.E. (2000). Sociale verschillen en verscheidenheid in Nederland: ontwikkelingen sinds de Tweede Wereldoorlog. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (1.4-1-20). Maarssen: Elsevier
- Erp, L.G., van (1989). *Marketing in de gezondheidszorg: patiëntgericht management*. Lochem: De Tijdstroom.
- Federatie van Ouderverenigingen (1999). *Gelijke kansen voor mensen met een handicap. Standaardregels. Regels van de Verenigde Naties*. Utrecht: Federatie van Ouderverenigingen.
- Felce, D., Lowe, K. & Beswick, J. (1993). Staff turnover in ordinary housing services for people with severe or profound mental handicaps. *Journal of Intellectual Disability Research*, 37 (2), 143-152.
- Felce, D. (1987). The Planning and Evaluation of Community-Based Residences for Individuals with Severe and Profound Mental Retardation. In S. Landesman, P.M. Vietze, & M.J. Begab (Eds.). *Living Environments and Mental Retardation* (127-149). Washington, American Association on Mental Retardation.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*. 14 (2), 126-135.
- Ferrell, O.C., Hartline, M.D. & Lucas, G.H. (2002). *Marketing Strategy*. Mason (Ohio): South-Western / Thomson Learning.
- Fougeyrollas, P. (Ed.) (1998). ICIDH and environmental factors [Special Issue]. *International Network*, 9.
- Freund, U.H. (2001). Immer dieser Wechsel beim Heimpersonal... Relativierung eines Problems aus historischer Sicht. *VfN*, 70 (1), 39-51.
- Friedman, S.L. & Amadeo, J.A. (1999). The Child-Care Environment: Conceptualizations, Assessments, and Issues. In S.L. Friedman & T.D. Wachs, *Measuring Environment Across the Life-Span* (127-165). Washington: American Psychological Association.
- Fuhrer, U. (1990). Bridging the Ecological-Psychological Gap. Behavior Settings as Interfaces. *Environment and Behavior*, 22, 518-537.
- Galbraith, J.R. (2002). *Designing Organizations*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Garber, H.L. (1988). *The Milwaukee Project. Preventing Mental Retardation in Children at Risk*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Garvin, D.A. (1984). What Does 'Product Quality' Really Mean? *Sloan Management Review*, 26, 25-43.

- Gastel, W. van, Vermeer, A. & Rispens, J. (2001). De constructie van het Kompas. Een richtlijn voor de kwaliteitsevaluatie van de zorgstructuur in orthopedagogische internaten voor moeilijk lerende kinderen en jeugdigen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 3, 156-165.
- Geelen, A.J.M. (1995). *Verzelfstandiging van groepsleiding en kwaliteit van zorg. Een onderzoek op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg*. Deventer: Instituut voor zorgonderzoek MSO.
- Geffen, H. van (2000). *SIKOOB. De ontwikkeling van een informatiseringsprogramma voor de orthopedagogische hulpverlening* (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht
- Gemert, G.H., Vvan (1994). Inleiding: gehechtheid en relatie als kernbegrippen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In Lindner-Middendorp C.J.M., Raijmakers L.P.T., Flikweert D.A., Geus R.F.B. en Bleeksma M., *Gehecht aan goede relaties. De betekenis van gehechtheid en goede relaties voor verstandelijk gehandicapte mensen* (1-6). Assen: Van Gorcum, Dekker & Van de Vegt.
- Gemert, G.H. van & Peelen, A. (2001). Consultatie: samenwerken aan een nieuw perspectief. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* ondersteuningsplannen (III.3.3-1-23). Maarssen: Elsevier
- Gemert, G.H. van & Vlaskamp, C. (1997). Individuele planning van zorg. In G.H. van Gemert & R.B. Minderaa. *Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (33-43). Assen: Van Gorcum.
- Gemert, G.H. van (2002). Het opstellen van persoonlijke ondersteuningsplannen. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* ondersteuningsplannen (VI.2.3-1-27). Maarssen: Elsevier
- Gennep, A.Th., Van (1976), *Het recht van de zwakste. Nieuwe lijnen in de zwakzinnigenzorg*. Meppel: Boom.
- Gennep, A. Th.G. van (1989a). Quality of care in Dutch residential facilities. *The British Journal of Mental Subnormality*, 35 (68), 58-62.
- Gennep, A.Th.G., Van (1989b). *De kwaliteit van het bestaan van de zwaksten in de samenleving*. Amsterdam: Boom.
- Gennep, A. van (1995a). Gedragsproblemen en de fysieke omgeving: ecologische aspecten. In Kars H. (Red.), *Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen. Een systematische benadering van ernstig probleemgedrag in de zwakzinnigenzorg* (hfst. 7). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gennep, A. van (1995b). Gedragsproblemen en de sociale omgeving: ecologische aspecten. In Kars H. (Red.), *Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen. Een systematische benadering van ernstig probleemgedrag in de zwakzinnigenzorg* (hfst. 8). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gennep, A. Th. G. van (1997a). Quality of community living in the Netherlands. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 43 (84), 1-14.
- Gennep, A. Th. G. van (1997b). *Paradigma-verschuiving in de visie op zorg voormensen met een verstandelijke handicap*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Gennep, A. van & Steman, C. (1997c). *Beperkte Burgers. Over volwaardig burgerschap voor mensen met verstandelijke beperkingen*. Utrecht: NIZW.
- Gennep, A. Th. G. van (1998). *De kwaliteit van de zorg in kleine intramurale groepen*. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.
- Gennep, A. van (2000). *Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap*. Amsterdam: Boom.
- Gennep, A. Th. G. van (2002a). Leven in de samenleving: van vrees naar hoop. *NGBZ Nieuwsbrief*, april, 12-14.
- Gennep, A. Th. G. Van (2002b). *De tweedeling*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Gibbels, M. (2000). Vraagsturing in de AWBZ. *Dubbele emancipatie. Zorgvisie*, 12, 14-19.

- Ginter, P.M., Swayne, L.E. & Duncan, W.J. (1998). *Strategic Management of Health Care Organizations*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Goffman, E. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold.
- Goossens, F.A. & Ijzendoorn, M.H. (1990). Quality of Infant's Attachments to Professional Caregivers: Relation to Infant-Parent Attachment and Day-Care Characteristics. *Child Development*, 61, 832-837.
- Gorter, K., Bougie, T. & Pijl, D. van der (2000). *Visies op het gehandicaptenbeleid in het licht van de VN-standaardregels. De regels over toegankelijkheid en werkgelegenheid*. Utrecht: Kennisplatform Gehandicapten.
- Goudriaan, G. (1989). Casemanagement: bindmiddel of breekijzer? *Tijdschrift voor de sociale sector*, 9, 22-27.
- Greenspan, S. (1999). What is meant by Mental Retardation? *International Review of Psychiatry*, 11, 6-18.
- Grönroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington: Lexington Books.
- Grönroos, C. (1995). Relationship Marketing: The Strategy Continuum. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 23 (4), 252-254.
- Groot, P. de (1997). *Leven in een dorp. Over de zin van een eigen woongemeenschap voor mensen met een verstandelijke handicap*. Sappermeer: Nieuw Woelwijck.
- Grunveld, J.E. (1999). *Arbeidstevredenheid, verloop en uitval in de gezondheidszorg*. Utrecht: Prismant.
- Hakker, A.A. (1993). De Vereniging Johannes-Stichting. In J. Vijselaar (Red.). *Over onnozelen en idioten. Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in Nederland (73-86)*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.
- Halbertsma, J. (1995). The ICIDH: health problems in a medical and social perspective. *Disability and Rehabilitation*, 17 (2/4), 128-134.
- Halbertsma, J., Heerkens, Y.F., Hirs, W.M., de Kleijn-de Vrankrijker, M.W., Van Ravensburg, C.D., & Ten Napel, H. (1999). Towards a new ICIDH. *Disability and Rehabilitation*, 22, 144-156.
- Hall, J.A. & Dornan, M.C. (1988). Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science & Medicine*, 27 (6), 637-644.
- Hall, P.S. & Hall, N.D. (2002). Hiring and Retaining Direct-Care Staff: After Fifty Years of Research, What Do We Know? *Mental Retardation*, 40, 201-211.
- Hammer, M. & Champy, J. (2001). *Re-engineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*. New York: Harper Business.
- Hanna, M. & Freeman, J. (1977). The Population Ecology of Organizations. *American Journal of Sociology*, 82, 929-964.
- Harteloh, P.P.M. & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.
- Harteloh, P.P.M. (2000). *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Van Intuïtie naar rationele reconstructie (proefschrift)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Hartline, M.D. & Ferrell, O.C. (1996). The Management of Customer-Contact Service Employees: An Empirical Investigation. *Journal of Marketing*, 60, 52-70.
- Hasenfeld, Y. (1992). The Nature of Human Service Organizations. In Y. Hasenfeld (Ed.), *Human services as complex organizations* (3-23). Newbury Park: Sage.
- Hatton, C. & Emerson, E. (1993). Organizational Predictors of Staff Stress, Satisfaction, and Intended Turnover in a service for People With Multiple Disabilities. *Mental Retardation*, 31, 388-395.

- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves, C. & Alborz, A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43 (4), 253-267.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., Kiernan, C., Reeves, C. & Alborz, A. (2001). Factors associated with intended staff turnover and job search behaviour in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (3), 258-270.
- Hatton, C., Emerson, E. & Kiernan, C. (1995). Trends and Milestones. People in Institutions in Europe. *Mental Retardation*, 30, 132.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Henderson, D. & Cooper, J. (1995). The Quality and Costs of Residential Services for Adults With Multiple Disabilities: A Comparative Evaluation. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 439-460.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Henderson, D. & Cooper, J. (1995). *An Evaluation of the Quality and Costs of Services for Adults with Severe Learning Disabilities and Sensory Impairments*. Manchester: Hester Adrian Research Centre, University of Manchester.
- Heiligers, G. (1974). *Regionalisatie* (Beleidsnota). Heel: Stichting Sint Anna.
- Heller, T., Miller, A.B. & Hsieh, K. (2002). Eight-Year Follow-Up of the Impact of Environmental Characteristics on Well-Being of Adults With Developmental Disabilities. *Mental Retardation*, 40(5), 366-378.
- Hera, C.M. De La & Rodriguez, F.G. (1999). The effects of member change and continuity on the productive efficiency of work teams. *Psychology in Spain*, 3 (1), 88-97.
- Heskett, J.L., Jones, T.O., Loveman, G.W., Sasser, W.E. & Schlesinger, L.A. (1994). Putting the Service-Profit Chain to Work. *Harvard Business Review*, March-April, 164-174.
- Heskett, J.L., Sasser, W.E. & Schlesinger, L.A. (1997). *The Service Profit Chain*. New York: The Free Press.
- Hingstman, L., Kenens, R., Windt, W. van der, Talma, H.F., Meihuizen, H.E. & Voogd-Hamelink, A.M. de (2001). *Rapportage arbeidsmarkt zorg en welzijn 2001*. Tilburg: OSA
- Hoeing, J. (1980). De zwakzinnigeninrichting in perspectief. *Het Ziekenhuis*, 7, 194-197.
- Hoejenbos, E., Most, G. van der, Schoonhoven, J.J., Smulders, F.J.H. & Veerman, J. (1958). *Grondslagen der zwakzinnigenzorg. Leerboek voor de opleiding tot het diploma Zwakzinnigenzorg*. Lochem: Tijdstroom.
- Hoeksma, B.H., Jansen, P.G.M. & Schutte, S.J.M. (1998). *De zorgvraag vertaald. Vaststelling van zorgcategorieën in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap ten behoeve van het Vraaggestuurd Personeels Plannings (VPP) instrument*. Enschede: Hoeksma, Homans en Menting.
- Hoekstra, J. (2001). *De ouders blijven in het spel in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking*. Lemmer: Bureau Kwalitas.
- Hollands, L., Bergen, B. van, Degenaar, A.L., Smits, M.J. & Veen, G. de (1990). *Het meten van verpleegkwaliteit in de zwakzinnigenzorg*. Lochem: De Tijdstroom.
- Hollands, L., Hendriks, L. & Ariëns, H. (2001). *Elementen van kwaliteitszorg. Begrippen en opvattingen over kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma.
- Hoogma, R., Grinsven, T. van, Wesseling, M. (1998). *Sturen naar vernieuwing. Het managen van transformatieprocessen in de verstandelijke gebandictensector met het oog op zorgvernieuwing, deconcentratie en kleinschaligheid*. Amersfoort: Twijnstra Gudde Management Consultants.
- Horn, G.H.M.M. ten (1997). Meer dan een diagnose: de betekenis van het referentiekader. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (I.10-1-14). Maarssen: Elsevier.
- Hove, G. van & Boone, M. (1997). *Mijn Toekomst. Onderzoek naar de wensen over leven en wonen De Sterre-Clinge (My future. Research Project about the choices of residents of de Sterre concerning living and housing)* (Research report). Ghent: University of Ghent.

- Hove, G. van & Loon, J. van (2003). Komen we er ooit achter wat 'cliënten' echt willen? In A. van Gennep, G. van Hove & J. van Loon. *Voor & Tegen. Vernieuwingen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (51-70). Antwerpen / Apeldoorn: Garant.
- Hrebiniak, L.G. & Joyce, W.F. (1985). Organizational Adaptation: Strategic Choice and Environmental Determinism. *Administrative Science Quarterly*, 30, 336-349.
- Huizing, A. R., Maaskant, M. A., Hamers, J. P. H., & Groot, W. (2002). *Een eigen invulling. Zorgbehoefte van mensen met een verstandelijke handicap*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Hulst, W., van (2003). Denken in competenties. *Markant*, 8 (7), 28-30.
- INK (2001a). *Handleiding Positiebepaling op basis van het INK-managementmodel. Publieke Sector Onderwijs & Zorginstellingen*. Zaltbommel: INK.
- INK (2001b). *Gids voor toepassing van het INK-managementmodel*. Zaltbommel: INK.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1996). *Instellingsbeleid ten aanzien van bewoners met automutilatie; resultaten van een thematisch onderzoek*. Rijswijk: Staatstoezicht op de Volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). *Staat van de Gezondheidszorg 2002. Kwaliteitsborging in zorginstellingen: intentie, wet en praktijk*. Den Haag: Staatstoezicht op de Volksgezondheid.
- Jak, Th. (1993). *Huizen van barmhartigheid. Zorg voor zwakzinnigen in Nederland in de tweede helft van de negentiende eeuw, met bijzondere aandacht voor 's Heeren Loo*. Amersfoort: Vereniging 's Heeren Loo.
- Jak, Th. (1999). *De nieuwe koers. Vernieuwing van de gereformeerde inrichtingszorg voor mensen met een verstandelijke handicap 1919-1939*. Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.
- Janssen, C.G.C., Schuengel, C. & Stolk, J. (2002). Gedragsproblemen bij mensen met een ernstige verstandelijke beperking, gehechtheidsproblemen en psychologische stress. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. (28) 1, 3-20.
- Janssen, K.G.J. (2000). Consultatieteams in de praktijk. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (III Int.3-1). Maarssen: Elsevier.
- Jong, A. de (2001). *Eindrapport Team Effectiviteit bij Lokale Rabobanken*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Jong, A. de (2003). *One for All, All for the Customer: Studies on Self-Managing Teams in Services* (Doctoral Dissertation). Maastricht: University of Maastricht.
- Jonge, J. de & Hamers, J.P.H. (1997). De ontwikkeling en beoordeling van vragenlijsten. *Verpleegkunde*. 12 (3), 171-185.
- Kanner, I. (1976). *Geschiedenis van de zwakzinnigenzorg en het zwakzinnigenonderzoek*. Lochem: De Tijdstroom.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P (1992). *The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance Indicators in Government*. London: Routledge.
- Kars, H. & Janssen, C.G.C. (1992). *Tevredenheid is niet alles. Onderzoek naar de tevredenheid van ouders met de zorgverlening aan hun kinderen, opgenomen in het centrum voor verstandelijk gehandicapten 'Eemeroord' te Baarn*. Baarn: Eemeroord.
- Kersten, M.C.O. & Schuurman, M.I.M. (2000). Gebruik en mogelijkheden van de ICIDH in de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*. 26 (1), 29-45.
- Killu, K. (1994). The role of direct-care staff. *Behavioral Interventions*, 9 (3), 169-176.
- King, R.D., Raynes, N.V., & Tizard, J. (1971). *Patterns of residential care. Sociological studies in institutions for handicapped children*. London: Routledge & Kegan Paul.

- Klijn, A. (1993). Zwakzinnigenzorg in Limburg. In Vijselaar, J. (Red.). *Over onnozelen en idioten. Hoofdstukken uit de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in Nederland*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid 87-116.
- Klijn, A. (1995). *Tussen Caritas en Psychiatrie. Lotgevallen van zwakzinnigen in Limburg 1879-1952*. Hilversum: Verloren.
- Koedoot, P.J. (1999). Dagbesteding in de peiling. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 4, 215-227.
- Koetsveld, C.E. van (1856). *Het idiotisme en de idioten-school. Eene eerste proeve op een nieuw veld van geneeskundige opvoeding en christelijke philantropie*. Schoonhoven: Van Nooten.
- Kok, J.F.W. (1991). *Specifiek Opvoeden*. Leuven / Amersfoort: ACCO.
- Kok, R.J. (2002). *Statistiek personeelssterkte 2000*. Utrecht: Prismant en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Kooyman, C. (2000). 'Je hoort eigenlijk nergens bij'. *Markant*, 5 (juni), 18-21.
- Kraijer, D.W. (1993). *Use of the international classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH) in the field of mental retardation*. Strasbourg: Council of Europe press.
- Kröber, H. & Siepkamp, P. van de (2001). *Van het managen van organisaties naar het organiseren van support*. Rotterdam / Utrecht: Stichting Maaskring / Companionship.
- Lakin, K. (1988). Strategies for promoting the stability of direct care staff. In M. Janicki, M.Kraus & M. Seltzer (Eds.), *Community residences for persons with developmental disabilities: here to stay*. Baltimore: P.H. Brooks Publishing.
- Lakin, K.C., Bruininks, R.H., Hill, B.K. & Hauber, F.A. (1982). Turnover of Direct-Care Staff in a National Sample of Residential Facilities for Mentally Retarded People. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 64-72.
- Landesman, S., Dossett, E., & Echols, K. (1996). The Social Ecology of Mental retardation. In J.W. Jacobson en J.A. Mulick. *Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation* (55-65). Washington: American Psychological Association.
- Landeweerd, J.A., Boumans, N.P.G. & Nissen, J.M.J.F. (1996). *De Maastrichtse Arbeidsatisfactieschaal voor de Gezondheidszorg (MAS-GZ)*. Maastricht: Universiteit Maastricht (Instituut Health).
- Lapré, R. & Montfort, G. van (1999). *Bedrijfseconomie van de gezondheidszorg*. Maarssen: Elsevier / De Tijdstroom.
- Larson, S.A. & Laking, Ch. K. (1999). Longitudinal Study of Recruitment and Retention in Small Community Homes Supporting Persons With Developmental Disabilities. *Mental Retardation*. 37, 267-280.
- Larson, S.A., Hewitt, A. & Anderson, L. (1999). Staff Recruitment Challenges and Interventions in Agencies Supporting People With Developmental Disabilities. *Mental Retardation*. 37, 36-46.
- Larson, S.A., Lakin, K.Ch., & Bruininks, R.H.. (1998). *Staff Recruitment and Retention: Study Results and Intervention Strategies*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Larsson, G. & Wilde Larsson, B. (2001). Quality of Care and Service as Perceived by Adults With Developmental Disabilities, Their Parents, and Primary Caregivers. *Mental Retardation*, 39(4), 249-258.
- Lebow, J.L. (1984). Research Assessing Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment: a Review of Findings. *Evaluation and Program Planning*. 6. 211-236.
- Leeuwen, M. van (2004). De rol van ouders in de hulpverlening: samenwerken als partners. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (V.8.1-1-22)*. Maarssen: Elsevier

- Legemaate, J. (1994). *Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening*. s.l.: Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 22 april 1994.
- Lemmens, M.A.A. (1993). *Blijf zitten waar je zit... Determinanten van de blijfintentie en de arbeidssatisfactie van verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen in de zwakzinnigenzorg* (doctoraalscriptie). Maastricht: Rijksuniversiteit Maastricht (Verplegingswetenschap).
- Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality. Selected papers*. New York and London: McGraw-Hill.
- Loehlin, J.C. (1998). *Latent Variable Models. An introduction to factor, path, and structural analysis*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Loon, J., Van (2001). *Arduin - Ontmantelen van de instuutszorg*. Leuven-Apeldoorn : Garant.
- Luckasson, R., Coulter, D., Polloway, E., Reiss, S., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D. & Stark, J. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., Brothwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, P., Reeve, A., Schalock, R., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., & Tassé, M. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Maarse, H. (2003). Fuseren? *Markant*, 8 (4), 11.
- Maaskant, M. & Haveman, M. (1988). *Lang leven in de zwakzinnigenzorg. Een onderzoek naar de consequenties van de veroudering van bewoners van algemene zwakzinnigeninrichtingen en gezinsvervangende tehuisen*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg (vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek).
- Maaskant, M.A. (1993). *Mental handicap and ageing* (proefschrift). Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Maat, S., van der (1992). *Communicatie tussen personen met een diep mentale handicap en hun opvoed(st)ers*. Leuven: Garant.
- Maes, B. (2002). *The significance of the relationship between direct support staff and persons with disabilities for their socio-emotional wellbeing*. Presentation at the First European Congress of the IASSID, Dublin, June 12-15.
- Maes, B., Baert, H., Moleman, C., Geeraert, L., Bruel, B. Van den & Samoy, E. (1997). *Oog voor kwaliteit. Een orthopedagogisch referentiekader voor de kwaliteitsbewaking van de zorg- en dienstverlening binnen (semi-)residentiële voorzieningen voor personen met een handicap*. Leuven: Katholieke Universiteit, afdeling orthopedagogiek / Hoger Instituut voor de Arbeid / LUCAS.
- Maes, B., Bruyninckx, W. & Goffart, K. (2003). *Trajectbegeleiding voor personen met een handicap*. Leuven / Leusden: Acco.
- Maes, B., Geeraert, L. & Bruel, B. van den (2000). Developing a model for quality evaluation in residential care for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44 (5), 544-552.
- Mansell, J. & Ericsson, K. (Eds.) (1996). *Deinstitutionalization and Community Living. Intellectual disability services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman & Hall.
- McCormick, M., Balla, D. & Zigler, E. (1975). Resident-Care Practices in Institutions for Retarded Persons: A Cross-Institutional, Cross-Cultural Study. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 1-17.
- McIntire, J.T. (1954). Causes of turnover in personnel. *American Journal of Mental Deficiency*, 58, 375-379.
- McKinley, R.K., Stevenson, K., Adams, S. & Manku-Scott, T.K. (2000). Meeting patient expectations of care: the major determinants of satisfaction with out-of-hours primary medical care? *Family Practice*, 19 (4), 333-337.
- Meijer, A.W.M. (1990). Instellingen en strategisch beleid. In J.A.M. Maarse & I.M. Mur-Veeman. *Beleid en beheer in de gezondheidszorg* (312-336). Assen: Van Gorcum.

- Meininger, H.P. (1998). Autonomie en professionele verantwoordelijkheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijke gehandicapten*, 24, 220-236.
- Mercer, J.R. (1992). The Impact of Changing Paradigms of Disability on Mental Retardation in the Year 2000. In Rowtiz L. (Ed.), *Mental Retardation in the Year 2000* (15-38). New York: Springer-Verlag.
- Miller, D. & Mintzberg, H. (1984). The Case for Configuration. In D. Miller & P.H. Friesen, *Organizations. A Quantum View* (p10-30). Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001a). *Zorg aan bod. Hoofddlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*. Den Haag: SDU
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Geconcentreerd dereguleren? Onderzoeksnotitie naar bestaande concentraties en machtsposities in de zorg*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Zorgnota 2003*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001b). *Met zorg kiezen. De toerusting van patiënten en consumenten in een vraagegestuurde zorg*. Den Haag: SDU.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). *Brancherapport Care '98-'01*. Den Haag: VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2003). *Voortgangsrapportage experiment DBC's en implementatie DBC's* (brief dd 19.05.2003 aan de Tweede Kamer). Den Haag: VWS.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Englewood-Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Mitchell, D., & Braddock, D. (1994). Compensation and Turnover of Direct-Care Staff in Developmental Disabilities Residential Facilities in the United States. II: Turnover. *Mental Retardation*, 32, 1, 34-42.
- Moen, Ph., Elder, G.H. & Lüscher K. (Eds.). (1995). *Examining Lives in Context. Perspectives on the Ecology of Human Development*. Washington: American Psychological Association.
- Moos, R.H. & Insel, P.M. (Eds.). (1974). *Issues in Social Ecology. Human Milieus*. Palo Alto: National Press Books.
- Moos, R.H. (1974). *Evaluating Treatment Environments. A Social Ecological Approach*. New York: John Wiley & sons.
- Munro, J., Duncan, H. & Seymour, L. (1983). Effect of front-line staff turnover on the behavior of institutionalized mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 88, 328-332.
- Musch, C.K., Wolterink, F.W.J.M. & Broek, P.H.M. van den (1994). Marketing Management. Stabieliteit en Verandering. *Cabier*, 4(10), 1-31.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993). *Ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Tweede voortgangsrapportage over de realisatie van de Leidschendamafspraken*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Nationale Ziekenhuisraad (1991). *Herkenbare Kwaliteit van de Algemene Zwakzinnigeninrichting*. Utrecht: Nationale Ziekenhuisraad (Adviescommissie Kwaliteit van zorg en Onderzoek).
- Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz) (1993). *Bejegening: een handreiking voor discussie*. Utrecht, NVGz.
- Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg (NVGz) (1994). *Werken aan wonen; naar een beleid dat recht doet aan individuele woonwensen en zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: NVGz.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B., Huber, T.P., Mohr, J.J., Godfrey, M.M., Headrick, L.A. & Wasson, J.H. (2002). Microsystems in Health Care: Part 1. Learning from High-Performing Front-Line Clinical Units. *Journal on Quality Improvement*, 28 (9), 472-493.

- Nihira, K., Weisener, T.S. & Bernheimer, L.P. (1994). Ecocultural Assessment in Families of Children With Developmental Delays: Construct and Concurrent Validities. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 551-566.
- Nivel (2000). *Terrugrapportage van het NIVEL bestemd voor de VGN*. Utrecht: Nivel
- NWO-Medische Wetenschappen (2001). *Externe evaluatie en zelfevaluatie van het NWO programma Kwaliteit van Zorg Onderzoek (KwaZo)*. Den Haag: NWO.
- Olson, G.L. & Schober, B.L. (1993). The Satisfied Poor. Development of an Intervention-Oriented Theoretical Framework to Explain Satisfaction with Life in Poverty. *Social Indicators Research*, 28, 173-193.
- Overkamp, E.H. (2000). *Instellingen nemen de wijk. Een analyse van het beleid inzake de deconcentratie van instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en zijn empirische effecten* (proefschrift). Enschede: Universiteit Twente.
- Oyen, F.G.P.H. & Schuyteneer, G.F.A. de (2002). *Marketing voor de zorg*. Maarssen: Elsevier.
- Parlak, K., Lako, C.J. & Hoogen, G.W.P. van den (2002). Klanttevredenheid over de dienstverlening bij een afdeling jeugdgezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. 80 (8). 496-502.
- Pennings, J.M. (1998). Structural Contingency Theory. In P.J.D. Drenth, H. Thierry & C.J. de Wolff, *Handbook of Work and Organizational Psychology* (39-60). Hove (UK): Psychology Press Ltd.
- Philipsen, H. (1997). Vraaggestuurde zorg: het belang van professionele fundering van de 'erkende vraag' naar zorg. In L. Boon (Red.). *Vraaggestuurde zorg. Dilemma's en nieuwe opties voor Management, Primair Zorgproces, Netwerken, Automatisering, Flexibele Zorgproducten, Indicatiestelling* (22-27). Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Pirsig, R.M. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance. An inquiry into values*. New York: Bantam Books.
- Ploug, J. van der & Scholte, E. (1997). *Arbeidssatisfactie onder groepsleiders*. Utrecht : NIZW.
- Poel, E. van der, Romme, M., Trimbos, K. & Wilk, H. van der (1985). *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie. Verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ'en*. Amsterdam: Initiatiefgroep Moratorium bouw psychiatrische ziekenhuizen.
- Porter, M.E. (1996). What is strategy? In *Harvard Business Review* (November-December). Boston: Harvard Business School Publishing.
- Prismant (2002). *Personeel in Beeld*. Utrecht: Prismant.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Zoetermeer: RVZ.
- Raad voor Gezondheidszorgonderzoek (1990). *Kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag: Raad voor Gezondheidszorgonderzoek (RGO).
- Ratingsen, J.R.M. van (1970). Problemen bij de institutionele zorg voor zwakzinnigen. *Maandschrift voor Kindergeneeskunde*, 6/7, 149-178.
- Raynes, N.V., Pratt, M.W. & Roses, S. (1979). *Organizational structure and the care of the mentally retarded*. London: Croom-Helm.
- Razza, N.J. (1993). Determinants of Direct-Care Staff Turnover in Group Homes for Individuals With Mental Retardation. *Mental Retardation*, 31, 284-291.
- Reinders, J.S. (1999). De toekomst van de Nederlandse gehandicaptenzorg. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (1.7-1.24). Maarssen: Elsevier
- Reinders, J.S. (2000). Een goeie vriend is beter dan een mooi huis. In P. Ghesquière & J.M.A.M. Janssens. *Van zorg naar ondersteuning: ontwikkelingen in de begeleiding van personen met een verstandelijke handicap* (19-26). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Reinders, J.S. (2002). The good life for citizens with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 1-5.
- Reitsma, E. & Broek, P. van den (1999). Organisatorische kanteling in de gehandicaptenzorg. *Zorg Management Magazine*, 22, 18-22.
- Rioux, M.H. (1997). Disability: the place of judgment in a world of fact. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 41(2), 102-111.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A. & Linehan, C. (2001). Social Networks of People With Mental Retardation in Residential Settings. *Mental Retardation*, 39 (3), 201-214.
- Roelink, H.M., Pool, A., & Grypdock, M.H. (2002). De dialoog in de zorgrelatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijke gehandicapten*, 28, 170-186.
- Romer, D. & Berkson, G. (1980). Social ecology of supervised communal facilities for mentally disabled adults: II. Predictors of Affiliation. *American Journal of Mental Deficiency*, 85, 229-242.
- Ronen, S. (1978). Job Satisfaction and the Neglected Variable of Job Seniority. *Human Relations*, 31 (4), 297-308.
- Roovers, M. (2004). *Mensbeelden en moreel handelen in de zorg voor verstandelijke gehandicapten. Een empirisch-ethisch onderzoek*. Nijmegen: Valkhof Pers.
- Ruyter, P.A., de (1995). De groepsleider: spil in de zorg. In D.A. Flikweert (Red.). *De Groepsleider: spil in de zorg*. Utrecht: NGBZ, 5-9.
- Schalock, R. & Verdugo Alonso, M.A. (2002). *Handbook of Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R.L. & Kiernan, W.E. (1990). *Habilitation Planning for Adults with Disabilities*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schartman, D. (2001). Berufliche Integration als Zone der nächsten Entwicklung. *Behindertenpädagogik*, 40, 35-66.
- Schlesinger, L.A. & Heskett, J.L. (1991). Breaking the Cycle of Failure in Services. *Sloan Management Review*. Spring 1991, 17-28.
- Schoggen, Ph. (1978). Ecological Psychology and Mental Retardation. In G.P. Sackett, *Observing Behavior. Volume I. Theory and Applications in Mental Retardation*. (33-62). Baltimore: University Park Press.
- Schrojenstein Lantman - de Valk, H.M.J. van, Heurn- Nijsten, E.W.A. van, Wullink, M. (2002). *Prevalentieonderzoek mensen met een verstandelijke beperking in Nederland*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Schuring, G., Barnhard, M.C., Kardaun, H.H., Kramer, G.J.A. & Schoep, H.F. (1990). *Ernstig probleemgedrag. Een inventarisatie van probleemsituaties rond bewoners in de intramurale zwakzinnigenzorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Schuurman, M.I.M. (2001). Vraaggerichte zorg aan mensen met een verstandelijke handicap: een stand van zaken. In G.H.M.M. ten Horn, W.H.E. Buntinx, J.A.J. Coolen, E.Th. Klapwijk, W.A.L. van Leeuwen, B. van Zijderveld (Red.). *Handboek Mogelijkheden. Vraaggerichte zorg voor mensen met een verstandelijke handicap* (VI.1.2-1-22). Maarssen: Elsevier.
- Seys, D. & Duker, P. (1988). Effects of Staff Management on the Quality of Residential Care for Mentally Retarded Individuals. *American Journal on Mental Retardation*, 93 (3), 290-299.
- Seys, D.M. (1987). *Kwaliteit van zorg: zorg voor kwaliteit* (proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Sixma, H.J., Campen, C. van, Kerssens, J.J. & Peters, L. (1998). *De QUOTE-vragenlijsten. Kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief; vier nieuwe meetinstrumenten*. Utrecht: Nivel.
- Sixma, H.J., Kerssens, J.J., Campen, C. van & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*. 1. 82-95.

- Sluijs, E., Beek, S. van, Mouthaan, I., Neef, M. de & Wagner, C. (2002). *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken*. Utrecht: NIVEL.
- Sluyter, G.V. (Ed.) (2000). *Total Quality Management in Mental Health and Mental Retardation*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Smets, J. (2003). *Het heft in eigen hand. Ouderinitiatieven in Noord-Brabant, Limburg en Zeeland*. Tilburg: PON.
- Smith, R.L. (2004). Ecology. In *Encyclopaedia Britannica 2004 CD-ROM / DVD*. Chicago: Encyclopaedia Britannica.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2002). *Rapportage gehandicapten 2002*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Somma, Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, Fiad-Wdt & Federatie van Ouderverenigingen (1995). *Notitie wonen van mensen met een verstandelijke handicap*. Utrecht: Somma, Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg, Fiad-Wdt & Federatie van Ouderverenigingen
- Spanjer, M. (1997). *Dynamiek in steen*. Utrecht: College voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Staring, M.A.T.M., Duterloo, C.M. & Horn, G.H.M.M. ten (1993). *Kwaliteitsmeting van Proceskenmerken in de Zwakzinnigenzorg. Overzichtstudie 1*. Den Haag: NWO.
- Stavenuiter, J.J.A. (2002). *Clënten preferenties in een vraagegestuurd zorgstelsel: Een conjoint analyse (doctoraalscriptie)*. Maastricht: Universiteit Maastricht (Beleid en Beheer van de Gezondheidszorg).
- Sterkenburg, P.S., Schneider, M.J. & Janssen, C.G.C. (1997). Continuïteit in de zorg voor thuiswonende kinderen met een verstandelijke handicap. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijke gehandicapten*, 24 (4), 222-238.
- Stokols, D. (1999). Human Development in the Age of the Internet: Conceptual and Methodological Horizons. In S.L. Friedman & T.D. Wachs, *Measuring Environment Across the Life-Span* (327-356). Washington: American Psychological Association.
- Switzky, H. & Greenspan, S. (2003). Can so Many Diverse Ideas be Integrated? Multiparadigmatic Models of Understanding Mental Retardation. In H. Switzky & S. Greenspan (Eds.). *What is Mental Retardation? Ideas for an Evolving Disability* (387-405). Washington: American Association on Mental Retardation.
- Talbert, J.E. & McLaughlin, M.W. (1999). Assessing the School Environment: Embedded Contexts and Bottom-Up Research Strategies. In S.L. Friedman & T.D. Wachs, *Measuring Environment Across the Life-Span* (197-227). Washington: American Psychological Association.
- Talbot, M. (1967). Édouard Seguin. *American Journal of Mental Deficiency*. 72 (2) 184-189.
- Tausig, M. (1992). Caregiver Network Structure, Support and Caregiver Distress. *American Journal of Community Psychology*, 20, 81-96.
- Test, D.W., Flowers, C., Hewitt, A. & Solow, J. (2003). Statewide Study of the Direct Support Staff Workforce. *Mental Retardation*. 41 (4), 276-285.
- Teulings, A.W.M. (1993). De recalcitrante organisatie. Het draagvlak voor herstructurering en bestuurlijke vernieuwing bij de rijksoverheid. *Tijdschrift voor organisatiekunde en sociaal beleid*. 47 (5), 353-370.
- The Committee on the Quality of Health Care in America (2001). *"Crossing the Quality Chasm." A new Health System for the 21st Century*. Washington D.C.: Institute of Medicine's Office.
- Thompson, A.G.H. & Suñol, R. (1995). Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care*. 7 (2). 127-141.
- Thompson, J. R., Hughes, C., Schalock, R. L., Silverman, W., Tasse, M. J., Bryant, B.R., Craig, E. M., & Campbell, E. M. (2002). Integrating Supports in Assessment and Planning. *Mental Retardation*, 40 (5), 390-405.

- Thompson, J.R., Bryant, B.R., Campbell, E.M., Craig, E.M., Hughes, C.M., Rotholz, D.A., Schalock, R.L., Silverman, W.P., Tassé, M.J. & Wehmeyer, M.L. (2004). *Supports Intensity Scale. Users Manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Tizard, J. (1964). *Community Services for the Mentally Handicapped*. London: Oxford University Press.
- Tonkens, E. (1999). Het zelfontplooiingsregime. De actualiteit van Dennendal en de jaren zestig. Amsterdam: Bert Bakker.
- Tronto, J.C. (1995). Van produkt naar praktijk: gezondheidszorg als zorg. *Rekenschap. Tijdschrift voor Wetenschap en Cultuur*. September 1995, 148-157.
- Tummers, G.E.R., Janssen, P.P.M., Landeweerd, A; & Houkes, I. (2001) A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses: a multi-sample analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (1), 151-162.
- Tummers, G.E.R., Merode, G.G. van & Landweerd, J.A. (2002). *Organisatie, werk en werkreacties in de verpleging en verzorging*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek.
- Unen, F.C., van (2003). *Inzichtelijk Verzorgd. Onderzoek naar de vaststelling van de ondersteuningsbehoeften van de cliënten van Diomage en een optimale verdeling van het beschikbare begeleidend personeel, aan de hand van deze ondersteuningsbehoeften en het budget* (doctoraal scriptie). Maastricht: Universiteit Maastricht (Beleid en Beheer).
- United Nations (1994). *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities* (United Nations General Assembly, 48th session, agenda item 109). Geraadpleegd 05.05.2002, op <http://www.un.org/esa/socdev/enable/>
- Veen, P. & Korver, T. (1998). Theories of Organization. In P.J.D. Drenth, H. Thierry & C.J. de Wolff, *Handbook of Work and Organizational Psychology* (5-37). Hove (UK): Psychology Press Ltd.
- Velde, G.C.J. van (1997). 'Van liefdewerk naar zorgcontinuüm'. In Spanjer, M. *Dynamiek in steen* (105-111). Utrecht: College voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Velthausz, F.J.M. (1987). *Sociaal gedrag, sociale interactie en communicatie bij diepzwakzinnigen: een observatieonderzoek* (proefschrift). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Verbeek, G. (1999). *Aan elkaar gewaagd? Oriëntatie op het samenspel tussen cliënten en zorgverleners in een vraaggerichte zorg*. Utrecht: NIZW.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland & Federatie van Ouderverenigingen (2002). *Ruimte voor mensen. Naar een verhoging van de kwaliteit van bestaan en de kwaliteit van ondersteuning van mensen met ernstige meervoudige beperkingen*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland & Federatie van Ouderverenigingen.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2000). *Model Kwaliteitsstelsel Gehandicaptenzorg*. Utrecht: VGN
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2002). *Landelijke tabeltabellen cliëntenregistraties 2000*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2002a). *VGN-cliententabeltabellenboek 2000*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2002b). Continuïteit inzet VGN bestedingsplan 2003 Sectorfonds Zorg. *VGN Actueel*. 6, 1.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2002c). *Resultaten ontwikkelen instrumenten benchmarkonderzoek gehandicaptensector*. Utrecht: VGN.
- Verheggen, F.W.S.M. (1998). Integrale kwaliteitszorg: op weg naar een goed geregelde patiëntenzorg. *Kwaliteit & Zorg*, 4, 155-166.
- Verheggen, F.W.S.M. (2003). *Kwaliteit van zorg-onderzoek als 'Pragmatic Science'*. Maastricht: AZM.
- Vermeer, A. (1997). *Gehandicaptenzorg: context georiënteerde interventie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vette, G.A. (1993). Honderd jaar 's Heeren Loo-Lozenoord. In Vijselaar, J. (Red.). *Over onnozelen en idioten*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 2-15.

- Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief. Methodieontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Assen: Van Gorcum.
- Vlaskamp, C. & Verkerk, M.A. (2000). Zorg als proces – over zorgpraktijken en zorgvocabulaires. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 26, 4-16.
- Voorberg, M. (2003). Netwerk Kritische Ouders: Tevreden in de instelling. *Raakpunt*, 27, 4-6.
- Vreeke, G.J., Janssen, C.G.C., Resnick, S. & Stolk, J. (1998). *Kwaliteit van bestaan van mensen met een verstandelijke handicap. Ontwikkeling van een meetinstrument voor woonvoorzieningen en de stand van zaken in Nederlandse instellingen*. Amersfoort / Amsterdam: Vereniging's Heeren Loo / Vrije Universiteit.
- Vries, W. de & Goud, A.P.J. (2003). *Strategische dienstverlening. 20 modellen ter ondersteuning*. Groningen / Houten: Wolters-Noordhoff.
- Vries, W. de, Van Helsdingen, P.J.C. & Kasper, J.D.P. (2001). *Dienstenmarketing Management*. Groningen / Houten, Wolters-Noordhof / Stenfert Kroese.
- Wachs, T.D. (1999). Celebrating Complexity: Conceptualization and Assessment of the Environment. In S.L. Friedman & T.D. Wachs, *Measuring Environment Across the Life-Span* (357-392). Washington: American Psychological Association.
- WCC (WHO Collaborating Center for the ICIDH) (1994). *A Survey of criticism about the ICIDH*. Zoetermeer (Netherlands): WCC Dutch Classification and Terminology Committee for Health.
- Weatherly, K.A. & Tansik, D.A. (1993). Tactics Used by Customer-contact Workers: Effects of Role Stress, Boundary Spanning and Control. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 4-17.
- Wetzels, M.G.M. (1998). *Service Quality in Customer-Employee Relationships* (proefschrift). Maastricht: University of Maastricht.
- Whiteman M. & Jaskulski T. (1996). Consumer perspectives on direct support workers. In T. Jaskulski & W. Ebenstein (Eds.). *Opportunities for Excellence: Supporting the Frontline Workforce* (40-55). Washington DC: President's Committee on Mental Retardation (U.S. Department of Health and Human Services).
- WHO-FIC Collaborating Centre (2002). *ICF. Nederlandse vertaling van de 'International Classification of Functioning, Disability and Health'*. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Widdershoven, G.A.M. (1999). Care, cure and interpersonal understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1163-1169.
- Wiercx, R. (2001). Groot, groter, grootst. *Markant*, 6, 20-23.
- Wiersma, L.A., Beumer, H.M., Koedoot, P. & Vlaskamp, C. (2002). Dagactiviteiten voor mensen met zeer ernstig verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 3, 156-168.
- Wijk, K.P. van & Dijk, J.K. van (2003). Vraaggerichte zorg niet zonder medewerkerstevredenheid. *Zorgmanagement*, 1/2003, 2-5.
- Wijmen, F.C.B. van (1996). *Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg* (oratie). Deventer: Kluwer.
- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: a Valid Concept? *Social Science & Medicine*, 38 (4), 509-516.
- WOI (Landelijk Werkverband van Verenigingen van Ouders rond Internaten) (1994). *Beleidskaders en Werkplan*. Utrecht: WOI.
- Wolves, M. & Werf, A. van der (2000). Don't blame the model. De werking en werkzaamheid van kwaliteitsmodellen. *Kwaliteit in Beeld. Tijdschrift voor kwaliteitsmanagement in de zorgsector*, 5, 12-13.
- Woodhouse, G. (1996). *Multilevel modeling applications. A guide for users of MLn*. London: University of London.

- World Health Organization (WHO) (1993). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2001). *ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman A. & Berry L.L. (1990). *Delivering Quality Service. Balancing Customers Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- Zeithaml, V.A. & Bitner, M.J. (2003). *Services Marketing : Integrating Customer Focus across the Firms*. New York: McGraw-Hill.
- Zijlstra, R.H.P., Vlaskamp, C. & Buntinx, W.H.E. (2001). Direct care staff turnover: an indicator of the quality of life of individuals with profound multiple disabilities. *European Journal on Mental Disability*. Vol 22, 38-55.
- Zijlstra, R.H.P. (2003). *Dansen met olifanten. Een onderzoek naar de implementatie van het opvoedingsprogramma in de zorg voor mensen met ernstige meervoudige beperkingen* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Zomerplaag, J. (2000). *Partnerschap. Methode voor naastbetrokkenen*. Utrecht: NIZW & WOI.
- Zwan, A.A., van der, Spijker, H. & Borssum Waalkes, J.B. van (1994). *Denken over Kwaliteit*. Utrecht: Federatie van Ouderverenigingen.

Samenvatting

Deze studie behandelt het probleem van frequente wisselingen van groepsleiders in woongroepteams van Nederlandse residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Met name wordt onderzocht wat de samenhang is tussen enerzijds aard en omvang van personeelswisselingen en anderzijds, organisatiekenmerken, de teameffectiviteit en de kwaliteit van de begeleiding. Het verslag van deze studie bestaat uit negen hoofdstukken.

Hoofdstuk 1 is een inleiding op het studieterrein en op de centrale problematiek.

In Nederland maken ongeveer 33.500 mensen met verstandelijke beperkingen gebruik van 24-uurs zorg in residentiële instellingen. De woonfunctie is nagenoeg volledig gerealiseerd in woongroepen. Aan een woongroep is een team van professionele groepsleiders verbonden: het woongroepsteam. Vertrek van groepsleiders uit de instelling (door beëindiging van arbeidsovereenkomst) leidt uiteraard tot vertrek uit het woongroepsteam, en wanneer vervanging plaatsvindt, tot personeelswisselingen. Maar binnen woongroepteams vinden aanzienlijk meer wisselingen plaats dan op grond van verloop kan worden verklaard. Zo zijn er tal van andere omstandigheden die kunnen leiden tot uit- of instroom van groepsleiders: bijvoorbeeld, door vertrek naar een ander woongroepsteam binnen dezelfde instelling (job rotation), door vervangingen voor ziekte of voor afwezigheid om andere redenen voor langere of kortere tijd, door tijdelijk versterking van het team, door tijdelijk 'uithelpen' in andere teams, of door opleidingsgebonden toetreding.

In de vakliteratuur klagen professionals binnen de residentiële zorg zelf, maar meer nog cliënten en hun familie, over deze personeelswisselingen die volgens hen de geleverde kwaliteit van begeleiding negatief beïnvloeden. Dit gegeven vormt de beleidsmatige aanleiding van deze studie. Hoewel 'verloop' van groepsleiders in de wetenschappelijke literatuur in en buiten Nederland veel aandacht heeft gekregen, is dit niet het geval voor het verschijnsel personeelswisselingen. Dit gegeven vormt de wetenschappelijke aanleiding voor deze studie. Het doel van deze studie is: inzicht verwerven in het verschijnsel personeelswisselingen in residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen.

In het eerste hoofdstuk worden verder de belangrijkste begrippen gedefinieerd en wordt een overzicht en leeswijzer gegeven. De studie is opgebouwd uit twee delen. Het eerste deel betreft een algemene plaatsbepaling van de problematiek door middel van literatuurstudie. Deze informatie levert de achtergrond voor een empirisch onderzoek. Deel twee betreft het verslag van het empirisch onderzoek.

Deel I

De historisch-sociale schets uit *hoofdstuk 2* is opgebouwd rond de stelling van de structurele contingentie theorie dat de interne structuur van een organisatie begrepen dient te worden in functie van haar omgeving. De 'fit' tussen de externe omgeving en haar interne structuur bepaalt de effectiviteit van een organisatie. De externe omgeving van residentiële instellingen wordt beschreven in drie perioden: (1) van de 19^e eeuw tot de AWBZ, (2) van 1968 tot 1990 en (3) van 1990 tot 2003.

Daarbij wordt telkens ook de interne structuur beschreven. Het blijkt dat residentiële instellingen in de eerste periode relatief eenvoudige organisaties waren met sterk autonome woongroepsteams die zich in de tweede periode ontwikkelden tot 'professionele bureaucratieën' met als doel, het bieden van een alternatieve samenlevingsvorm voor mensen met verstandelijke beperkingen. De externe ontwikkelingen in de derde periode zijn complex en de aanpassingen van de interne organisatie zijn zeker nog niet uitgekristalliseerd. Onder invloed van deconcentratiebeleid, nieuwe regelgeving, nieuwe financieringsvormen en vooral fusies ontstaan grotere, gedivisioneerde organisaties maar ook netwerkorganisaties en virtuele organisaties. Op niveau van de woongroepsteams wordt de begeleiding meer geïndividualiseerd en wordt meer aandacht besteed aan methodisch werken. Dit leidt tot verkleining van woongroepen, tot veranderingen in taken ('persoonlijke begeleiders' doe in hun intrede in de woongroepsteams) en tot individuele zorgplannen als coördinatie technologie; het leidt niet tot veranderingen van de basisstructuur van woongroepsteams. Door verkleining van de woongroepen onder handhaving van een strikte koppeling van woongroep en woongroepsteam, vergroot de kwetsbaarheid van deze teams voor personeelwisselingen.

Personeelwisselingen vormen een bron van verstoring van de interne consistentie van residentiële organisaties en daarmee van hun effectiviteit. Dit gebeurt op de meest kwetsbare plaats voor de realisering van hun missie: in de woongroep als interface tussen de organisatie en het cliëntsysteem. Het hoofdstuk eindigt met een overzicht van kenmerken van Nederlandse residentiële instellingen.

Hoofdstuk 3 behandelt de vakliteratuur en de wetenschappelijke literatuur met betrekking tot verloop en personeelwisselingen. Uit de vakliteratuur blijkt dat zowel cliënten zelf, hun ouders en familie alsook professionals personeelwisselingen nadelig achten voor de kwaliteit van begeleiding. Personeelwisselingen worden gekarakteriseerd als bejegeningproblematiek (bedreiging van wederzijds vertrouwen) maar ook als risicofactor voor het optreden van gedragsproblemen en uiteindelijk voor de kwaliteit van bestaan van mensen met verstandelijke beperkingen.

In de internationale wetenschappelijke literatuur is veel aandacht besteed aan verloop. Daarbij overheerst – vooral in de Amerikaanse studies – het organisatieperspectief, gericht op behoud van medewerkers. Ook worden problemen gesignaleerd in de uitkomsten van begeleiding (door personeelwisselingen geïnduceerde gedragsproblemen) en in de effectiviteit van het teamfunctioneren.

Een systematische analyse van de (significant gebleken) correlaten van verloop en personeelwisselingen binnen residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen levert in eerste instantie éénenvertig relevante kenmerken op. Deze uitkomsten blijken te convergeren in de volgende relevante correlaten van verloop respectievelijk van personeelwisselingen: instelling; sociowoning of woning op terrein; grootte van de woongroep; zorgzwaarte van de woongroep; arbeidssatisfactie; door groepsleiders ervaren participatie in besluitvorming, onderlinge samenwerking en rolduidelijkheid. Uit analyse van dezelfde wetenschappelijke literatuur worden drie typen van maten voor personeelwisselingen afgeleid: stabili-

liteit van het team (type I); frequentie waarmee nieuwe teamleden instromen (type II); de gemiddelde duur van het teamlidmaatschap (type III).

Hoofdstuk 4 behandelt de factoren teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding. Deze hangen nauw met elkaar samen: de kwaliteit van het teamfunctioneren en de daarbij horende gunstige condities, vormen aspecten van de interne effectiviteit van de organisatie. De door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit, vormt een aspect van de externe effectiviteit. Teameffectiviteit en door het cliëntsysteem ervaren kwaliteit vormen als het ware twee kanten van dezelfde medaille. Voor de nadere bestudering van beide aspecten worden residentiële instellingen beschouwd als dienstverlenende organisaties met de daarbij horende kenmerken. Dit wordt uitgewerkt in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk.

Er wordt aandacht besteed aan de begrippen vraaggerichtheid, klantgerichtheid en aan een omschrijving van 'de cliënt' in het geval van residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen. Hieruit blijkt dat ouders en familie als naastbetrokkenen en veelal ook als wettelijke vertegenwoordigers van de bewoners, belangrijk zijn voor het beoordelen van de kwaliteit van door residentiële instellingen geboden begeleiding. Na een nadere omschrijving van de begrippen 'markt' en 'cliënttevredenheid' wordt de relevantie van de marketingdiscipline voor de studie van het verschijnsel personeelsswisselingen onderzocht. Er volgt een verkenning van de relatie tussen teameffectiviteit en cliënttevredenheid in marketingstudies. Hieruit volgt de relevantie van het marketingconcept als theoretisch kader voor de studie van personeelsswisselingen.

In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk wordt ingegaan op kwaliteitszorg. Eerst worden de vele facetten van 'kwaliteit' besproken. Vervolgens wordt een beknopt historisch overzicht gegeven van de aandacht voor kwaliteitszorg in de Nederlandse residentiële zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Na een beschouwing over het kwaliteitsaspect 'continuïteit' worden personeelsswisselingen omschreven als belemmerende factor voor de relationele continuïteit in medewerker-client contacten en daarmee voor de ervaring van de kwaliteit van begeleiding door familie van cliënten.

Hoofdstuk 5 vat de conclusies uit de voorafgaande drie hoofdstukken samen. Op grond van literatuurstudie en op grond van het perspectief van de kwaliteitsmarketing, worden vier relevante factoren (PW, A, B, & C) geïdentificeerd voor de studie van personeelsswisselingen. De probleemstelling luidt: wat is de samenhang tussen enerzijds aard en omvang van personeelsswisselingen (PW) en anderzijds, organisatiekenmerken, de teameffectiviteit en de kwaliteit van de begeleiding? Bij elke factor horen deelvactoren. Dit levert de volgende uitwerking van de elementen van de probleemstelling op:

- Organisatiefactoren (op niveau van de instelling en de woongroep - A):
 - Instelling als zodanig;
 - Omvang van het cluster waartoe de woongroep behoort;
 - Woongroep op het terrein of buiten het terrein (sociowoning);
 - Grootte van de woongroep;

- Zorgzwaarte van de bewoners van de woongroep.
- Personeelwisselingen (modaliteiten van teamwisselingen - PW)
 - Stabiliteit van het team;
 - Frequentie van nieuwe instromers in het team;
 - Gemiddelde tijd dat de teamleden deel uitmaken van het woongroepteam ("Tijd op woongroep").
- Teameffectiviteit (condities voor effectiviteit van het teamfunctioneren - B)
 - Arbeidssatisfactie;
 - Rolduidelijkheid;
 - Vertrouwen in eigen doelmatigheid;
 - Ervaren autonomie.
- Door familie ervaren kwaliteit van begeleiding (C);
 - Ervaren inhoudelijke kwaliteit;
 - Ervaren relationele kwaliteit.

Aan het eind van hoofdstuk 5 worden aan de hand van deze factoren en deelfactoren de onderzoeksvragen respectievelijk de deelvragen voorlopig geformuleerd.

Deel II

In *hoofdstuk 6* wordt de probleemstelling met de voorlopige onderzoeksvragen binnen een theoretisch kader geplaatst. Na een inleiding over het ecologisch karakter van de begrippen 'verstandelijke beperkingen' en 'ondersteuning' volgt een uiteenzetting van de sociale ecologie. Uit de sociaal-ecologische theorie van U. Bronfenbrenner worden – voor de begeleidingssituatie van mensen met verstandelijke beperkingen – voorwaarden voor gunstige interacties afgeleid. Dat zijn voorwaarden die leiden tot ontwikkeling en tot beter functioneren. Vanuit een inhoudelijk perspectief wordt een theoretisch kader van interacties tussen woongroepteam, ouders en familie, en bewoners van residentiële instellingen geformuleerd. Vervolgens wordt vanuit marketingperspectief de interacties tussen woongroepteam en cliëntsysteem (waaronder ouders en familie) beschreven en worden voorwaarden voor gunstige interacties geformuleerd. Dat zijn voorwaarden die leiden tot grotere teameffectiviteit en in samenhang daarmee, tot grotere cliënttevredenheid. Daartoe wordt gebruik gemaakt van een empirisch model van Hartline en Ferrell. Na een kritische beschouwing over het meten van cliënttevredenheid, worden de in hoofdstuk 5 geselecteerde factoren binnen een theoretisch kader geplaatst. Dit kader is congruent met zowel de sociale-ecologie als de marketingtheorie en is daarmee zowel inhoudelijk als organisatorisch relevant. Tot slot worden zes definitieve onderzoeksvragen met bijbehorende deelvragen geformuleerd. De eerste drie onderzoeksvragen betreffen het verband tussen personeelwisselingen en (1) woongroepkenmerken, (2) teameffectiviteit en (3) door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Onderzoeksvraag 4 betreft het verband

tussen teameffectiviteit en door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Onderzoeksvraag 5 betreft het effect van personeelsswisselingen op het verband tussen teameffectiviteit en ervaren kwaliteit van begeleiding. Tot slot wordt in onderzoeksvraag 6 gezocht naar een model waarin de samenhang van woongroepkenmerken, personeelsswisselingen en teameffectiviteit als voorspellers van ervaren kwaliteit van begeleiding worden gebruikt.

De deelvragen betreffen telkens de hierboven genoemde deelfactoren van woongroepkenmerken, teameffectiviteit en ervaren kwaliteit.

In *hoofdstuk 7* staat de opzet van het onderzoek beschreven. Het gaat om een cross-sectioneel onderzoek met een exploratief karakter waarbij gebruik wordt gemaakt van vragenlijsten. Het onderzoek vindt plaats bij vijf residentiële instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen; het totaal aantal cliënten in deze groep is representatief voor de populatie bewoners van Nederlandse algemene residentiële instellingen. Het betreft in onze onderzoeksgroep 1.813 bewoners. In dit hoofdstuk wordt de operationalisering van de onderzoeksvragen en de deelvragen toegelicht. Personeelsswisselingen worden gemeten met drie maten die elk een modaliteit van de teamwisselingen meten: Stabiliteit, Instroomfrequentie en Tijd op woongroep. De teameffectiviteit wordt geoperationaliseerd door middel van vier vragenlijsten (één voor elke deelfactor). De door familie ervaren kwaliteit van begeleiding wordt geoperationaliseerd aan de hand van twee vragenlijsten (één voor elke deelfactor). De keuze voor de vragenlijsten, hun validiteit en betrouwbaarheid worden verantwoord. Het hoofdstuk sluit af met de formulering van de geoperationaliseerde onderzoeksdeelvragen.

In *hoofdstuk 8* worden de resultaten gepresenteerd van het empirisch onderzoek waaraan 1.151 groepsleiders en 1.021 familieleden door terugsturen van hun vragenlijsten deelnamen. Data werden verzameld over personeelsswisselingen en woongroepkenmerken van 188 woongroepen en woongroepteams. De omvang van de personeelsswisselingen bedraagt in de gehele groep voor de Stabiliteitsmaat gemiddeld 66,5 procent; voor de Instroomfrequentie-maat gemiddeld 64,5 procent; en voor de 'Tijd op woongroep'-maat 43,4 maanden. Vervolgens worden per onderzoeksdeelvraag afzonderlijk de uitkomsten gepresenteerd. Bij elke deelvraag wordt eerst een beschrijving van de uitkomsten van de betreffende variabelen gegeven. Dan volgt het antwoord op de onderzoeksvraag door het rapporteren van de correlaties tussen de variabelen in elke deelvraag (waar het om verbanden gaat) of van de uitkomsten van een variantieanalyse (waar het verschillen betreft). Omdat er drie maten voor personeelsswisselingen worden gebruikt, wordt bij elke deelvraag het verband of het verschil gerapporteerd voor elke maat afzonderlijk.

De verschillen tussen de instellingen zijn alleen significant voor de Instroomfrequentie en voor de 'Tijd op woongroep'-maat (deelvraag 1.1). Er is een negatieve correlatie tussen de grootte van clusters en de omvang van de Instroomfrequentie en de 'Tijd op woongroep'-maat. Er is een positief verband tussen de grootte van clusters en de Stabiliteit (deelvraag 1.2). Het antwoord op deelvraag 1.3 luidt dat woongroepen op het terrein verschillen van sociowoningen op de Stabiliteitsmaat (ten gunste van de sociowoningen) en van de 'Tijd op woongroep'-maat (ten gunste

van de woongroepen op het terrein). Verder werd een positieve correlatie gevonden tussen de woongroepgrootte en de 'Tijd op woongroep'-maat (deelvraag 1.4). Er is een negatief verband tussen zorgzwaarte en Instroomfrequentie (deelvraag 1.5).

Er blijkt geen verband tussen arbeidssatisfactie en personeelsswisselingen: geen enkele maat leidt tot significante correlaties (deelvraag 2.1). Er is een kleine positieve correlatie tussen rolduidelijkheid en de Instroomfrequentie van nieuwe teamleden en ook met de gemiddelde Tijd op woongroep (deelvraag 2.2). Er wordt een positieve correlatie aangetroffen tussen de variabele 'vertrouwen in eigen doelmatigheid' en de Stabiliteit maat respectievelijk met de 'Tijd op woongroep'-maat (deelvraag 2.3). Ook worden positieve correlaties gevonden tussen de variabele 'ervaren autonomie' en de Stabiliteit respectievelijk de 'Tijd op woongroep'-maat (deelvraag 2.4).

Bij onderzoeksvraag 3 wordt het verband tussen personeelsswisselingen en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding onderzocht. De ervaren inhoudelijk kwaliteit vertoont een kleine positieve correlatie met de 'Tijd op woongroep'-maat. De ervaren relationele kwaliteit vertoont een positieve correlatie met de Stabiliteit maat en met de 'Tijd op woongroep'-maat (deelvragen 3.1 en 3.2).

In antwoord op onderzoeksvraag 4 blijkt er een positieve correlatie te bestaan tussen arbeidssatisfactie en zowel de ervaren inhoudelijke als relationele kwaliteit van begeleiding (deelvraag 4.1). Hetzelfde beeld geldt voor de variabele rolduidelijkheid (deelvraag 4.2). De variabele vertrouwen in eigen doelmatigheid correleert alleen met de ervaren relationele kwaliteit (deelvraag 4.3). Er blijken kleine positieve correlaties tussen de variabele 'ervaren autonomie' en de ervaren inhoudelijke zowel als relationele kwaliteit (deelvraag 4.4).

Bij onderzoeksvraag 5 wordt gekeken naar het effect van personeelsswisselingen op de correlaties tussen de teameffectiviteit en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. De resultaten van de regressieanalyses naar interactie-effecten laten zien dat de omvang van de stabiliteit van het team een effect heeft op de grootte van de correlatie tussen arbeidssatisfactie respectievelijk rolduidelijkheid en de door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding. We noemen dit een sensibiliseringseffect: bij ongunstige stabiliteit is er een hogere correlatie tussen arbeidssatisfactie respectievelijk rolduidelijkheid en door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding.

Bij onderzoeksvraag 6 wordt gezocht naar een model van samenhang tussen alle variabelen van de factoren woongroepkenmerken, personeelsswisselingen, team-effectiviteit als voorspellers van door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding. Hierbij blijken directe significante paden te worden gevonden met arbeidssatisfactie en 'Tijd op woongroep'. 'Tijd op woongroep' vertoont een significant positief verband met arbeidssatisfactie. Woongroepgrootte, zorgzwaarte en cluster-grootte blijken voorspellers te zijn van 'Tijd op woongroep'. Er wordt een marginaal significant rechtstreeks pad aangetroffen van cluster-grootte naar ervaren relationele kwaliteit van begeleiding.

In hoofdstuk 9 worden de conclusies geformuleerd. Algemeen kunnen personeelswisselingen worden beschouwd als belemmerende factoren voor zowel teameffectiviteit als door familie ervaren kwaliteit van begeleiding. Dit effect is echter sterk afhankelijk van de beschouwde modaliteit van personeelswisselingen die op hun beurt afhankelijk zijn van organisatorische kenmerken.

Na een aantal kritische methodologische kanttekeningen volgen drie inhoudelijke beschouwingen. In de eerste plaats wordt – in het belang van teameffectiviteit en kwaliteit van begeleiding – het belang onderstreept van het monitoren van de teamstabiliteit en het nemen van maatregelen wanneer deze bedreigd wordt: deze maatregelen dienen de vertrouwensrelatie tussen organisatie en familie te ondersteunen. In de tweede plaats dienen door de organisatie zelf geïnduceerde wisselingen in relatie tot tijdelijke vervanging van teamleden klein te worden gehouden; dit kan door vervanging zo dicht mogelijk bij het team te organiseren met medewerkers die met cliënten, collega's en werkwijzen van het team bekend zijn. In de derde plaats blijkt de 'gemiddelde tijd op woongroep' de belangrijkste continuïteitsmaat, en in het kader van door familie ervaren kwaliteit van zorg, een relevante kwaliteitsindicator te zijn.

Het hoofdstuk sluit af met aanbevelingen voor het kwaliteitsbeleid, voor de beheersing van incidenten (discontinuïteit) van woongroep teams en voor het strategisch beleid van residentiële instellingen.

Summary

Continuity of Care

A study of the relations between direct service staff continuity, organizational characteristics, team efficacy and family perceived service quality in Dutch residential facilities for persons with intellectual disability.

Chapter 1 introduces the central problem of the present research project: the continuity of residential care for persons with ID in the Netherlands. The reason for the project are the repeatedly expressed concerns and complaints by clients, clients' families and professionals about frequent changes of direct service staff (DSS) in residential service teams. A residential service team is a group of direct care employees that offers practical and daily face-to-face support to a group of clients sharing the same residential setting (e.g. a group home or a living unit). The stability and continuity of these DSS teams are pivotal to the quality of care that clients actually are receiving.

Although research projects on DSS *turnover* in residential facilities for persons with intellectual disability (ID) are well documented in the literature, research on *changes of DSS team membership* within the primary residential service teams is hardly available. Although DSS turnover of course is reflected in DSS team membership changes, the latter are subject to additional pressures and should be seen as the result of the combined effects of turnover as well as of transfers, temporary assignments, internships, relief of staff within the same company and changes for reasons of human resources management. Some authors suggest that the rates of DSS changes at the level of direct service teams might be substantially higher than turnover rates at the level of the organization as a whole (the usual level for turnover studies). However, hardly any empirical evidence exists as to the size and impact of these team membership changes (Baumeister et al., 1987; Braddock et al., 1992).

This study aims at clarifying the size and the impact of DSS team membership changes in Dutch residential facilities. The central question of the study is the relation between DSS team membership change rates and (A) the organizational context of the residential living group, (B) DSS team efficacy and (C) quality of care from the client perspective. To answer this central question, a study of the literature is first conducted to describe the context of the problem, to identify relevant correlates of DSS changes in residential service teams and to explore relevant theoretical frames for the study of this problem (part I). Second, an empirical study is conducted to investigate the relations between DSS changes and three groups of variables: organizational characteristics, team effectiveness and perceived quality of care (part II).

Part I Context and relevance

Chapter 2 offers an historical review of organizational characteristics and DSS turnover in residential facilities for persons with ID. It is demonstrated that

turnover has been a problematic feature of professional residential care ever since its origins in the last 25 years of the nineteenth century. The organizational structure of these facilities in the Netherlands varies as a function of to the changing bureaucratic environment moving from 'simple' organizations (1875 – 1950) to full 'professional bureaucracies' (1950 – 1990) and recently showing a tendency towards 'network organizations' (1990 – present). However, the basic arrangement of the residential 'service encounter' – despite changes in group size reduction and team functions (e.g. the introduction of case management based DSS tasks) – has always been the linkage of one specific DSS team to one specific setting of clients. When in time average residential group size dropped (from 15 – 20 before 1968 to 8 – 9 in 2001), team size consequently was also reduced. This led to smaller DSS teams that became more vulnerable to changes due to turnover, but also to DSS replacements (whether or not temporarily) and transfers within the same organization. Historical studies relate turnover to the social status of the profession, labor market circumstances and also to cultural factors such as the custom of Dutch women to stop working when they married (first half of the 20th century) or the vast and stable workforce of religious nuns and brothers in the residential care for persons with ID, particularly in the South of the Netherlands between 1879 and 1950. There are no historical studies of DSS team membership changes.

The present Dutch residential care for persons with ID comprises 133 different facilities serving 33,694 clients and employing a workforce of 54,020 individuals (of which 45,219 DSS). The average age of the residents is 38 years (8% older than 65); in terms of the traditional 'levels of functioning', the residential population of persons with ID can be characterized as having mild (12%), moderate (33%), severe (31%) and profound (24%) intellectual disability. Although Dutch residential care up till the 1990's could largely be labeled as congregate on campus institutional care, a significant proportion (over 35 %) of the clients is now living 'off campus' in community based group homes and apartments. Both *on* and *off* campus groups still function under the same administration and governance body. This shift should therefore be seen as a process of institutional transformation and de-concentration rather than de-institutionalization.

Chapter 3 offers a systematic review of the professional as well as of the scientific research literature to (1) document the relevance of the phenomenon of frequent DSS team membership changes, (2) to identify correlates of DSS turnover and team membership changes and (3) to identify operationalizations of 'DSS team membership changes'.

(1) The relevance of DSS changes is overwhelmingly documented in the professional literature. Clients, families of clients as well as professionals complain about both the extent of DSS team membership changes in practice and about the persistency of the problem despite repeated calls for attention by parents associations. All relevant stakeholders consider frequent DSS changes as a serious quality of care risk and even as a barrier for the quality of life of persons with ID in

long term care and especially in residential care. Frequent DSS changes are believed to have a negative impact on the client's attachment to significant persons in his immediate environment and to the client-DSS communication. Frequent DSS changes are seen as a hindrance to getting familiar with the client's needs, to developing adequate responsiveness of care workers and to building the necessary trust for personal support. For the organization, frequent DSS team changes negatively affect the client's and families' consumer trust. For care and support companies, DSS changes therefore are both a strategic and quality issue.

(2) Although the 'theory of membership dynamics' of Arrow and McGrath (1995) includes 'temporal patterning of member changes' as a variable, there are no empirical studies on team dynamics and member changes available that are relevant to long term care situations. On the other hand, there are several international studies on DSS turnover. A review of these studies lead to the identification of 41 relevant organizational correlates (Table 3.1). Because DSS changes in residential teams appear to be significantly affected by intra-organizational factors, a selection of such correlates was made on the basis of empirical research evidence. This eventually resulted in five characteristics of the organizational team context (factors: facility, living group size, on versus off campus living group, cluster size (number of teams congregated in the same higher organizational grouping) and intensity of clients supports needs in the living group) and four team characteristics (factors: DSS job satisfaction, perceived autonomy, work stress and role clarity).

(3) Exploration of empirical literature unveiled fourteen different approaches to the measurement of turnover. Analysis and transposition of these measures into DSS team membership change measures resulted in three distinctive measurement types:

- team stability (STAB) reflecting team continuity based on the proportion of team members than are still on the team after a period of one year;
- admission rate of new members (INFR) reflecting team discontinuity based on the number of new team members that stream into team over a one year period, regardless of the purpose or length of their membership (temporary relief or replacement); and
- average length of team membership reflecting the average length of service of all members of a particular team (TOWG).

Since continuity, discontinuity and length of team membership represent different dimensions of team changes (Arrow et al., 2000) and because of Braddock and Mitchell's recommendation (1992) to using more than one measure (in turnover studies), the three types of measures will be retained for further operationalizations and use in this study.

Chapter 4 is an exploration of relevant contexts for the study of DSS team membership changes. The first section of this chapter deals with residential care for persons with ID as 'services'. The purpose of the service is to satisfy client needs. The DSS team is at the centre of the service encounter between the facility and its clients. DSS team efficacy and client perceived service quality are closely linked and can be seen as two sides of the same coin. Therefore, it would be relevant to study

the impact of DSS team membership changes on both team efficacy factors and client perceived quality of the service.

It is argued that service marketing offers a relevant frame for the study of DSS changes impact on both team efficacy and quality output. Hartline and Ferrell’s empirical model for the management of customer-contact service employees (1996) presents an organizing frame for DSS team efficacy characteristics as explored in chapter 3. Grönroos’ model of customer perceived quality (1990) presents a frame for the conceptualization of client perceived quality in two dimensions: technical quality (content related) and functional quality (related to the DSS – client relationship). It is argued that in services for persons with (severe) ID, the client system (person with ID and his or her family and social network) should be conceived as the extended client. Family perceptions of quality of care therefore are relevant indicators of the organizational outcome.

In the second section of this chapter, the service marketing approach is situated within quality management models that are frequently used in the Dutch residential services industry (i.e. the European EFQM Excellence model and the MKG quality system of the Dutch association of ID service providers).

Chapter 5 summarizes the results of the three previous chapters and offers a preliminary organization of relevant correlates of DSS membership changes within a general theoretical model (figure S1).

Figure S1. General theoretical model

Organizational factors (A): facility in general, size of DSS team cluster, on / off campus living group, living group size, and living group intensity of supports (5 factors).

DSS team membership changes (PW): team stability (STAB), admission rate of new members (INFR) and average length of team membership (TOWG) (3 measures).

Team efficacy (B): job satisfaction, role clarity, self-efficacy rating and empowerment as four team efficacy conditional factors (4 factors).

Family perceived service quality (C): technical quality and functional quality (2 factors).

Chapter 5 also formulates the preliminary research questions.

Part II Empirical study

Chapter 6 deals with the underpinning of the preliminary theoretical model. First, intellectual disability is explained as the expression of limitations in individual functioning within a social context. The contextual nature of human functioning offers the theoretical basis of supports. Characteristics of the person's environment are closely related to the quality and impact of supports. Continuity of the micro-context and especially of the relationship between the disabled person and his support providers are defined as critical to the quality of supports and hence of the functioning of persons with ID. The social-ecological theory of Bruno Bronfenbrenner offers a number of statements that are directly relevant to the continuity of micro-context supports and apply to both the living group and the family context as well as to their mutual relations. Social-ecology therefore serves as a basis for the theoretical underpinning of the research model. Within this theory, discontinuity of DSS membership is a barrier to the functioning of persons with ID, both directly (through relationships of residents and DSS) and indirectly (through relationships between DSS and residents' family). Second, the empirical model of Hartline and Ferrell is further explored. It is argued that this model is compatible with Bronfenbrenner's social-ecological statements. Hartline and Ferrell's model explains the relations between efficacy conditions for service teams and customer perceived quality of the service. DSS changes can be conceived as impeding factors for both team efficacy and client system quality perceptions. Third, to validate the method for measurement of quality perceptions some theoretical problems of conceptualizing and measuring customer satisfaction and family quality perceptions in residential care are discussed. Finally, the specific research questions are articulated and situated within the validated research model. Each research question will be answered separately for each of the three DSS measures.

- What is the relation between organizational characteristics (5 factors) of residential services and DSS team membership changes?
- What is the relation between DSS team membership changes and team efficacy (4 factors)?
- What is the relation between DSS team membership changes and family perceived service quality (2 factors)?
- What is the relation between team efficacy and family perceived service quality?
- Do DSS team membership changes affect the relation between team efficacy and family perceived service quality?
- Can an empirical model be constructed of the 5 organizational factors, the 3 DSS team membership changes measures and the 4 efficacy factors to predict family perceived service quality (2 factors)?

Chapter 7 describes the research design (explorative cross-sectional) and the operationalizations of all factors and DSS change measurements into researchable

variables. The validity and reliability (Table 7.2) of scales and measurements are discussed. Two questionnaires were conceived: one for a DSS survey (comprising 4 team efficacy measures) and one for a clients family survey (comprising 2 quality measurements). Data on organizational characteristics and of DSS changes were retrieved from the facilities administrative databases. Research questions are analysed either in terms of variations (ANOVA) or correlations and multiple (hierarchical) regression (after a test for hierarchical structure of the data). Research question 6 is answered through path analysis (following an analogous procedure as used by Hatton et al., 1999 & 2001). The research population consists of five Dutch residential facilities (1,813 clients); their characteristics in relation to the characteristics of the national population of residential facilities are described (Table 7.1). This chapter concludes with reformulating the six research questions and their subquestions (considering specific factors) in their operationalized formats.

Chapter 8 presents the results based on 1,151 returned DSS surveys (65 percent) and 1,021 returned family surveys (60 percent). Results are based on data from 188 living groups and 188 DSS teams respectively. Before the research questions are answered, an overview of DSS team membership changes is presented according to the three measurement types (Table 8.1). Over all *team stability* (STAB) in the 188 DSS teams is 66.5 percent of actual team size ($SD = 21.5$); reversibly, this means an average instability of 34.5 percent. Over all *new admissions* (INFR) as a measure of team discontinuity are 64.5 percent of actual team size ($SD = 48.8$), meaning that in a team of 10 DSS on the average 6.4 new 'faces' are introduced to the residents within a one year period. It should be noticed that the average DSS turnover in all five facilities is 14.1 percent. Over *all length of service* for DSS in their present teams is 43.4 months ($SD = 28.3$). Results show considerable variation and a wide range for all measures. Multilevel analysis showed that 92 percent respectively 86 percent of the variance of the perceived quality variables is accounted for on the team level; cluster and facility level yield no significant proportion of the variance. It was therefore decided to apply ANOVA, correlation and regression techniques.

The results can be summarized as follows (Table S1a,b,c):

Table S1a Summary of results for research questions 1, 2, 3, for each DSS change measure (STAB, INFR & TOWG). N = 188 DSS teams.

Research question and subquestion	DSS team membership changes (PW) measures		
	STAB	INFR	TOWG
1. Relation between organizational characteristics and PW			
1.1 Facility		**	**
1.2 Cluster size	+	--	--
1.3 On/off campus	*		**
1.4 Living group size			++
1.5 Intensity of supports		-	
2. Relation between PW and team efficacy			
2.1 Job satisfaction			+
2.2 Role clarity		+	++
2.3 Self efficacy rating	++		++
2.4 Empowerment	++		+
3. Relation between PW and family perceived service quality			
3.1 technical quality (content)			+
3.2 functional quality (relations)			++

Table S1b Summary of results for research questions 4 & 5, for each DSS change measure (STAB, INFR & TOWG). N = 188 DSS teams.

Research question and subquestion	Family perceived service quality	
	Technical (content)	Functional (relations)
4. Relation between team efficacy and family perceived service quality		
4.1 Job satisfaction	+	++
4.2 Role clarity	++	+
4.3 Self efficacy rating		+
4.4 Empowerment	+	+
5. PW as moderator variable for the correlation between team efficacy and family perceived quality		
5.1 Job satisfaction		STAB = moderator
5.2 Role clarity		STAB = moderator
5.3 Self efficacy rating		
5.4 Empowerment		

Table S1c Summary of results for research question 6. Empirical model predicting family perceived service quality (functional) from all variables of Organizational characteristics, DSS changes and Team efficacy.
N = 180 DSS teams

Note: * / ** significant difference; + / ++ significant positive correlation; - / - -significant negative correlation;n; * / + / - = p>.05; ** / ++ / - - = p>.01

Chapter 9 offers the conclusions and a discussion of the results. It is concluded that in all facilities the size of DSS team membership changes is considerably higher than the turnover at the general facility level. For quality of care studies as well as for management practices this is an important outcome since turnover measures clearly underestimate the actual amount of DSS changes at the level of the service encounter and consequently its impact on quality of care.

Facilities do not differ on the STAB measure. Stability seems closely associated with turnover. They do differ though on the INFR measure that more reflects internal staff replacement and transfer practices as well as on the TOWG measure representing the average length of service in the team. Larger living group size and larger cluster contexts appear favorable conditions with respect to DSS changes: small living groups and small clusters (i.e. of relatively few teams) are associated with higher DSS changes.

TOWG or length of service in the team is clearly positively correlated with the efficacy measures of job satisfaction, role clarity, self-efficacy rating and empowerment of the team. Stability is positively correlated with self-efficacy rating and perceived empowerment of team members.

The same positive correlation is found between TOWG and both the technical and functional family perceived quality of care. Team continuity is positively associated with family quality perceptions. The same association is found between all four team efficacy factors and family perceived functional quality. This result reflects a ‘mirror effect’ between staff job satisfaction and clients satisfaction with services: high job satisfaction is associated with high customer satisfaction, although no causal effect can be concluded from our data and – in the perspective of the literature (Schneider et al., 1998) – an interactive effect is more probable.

Team stability (STAB) is a moderator of the relation between the efficacy factors job satisfaction and role clarity on the one hand, and functional perceived quality on the other. This implies that team stability is a sensitizing factor for the relation between team efficacy and perceived quality: low stability is associated with high correlation between team efficacy measures (job satisfaction and role clarity) and perceived functional quality; high stability is associated with low correlation between these factors. In instable teams or relatively new teams, the mirror effect seems to be stronger.

Path analysis shows that the best prediction of family perceived functional quality is obtained by a combination of job satisfaction, length of service in team (TOWG) living group size, cluster size and intensity of supports as shown in Table S1c. It should be noticed that a direct positive path between cluster size and family perceived service quality appears also highly probable ($p=.067$; see Table B8.1). This is consistent with the conclusion that larger team and cluster size are associated with favorable (lower) DSS team membership changes.

The discussion of the results starts with the limitations of this specific research project. There are several critical remarks that should be considered. (1) Only five Dutch facilities out of 133 were included in this project; this was not an ad random selection although the population characteristics (level of functioning and age) of the five facilities are representative for the national population of residential clients. (2) Although relations between DSS changes and other variables were studied, no causal effects can be concluded from this cross-sectional study. (3) All analyses were conducted at the team level, meaning that all individual data were aggregated to the team level. This accounts for a loss of variability at the individual level. However, DSS is a team phenomenon and a combined study of DSS team efficacy factors and client system outcome necessitates the aggregation of data. Nevertheless, the same data are open to separate analyses within the scope of DSS efficacy factors *or* the family quality perception factors.

The discussion concludes with recommendations for research and practice.

The following recommendations are made:

Research

Research with respect to the impact of staff turnover on organizational processes (such as team efficacy and efficiency) and outcome (such as team performance measures and benchmarking) should also pay attention to actual team membership changes as a separate factor.

There is a remarkable compatibility between social-ecological theory of human functioning and service marketing theory and models. This compatibility is rooted in the service dyads of staff-client interactions at the level of the service encounter. Research on quality performance of professional support services in health care should benefit from this compatibility to enhance validity and relevance.

Research on efficacy and quality outcome of DSS teams in services for persons with ID should benefit from the body of theoretical and empirical knowledge of the service marketing discipline.

Practice

DSS team membership stability and discontinuity are quality indicators and should be addressed in health care quality policy and practice.

Replacement of DSS (e.g. to relieve colleagues on sick leave, vacation et cetera) should be organized as close to the primary team as possible (and not from remote pools of relief staff).

If frequent or substantial DSS changes in a particular team can not be avoided, special attention should be given to maintaining positive relations with the client families (e.g. more frequent meetings or special information about measures that are being taken to guarantee the quality of support). Under the same circumstances, special attention should be given to enhancing the staff's job satisfaction since low job satisfaction in association with low team stability is likely to be correlated with low perceived service quality.

The policy of enhancing individualization of supports for persons with ID are associated with a decrease of living group size and correspondingly of DSS team size. Since size appears to be negatively associated with the amount of team membership changes and therefore with team efficacy conditions and perceived quality, this presents a paradox. Ways should be found to maintaining highly individualized support in individual or very small residential settings (apartments and houses for 2, 3 or 4) in combination with larger team configurations. It is suggested that the micro-unit concept of Donaldson et al. (1998) – that includes larger and interdisciplinary teams (including all relevant support professionals and facilitators) – might offer an alternative way for the organization of residential support to persons with ID.

Bijlagen

Bijlagen bij hoofdstuk 2

Tabel B2.1 Ontwikkeling van de capaciteit van residentiële instellingen voor verstandelijk gehandicapten in Nederland en de Verenigde Staten

Jaar	Nederland (algemene instellingen)	Index	Verenigde Staten (state institutions)	Index	Verenigde Staten (residentiële zorg totaal: state institutions + ICF + nursing homes ^b)	Index (v.a. 1985)
1965	10.9341	100	194.650 ^a	100		
1970	17.2751	158	173.775 ^a	89		
1975	25.9081	237	149.169 ^a	77		
1980	29.0111	265	119.229 ^a	61		
1985	30.4311	278	100.522 ⁷	52	163.503 ⁷	100
1990	30.9021	282	84.818 ⁷	44	176.037 ⁷	108
1995	32.6982	299	64.187 ⁷	33	145.442 ⁷	89
2000	33.6943	308	47.374 ⁷	24	116.527 ⁷	71
2002	34.051 ^{4,5}	311				

1. Bij de Vaate, 1991
2. COTG, 1997
3. CTG, 2002
4. VWS
5. waarvan 37,5 % in kleinschalige woonvormen in de samenleving
6. Buntinx, 1997b
7. Braddock (Ed.), 2002
8. insitutionele setting: N>16 bewoners

Tabel B2.2 Aantal rechtspersonen in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap per provincie en landelijk in 1999, 2000, 2001 en 2002⁽¹⁾

Provincie	1999	2000	2001	2002
Groningen	11	9	9	9
Friesland	7	7	6	4
Drenthe	8	8	8	8
Overijssel	16	15	13	13
Flevoland	2	2	2	2
Ge'derland	41	41	36	34
Utrecht	21	22	19	17
Noord Holland	27	25	27	25
Zuid Holland	30	29	29	27
Zeeland	12	12	12	7
Noord Brabant	43	39	33	29
Limburg	13	13	13	11
Landelijk	231	222	207	186

⁽¹⁾ peildatum juni 2002

Naaf. Afname tussen 1999 en 2002: 19,5%

Tabel B2.3 Totaal aantal plaatsen in residentiële instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap, aantal plaatsen op hoofdlocatie en percentage plaatsen gerealiseerd buiten hoofdlocatie, per provincie (1 juni 2002).

Provincie	AIV totaal	AIV plaatsen op hoofdlocatie	% buiten hoofdlocatie
Groningen	999	849	15,0%
Friesland	1164	779	33,1%
Drenthe	1442	1000	30,7%
Overijssel	1733	893	48,5%
Flevoland	328	99	69,8%
Gelderland	5205	3581	31,2%
Utrecht	3024	2147	29,0%
Noord Holland	3981	2573	35,4%
Zuid Holland	6070	4142	31,8%
Zeeland	786	322	59,0%
Noord Brabant	5613	3704	34,0%
Limburg	3706	2120	42,8%

Gebaseerd op VWS gegevens; met dank aan dhr. E. Tjeenk Willink.

Tabel B2.4. Gemiddelde capaciteit per pand (postadres) in de Nederlandse residentiële zorg voor mensen met een verstandelijke handicap per provincie en landelijk (1 juni 2002)

Provincie	Aantal panden	Capaciteit	Gemiddelde capaciteit per pand
Groningen	16	999	62
Friesland	35	1164	33
Drenthe	28	1442	52
Overijssel	65	1733	27
Flevoland	23	328	14
Gelderland	123	5205	42
Utrecht	84	3024	36
Noord Holland	116	3981	34
Zuid Holland	180	6070	34
Zeeland	64	786	12
Noord Brabant	198	5613	28
Limburg	100	3706	37
Landelijk	1032	34051	33

Gebaseerd op VWS gegevens; met dank aan dhr. E. Tjeenk Willink.

Bijlagen bij hoofdstuk 3

Tabel B3.1 Wetenschappelijke tijdschriften op het terrein van ‘verstandelijke beperkingen’ opgenomen in database ‘Kwaliteit van zorg’ W. Buntinx (1976-2004)

Tijdschrift	Uitgever
American Journal of Mental Retardation / American Journal of Mental Deficiency	AAMR
European Journal on Mental Disability	UNAPEI
Journal of Intellectual Disability Research / Journal of Mental Deficiency Research	IASSID
Mental Retardation	AAMR
Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan verstandelijk gehandicapten / RUIT / REAP	BBI / Van Gorcum

Tabel 3.2 Zoektermen van de literatuur search (‘no limits’) in PsycINFO

Categorie	Zoektermen
1	Mental retardation Intellectual disability Learning difficulty (difficulties)
2	Staff Employee Workers
3	Turnover Changes Discontinuity Continuity Stability

Bijlagen bij hoofdstuk 6

Figuur B6.1 Pad analyse van de empirische relaties tussen antecedenten van ervaren (functionele) kwaliteit van dienstverlening (Hartline & Ferrell, 1996, p. 66)

Bijlagen bij hoofdstuk 7

Tabel B7.1 Verdeling van de populatie naar 'niveau functioneren' en 'leeftijd' in de vijf algemene instellingen (A,B,C,D, & E) van dit onderzoek

Instelling A						
Leeftijd/Niv.	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Totaal	%
<20	2	10	8	10	30	8,6
20-<40	0	33	36	27	96	27,7
40-<60	6	38	53	30	127	36,6
60-<80	14	39	24	5	82	23,6
80 +	4	5	3	0	12	3,5
Totaal	26	125	124	72	347	
%	7,5	36,0	35,7	20,8		100
Instelling B						
Leeftijd/Niv.	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Totaal	%
<20	6	17	6	16	45	13,3
20-<40	4	22	38	89	153	45,1
40-<60	3	27	36	48	114	33,6
60-<80	3	5	8	7	23	6,8
80 +	0	1	0	3	4	1,2
Totaal	16	72	88	163	339	
%	4,7	21,2	26,0	48,1		100
Instelling C						
Leeftijd/Niv.	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Totaal	%
<20	1	5	7	10	23	7,2
20-<40	8	27	34	24	93	29,2
40-<60	1	26	66	37	130	40,8
60-<80	0	30	29	3	62	19,4
80 +	2	2	7	0	11	3,4
Totaal	12	90	143	74	319	
%	3,8	28,2	44,8	23,2		100
Instelling D						
Leeftijd/Niv.	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Totaal	%
<20	0	4	5	3	12	2,8
20-<40	14	61	47	21	143	33,1
40-<60	20	137	54	14	225	52,1
60-<80	7	26	15	1	49	11,3
80 +	1	2	0	0	3	0,7
Totaal	42	230	121	39	432	
%	9,7	53,3	28,0	9,0		100
Instelling E						
Leeftijd/Niv.	Licht	Matig	Ernstig	Zeer ernstig	Totaal	%
<20	10	6	0	3	19	5,1
20-<40	27	37	30	35	129	34,3
40-<60	27	68	41	43	179	47,6
60-<80	2	22	13	9	46	12,2
80 +	0	1	1	1	3	0,8
Totaal	66	134	85	91	376	
%	17,6	35,6	22,6	24,2		100

Tabel B7.2 Verloop en ziekteverzuim cliëntgebonden medewerkers: landelijke gegevens(*) en gegevens van instellingen in dit onderzoek.

Verloop	1997	1998	1999	2000	2001
Landelijk	12,7	16,7	19,6	21,3	
A			15,0	14,0	20,9
B			16,3	12,0	15,1
C			15,5	17,5	22,9
D	6,4	8,0	8,8	11,5	11,5
E	0,8	3,0	3,0	5,0	10,0

Ziekteverzuim					
Landelijk	7,2	7,2	7,5	7,7	
A			9,2	8,8	7,8
B			7,8	8,9	10,0
C			9,0	11,5	12,5
D	8,6	8,0	6,0	6,7	7,0
E	8,2	8,0	7,5	7,7	6,6

(*) Kok, 2002

Tabel B7.3 Factorladingen van de items van de ‘Hester Adrian Research Center Family Questionnaire’

Item	Component 1
1	.757
2	.721
3	.697
4	.844
5	.829
6	.707
7	.670
8	.829
9	.799

Extraction Method: Principal Component Analysis.
1 component extracted. N = 965.

Bijlage B7.4 Model brief aan medewerkers

Geachte N,

In bijlage bij deze brief treft u een vragenlijst aan met betrekking tot een onderzoek naar de kwaliteit van zorg in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Het betreft een onderzoek dat wordt uitgevoerd bij de Gouverneur J. Kremersleerstoel. Dit is de bijzondere leerstoel op het terrein van verstandelijke handicap bij de Universiteit Maastricht. Het onderzoek wordt uitgevoerd door drs. W. Buntinx in samenwerking met prof. dr. A. van Gennep.

In dit onderzoek wordt in verschillende Nederlandse instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap, een aantal belangrijke factoren onderzocht die van belang zijn voor de kwaliteit van de geboden zorg. De mening van medewerkers in de woning over een aantal aspecten van deze zorg is daarbij van groot belang. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek kunnen effectieve maatregelen worden voorgesteld om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren.

Aan de directie van [instelling] werd gevraagd om medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Omdat het een onderzoek betreft dat belangrijke informatie kan opleveren voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, én omdat het onderzoek de anonimiteit van cliënten, medewerkers en familie volstrekt respecteert, hebben we daarmee ingestemd. Met de onderzoeker is overeengekomen dat de resultaten van het onderzoek ook met onze eigen instelling afzonderlijk zullen worden besproken zodat onze organisatie hiermee haar voordeel kan doen. Uw medewerking via het invullen van de bijgevoegde vragenlijst is dan ook erg belangrijk.

De toelichting bij de vragen is opgenomen op pagina 2 van de vragenlijst. Bij de vragenlijst is een antwoordenvolpge gevoegd die rechtstreeks is geadresseerd aan de Universiteit Maastricht. U kunt de ingevulde vragenlijst hiermee zonder postzegel toezenden aan de universiteit. Met het oog op de verwerking van de resultaten verzoeken wij u de ingevulde vragenlijsten zo spoedig mogelijk, en in ieder geval binnen twee weken, te retourneren.

Met vriendelijke groeten,

[directeur instelling]

Bijlage B7.5 Model brief aan familie

Geachte N,

In bijlage bij deze brief treft u een vragenlijst aan met betrekking tot een onderzoek naar de kwaliteit van zorg in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Het betreft een onderzoek dat wordt uitgevoerd bij de Gouverneur J. Kremers leerstoel. Dit is de bijzondere leerstoel op het terrein van verstandelijke handicap bij de Universiteit Maastricht. Het onderzoek wordt uitgevoerd door drs. W. Buntinx in samenwerking met prof. dr. A. van Gennep.

In dit onderzoek wordt in verschillende Nederlandse instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap een aantal factoren onderzocht die van belang zijn voor de kwaliteit van de geboden zorg. De mening van familie, vertegenwoordigers en contactpersonen van cliënten over een aantal aspecten van deze zorg is daarbij van groot belang. Aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek kunnen maatregelen worden voorgesteld om de kwaliteit van de geboden zorg te verbeteren.

Aan de directie van [instelling] werd gevraagd om medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Omdat het een onderzoek betreft dat belangrijke informatie kan opleveren voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, én omdat het onderzoek de anonimiteit van cliënten, medewerkers en familie strikt respecteert, hebben we daarmee ingestemd. Met de onderzoeker is overeengekomen dat de resultaten van het onderzoek ook met onze eigen instelling afzonderlijk zullen worden besproken zodat onze organisatie hiermee haar voordeel kan doen. Uw medewerking wordt via het invullen van de bijgevoegde vragenlijst zeer op prijs gesteld.

De toelichting bij de vragen is opgenomen op pagina 2 van de vragenlijst. Bij de vragenlijst is een antwoord enveloppe gevoegd die rechtstreeks is geadresseerd aan de Universiteit Maastricht. U kunt de ingevulde vragenlijst hiermee zonder postzegel toezenden aan de universiteit.

Met het oog op de verwerking van de resultaten verzoeken wij u de ingevulde vragenlijsten zo snel mogelijk in te vullen en binnen twee weken te retourneren.

Met vriendelijke groeten,

[directeur instelling]

Bijlage B7.6 Model rappelbrief medewerkers

Geachte medewerker,

Enige tijd geleden ontving u een vragenlijst met betrekking tot een onderzoek naar de kwaliteit van zorg in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap (Universiteit Maastricht).

Er zijn al veel vragenlijsten retour ontvangen. Als u de enquête reeds heeft geretourneerd, danken wij u hierbij hartelijk voor uw medewerking. Mocht u nog niet in de gelegenheid zijn geweest het vragenformulier in te vullen, dan verzoeken wij u dit alsnog te doen en deze zo spoedig mogelijk in te sturen. Uw bijdrage aan het onderzoek kan dan nog meegenomen worden. Mocht uw vragenlijst of enveloppe zoek zijn geraakt, dan kunt u telefonisch een nieuwe opvragen bij N. Zij is op maandag, dinsdag en donderdag bereikbaar op telefoonnummer [tel....].

Uit enkele reacties van medewerkers die hun vragenlijst al instuurden blijkt dat sommige mensen vragen hebben over de cijfercode onderaan de vragenlijst. Dit cijfer verwijst naar instelling en woongroep. Uit deze code kan absoluut niet worden afgeleid wie de invuller van het formulier is. De invullers van de vragen blijven volstrekt anoniem. Bij de verwerking wordt de code gebruikt om de resultaten te kunnen bekijken op woongroepniveau.

Nogmaals onze dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

drs. W.H.E. Buntinx
Manager onderzoek en ontwikkeling

Bijlage B7.7 Model rappelbrief familie

Geachte N,

Enige tijd geleden ontving u een vragenlijst met betrekking tot een onderzoek naar de kwaliteit van zorg in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap (Universiteit Maastricht).

Er zijn al veel vragenlijsten retour ontvangen. Als u de enquête reeds heeft geretourneerd, danken wij u hierbij hartelijk voor uw medewerking. Mocht u nog niet in de gelegenheid zijn geweest het vragenformulier in te vullen, dan verzoeken wij u dit alsnog te doen en deze zo spoedig mogelijk in te sturen. Uw bijdrage aan het onderzoek kan dan nog meegenomen worden. Mocht uw vragenlijst of enveloppe zoek zijn geraakt, dan kunt u telefonisch een nieuwe opvragen bij N. Zij is op maandag, dinsdag en donderdag bereikbaar op telefoonnummer [tel.].

Uit enkele reacties blijkt dat sommige mensen vragen hebben over de cijfercode achterop de vragenlijst. Dit cijfer verwijst naar instelling en woongroep. Uit deze code kan absoluut niet worden afgeleid wie de invuller van het formulier is. De invullers van de vragen blijven volstrekt anoniem. Bij de verwerking wordt de code gebruikt om de resultaten te kunnen bekijken op woongroepniveau.

Nogmaals onze dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

drs. W.H.E. Buntinx
Manager onderzoek en ontwikkeling

Bijlage B7.8

Vragenlijst

medewerkers

Kwaliteit van zorg in residentiële instellingen voor
mensen met een verstandelijke handicap

- Maastrichtse Arbeidssatisfactie Schaal: J. Landeweerd, N. Boumans, J. Nissen (1996)
Role Ambiguity: Hartline M.D. and Ferrell O.C. (1996)
Vertrouwen in team: Alper S. (1998)
Initiatief: Hartline M.D. and Ferrell O.C. (1996)

Toelichting bij de vragenlijst

Voor u ligt een vragenlijst met betrekking tot de wijze waarop groepsleiders in de woonzorg voor mensen met een verstandelijke handicap hun werk ervaren.

In deze vragenlijst wordt naar uw eigen mening en naar uw eigen ervaringen gevraagd. Er zijn dus geen goede of slechte antwoorden.

Van belang is dat u met uw antwoord zo goed mogelijk uw eigen mening weergeeft over het desbetreffende aspect. Het is belangrijk om te weten dat alle informatie volstrekt **anoniem** wordt verwerkt.

Het doel van deze vragenlijst is om informatie te verzamelen die kan helpen om beter inzicht te krijgen in enkele belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg in Nederlandse instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Met name gaat het bij deze vragenlijst over ervaringen van medewerkers in de woonsituatie (woongroep, leefgroep, woning...) van mensen met een verstandelijke handicap. Dit inzicht kan bijdragen tot verbetering van de zorg in het algemeen.

De vragenlijst bestaat uit vier delen. Bij elk deel staat een korte toelichting voor het beantwoorden. Meestal betreft het vragen die u eenvoudig kunt beantwoorden door het aankruisen van een hokje.

VOORBEELD:

- 1 = zeer ontevreden
2 = ontevreden
3 = neutraal (noch tevreden, noch ontevreden)
4 = tevreden
5 = zeer tevreden

zo invullen: ☒ (per vraag slechts één hokje aankruisen)

	zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden
Hoe tevreden bent u met:					
De mate waarin u te maken heeft met collega's die u graag mogen.	☐	☐	☐	☒	☐

Ten slotte: de antwoorden op deze vragenlijst worden automatisch verwerkt. Dat betekent dat slechts één antwoord per vraag kan worden gegeven. Indien meerdere antwoorden worden gegeven telt die vraag niet mee.

Indien u zich heeft vergist met het plaatsen van een kruisje in een hokje, kunt u dit antwoord duidelijk doorstrepen en vervolgens het juiste hokje aankruisen. U doet dit dan zo:

VOORBEELD:				
FOUT?	☐	☐	☒	☐
Correctie!	☐	☒	☒	☐

Vragen vooraf:

Deze vragen hebben betrekking op de invuller van deze vragenlijst.

1. Uw functie

Omcirkel uw antwoord

- 1 Hoofd (afdelingshoofd)
- 2 Groepshoofd (groepsoudste)
- 3 Groepsbegeleider
- 4 Medewerker groepsbegeleiding
- 5 Huishoudelijk medewerker (civiel assistent)
- 6 Anders (omschrijf):

2. Bent u ‘persoonlijk begeleider’ van één of meerdere cliënten van uw instelling?

Omcirkel uw antwoord

Ja / Neen

3. Uw geslacht

Omcirkel uw antwoord

Man / Vrouw

4. Uw leeftijd

Vul in: jaar

5. Hoe lang werkt u in uw huidige woongroep?

Aantal maanden:

6. Hoe lang werkt u bij uw huidige werkgever?

Aantal maanden:

Deel 1

De volgende vragen hebben betrekking op bepaalde aspecten van uw eigen werksituatie. Wilt u per vraag aangeven hoe **tevreden** u bent met het desbetreffende aspect?

- 1 = zeer ontevreden
 2 = ontevreden
 3 = neutraal (noch tevreden, noch ontevreden)
 4 = tevreden
 5 = zeer tevreden

zo invullen: ☒ (per vraag slechts één hokje aankruisen)

Hoe tevreden bent u met:

		zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden
1	De mate waarin u van tevoren weet wat voor werk u opgedragen krijgt.	☐	☐	☐	☐	☐
2	De mate waarin u over het algemeen tijd hebt om uw cliënten goed te verzorgen.	☐	☐	☐	☐	☐
3	De mate waarin u als groepsleider goede promotiemogelijkheden hebt in deze zorgorganisatie.	☐	☐	☐	☐	☐
4	De mate waarin het werk u het gevoel geeft dat u werkelijk iets kunt.	☐	☐	☐	☐	☐
5	De mate waarin u uw collega's graag mag.	☐	☐	☐	☐	☐
6	De mate waarin u individuele zorg aan uw cliënten kunt geven.	☐	☐	☐	☐	☐
7	De mate waarin u mogelijkheden hebt om vooruit te komen in deze zorgorganisatie.	☐	☐	☐	☐	☐
8	De mate waarin u uw cliënten graag mag.	☐	☐	☐	☐	☐
9	De mate waarin u uw kundigheden en mogelijkheden kunt gebruiken.	☐	☐	☐	☐	☐
10	De mate waarin u in uw werk kunt laten merken dat u uw collega's sympathiek vindt.	☐	☐	☐	☐	☐
11	De mate waarin de leidinggevende op de hoogte is van de gang van zaken in de woongroep.	☐	☐	☐	☐	☐
12	De mate waarin er vaste en duidelijk omschreven regels zijn waaraan u zich kunt houden.	☐	☐	☐	☐	☐
13	De mate waarin u het gevoel hebt dat de leiding van de woongroep goed verloopt.	☐	☐	☐	☐	☐
14	De mate waarin er een rechtvaardig promotiebeleid in deze organisatie wordt gevoerd.	☐	☐	☐	☐	☐
15	De mate waarin het werk het beste uit u haalt waartoe u in staat bent.	☐	☐	☐	☐	☐
16	De mate waarin u verteld wordt wat er van u verwacht wordt.	☐	☐	☐	☐	☐
17	De mate waarin u het gevoel hebt dat cliënten u een geschikte "meid" of "kerel" vinden.	☐	☐	☐	☐	☐
18	De mate waarin u te maken hebt met collega's die u graag mogen.	☐	☐	☐	☐	☐
19	De mate waarin de leidinggevende zijn vak goed verstaat.	☐	☐	☐	☐	☐
20	De mate waarin u het gevoel hebt psycho-sociale begeleiding aan uw cliënten te geven.	☐	☐	☐	☐	☐
21	De mate waarin u te maken hebt met cliënten die u graag mogen.	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 2

De volgende vragen hebben betrekking op uw wijze van werken. Wilt u per vraag aangeven hoe zeer u het **eens of oneens** bent met het desbetreffende aspect?

U heeft telkens de keuze uit de volgende alternatieven:

- 1 = helemaal oneens
- 2 = oneens
- 3 = eerder oneens
- 4 = niet eens, niet oneens
- 5 = eerder eens
- 6 = eens
- 7 = helemaal eens

zo invullen: □ (per vraag slechts één hokje aankruisen)

		helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens, niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
Hoe eens bent u het met:								
1	Ik ben er zeker van dat mijn wijze van werken de beste manier is om onze bewoners te ondersteunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Ik weet goed hoe ik mijn tijd moet verdelen over de verschillende aspecten van mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ik weet prima hoe ik moet omgaan met klachten van ouders of verwanten	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ik weet hoe ik de rapportage moet bijhouden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ik weet hoe ik mijn dagelijks werk moet plannen en organiseren	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ik weet hoe ik met ongewone situaties moet omgaan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ik weet waar ik hulp kan krijgen wanneer ik ondersteuning bij mijn werk nodig heb	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ik weet hoe ik soepel met regels moet omgaan zodat de cliënten tevreden zijn over de zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Ik weet precies wat ik zelf kan beslissen zonder toestemming te hoeven vragen aan mijn leidinggevende	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	Ik ken de regels en voorschriften van mijn organisatie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Ik weet volgens welke maatstaven mijn leidinggevende mijn werk beoordeelt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ik weet hoe tevreden mijn leidinggevende is over mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	Ik weet precies voor welke onderdelen van mijn werk ik meer scholing zou willen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Ik weet welke zaken van belang zijn om in deze organisatie vooruit te komen en promotie te maken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	Ik weet precies hoe mijn leidinggevende verwacht dat ik mijn tijd indeel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Ik heb een goed beeld van de tevredenheid van mijn cliënten met mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Ik weet wat de cliënten van mij verwachten bij het uitoefenen van mijn functie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 3

De volgende vragen hebben betrekking op het team. Wilt u per vraag aangeven hoe zeer u het **eens of oneens** bent met het desbetreffende aspect?

U heeft telkens de keuze uit de volgende alternatieven:

- 1 = helemaal oneens
- 2 = oneens
- 3 = eerder oneens
- 4 = niet eens, niet oneens
- 5 = eerder eens
- 6 = eens
- 7 = helemaal eens

zo invullen: (per vraag slechts één hokje aankruisen)

		helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens, niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
Hoe eens bent u het met:								
1	Het contact met de collega's in ons team inspireert mij tot het leveren van betere prestaties in mijn werk	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	Het contact met onze teamleden vermindert mijn zin om hard te werken	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	Het contact met de collega's in het team maakt dat ik mijn functie wil blijven uitoefenen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Het contact met de collega's in mijn team doet me ernstig overwegen om overplaatsing aan te vragen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ik heb een groot vertrouwen in de functievaardigheden van mijn collega's in het team	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Ik heb een groot vertrouwen in de motieven en de plannen van mijn collega's in het team	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ik heb een sterke mate van vertrouwen in de sociale vaardigheden van de collega's in ons team	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Deel 4

De volgende vragen hebben betrekking op het nemen van initiatief in het team. Wilt u per vraag aangeven hoe zeer u het **eens of oneens** bent met het desbetreffende aspect?

U heeft telkens de keuze uit de volgende alternatieven:

- 1 = helemaal oneens
- 2 = oneens
- 3 = eerder oneens
- 4 = niet eens, niet oneens
- 5 = eerder eens
- 6 = eens
- 7 = helemaal eens

zo invullen: (per vraag slechts één hokje aankruisen)

	helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens, niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hoe eens bent u het met:

- 1 Binnen ons team mag je op je eigen oordeel afgaan bij het oplossen van problemen
- 2 Binnen ons team wordt initiatief op prijs gesteld
- 3 Binnen ons team wordt een hoge mate van eigen initiatief toegestaan
- 4 De leden van ons team krijgen alle vrijheid bij het uitvoeren van hun werk
- 5 Er worden door mensen buiten ons team wel opdrachten gegeven, maar die kan ons team naar eigen inzicht uitvoeren
- 6 De leidinggevendens vertrouwen ons team om de juiste beslissingen te nemen
- 7 Ons team krijgt voldoende gelegenheid om zelf te bepalen hoe we de zorg uitvoeren
- 8 Ons team krijgt ruim de gelegenheid om het werk zelf te organiseren zonder veel regels van bovenaf

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking.
Wilt u nog opmerkingen kwijt naar aanleiding van het invullen van deze vragenlijst, dan kunt u deze hier noteren:

U kunt nu de volledige vragenlijst dubbelgevouwen in de bijgesloten enveloppe per post inzenden. Een postzegel is niet nodig.

Bijlage B7.9

Vragenlijst

Kwaliteit van zorg

vanuit het perspectief van familie van bewoners van residentiële instellingen voor
mensen met een verstandelijke handicap

Family Questionnaire: Hester Adrian Research Centre (Manchester)
Customer's Perceived Service Quality: Hartline & Ferrell (1996)

Toelichting bij de vragenlijst

Voor u ligt een vragenlijst met betrekking tot de kwaliteit van de zorg in de woonsituatie van mensen met een verstandelijke handicap in Nederlandse instellingen. Onder 'woonsituatie' verstaan we de 'woongroep' of 'leefgroep' of de woning waar uw familielid met een aantal medebewoners woont. Als we in deze vragenlijst spreken van 'begeleiders' bedoelen we de 'groepsleiders', 'zorgkundigen', 'groepsbegeleiders' maar altijd medewerkers van de instelling die dagelijkse zorg bieden binnen de woonsituatie van uw familielid.

In deze vragenlijst wordt naar uw eigen mening en uw eigen ervaringen gevraagd. Er zijn dus geen goede of slechte antwoorden. Het is belangrijk om te weten dat alle informatie **anoniem** wordt verwerkt.

Het doel ervan is om informatie te verzamelen die kan helpen om beter zicht te krijgen op enkele belangrijke aspecten van kwaliteit van zorg in Nederlandse instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap. Dit inzicht kan bijdragen tot verbetering van de zorg in het algemeen.

De vragenlijst bestaat uit vier onderdelen. Bij elk onderdeel staat een korte toelichting voor het beantwoorden. Meestal betreft het vragen die u kunt beantwoorden door het aankruisen van een hokje. Bij elk onderdeel staat een voorbeeld hoe u dit kunt doen. Bij het laatste onderdeel kunt u bij enkele vragen in uw eigen woorden een antwoord geven.

De vragenlijst is bedoeld voor de persoon die ervaring heeft met de woonsituatie van uw familie-
lid en de medewerkers in die woonsituatie.

Het kan voorkomen dat u sommige vragen moeilijk te beantwoorden vindt omdat uw familiedid (zeer) ernstige beperkingen heeft en daardoor de vraag minder van toepassing lijkt. U wordt gevraagd in die situaties toch zo veel mogelijk het antwoord te geven dat met uw mening of ervaring overeenkomt.

Ten slotte: de antwoorden op deze vragenlijst worden automatisch verwerkt. Dat betekent dat slechts één antwoord per vraag kan worden gegeven. Indien meerdere antwoorden worden gegeven telt die vraag niet mee. Indien u zich heeft vergist met het plaatsen van een kruisje in een hokje, kunt u dit antwoord duidelijk doorstrepen en vervolgens het juiste hokje aankruisen. U doet dit dan zo:

ACKNOWLEDGMENTS

Four?

Correction

Deel 1

Enkele vragen over de invuller van deze vragenlijst:

1. Wat is uw relatie met de bewoner?

Omcirkel het cijfer van het antwoord dat van toepassing is.

Bent u:

1. ouder van de bewoner
2. broer of zus van de bewoner
3. wel familie maar geen ouder, broer of zus
4. geen familie, maar wel een relatie als kennis of contactpersoon

2. Wat is uw geslacht?

Omcirkel uw antwoord.

man / vrouw

3. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

Deel 2

Dit deel bestaat uit een serie vragen over:

- A. aspecten van de zorg in de woonsituatie van uw familielid die u **belangrijk vindt**,
 en een tweede serie vragen over:
- B. uw **ervaringen** met de zorg in de woonsituatie van uw familielid

A. Wel of niet belangrijk?

Familieleden van verschillende bewoners vinden niet altijd dezelfde dingen even belangrijk. Daarom wordt eerst aan u gevraagd hoe belangrijk u een bepaald aspect van de zorg in de woonsituatie vindt. Het gaat telkens over de woonsituatie waarin uw eigen familielid verblijft. Hieronder staan elf zinnen die telkens beginnen met "Hoe belangrijk vindt u dat..." en vervolgens een aspect van de zorg noemen. Wij vragen u onder iedere zin aan te kruisen hoe belangrijk u datgene vindt dat hierin wordt genoemd.

VOORBEELD:

Hoe belangrijk vindt u het dat ...

de bewoners deelnemen aan recreatieve activiteiten in de samenleving?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergruotste
belang

VRAGEN:

Hoe belangrijk vindt u het dat...

1. de instelling geschikte, regelmatige en voldoende dagactiviteiten aanbiedt voor de bewoners (bijvoorbeeld: werk, aangepaste bezigheden, ontwikkelingsactiviteiten)?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

2. de instelling de bewoners ondersteunt bij het onderhouden, verder ontwikkelen of opnieuw opbouwen van contacten met hun gezinsleden en verwanten?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

3. de instelling de bewoners bescherming biedt tegen uitbuiting of misbruik door medewerkers, door andere bewoners of door mensen uit de samenleving?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

11

4. de bewoners voldoende ondersteuning en hulp krijgen om aan dagelijkse activiteiten deel te nemen en plezierig bezig te zijn?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

11

11

5. de bewoners een actieve en gezonde levenswijze hebben?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

11

6. de bewoners er goed gekleed en gezond uitzien?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11

11

11

7. de bewoners zelf zoveel als mogelijk kunnen kiezen met betrekking tot dagelijkse dingen zoals bijvoorbeeld welke kleren ze aandoen, wat ze willen eten en wat ze met hun geld willen doen?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

8. de bewoners emotionele ondersteuning krijgen en altijd iemand hebben om op terug te vallen als ze ergens boos of verdrietig om zijn?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

9. de bewoners gelukkig en tevreden zijn?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

10. u zich betrokken voelt bij beslissingen met betrekking tot uw familielid in zijn of haar woonsituatie?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

11. u goed wordt geïnformeerd over het wel en wee van uw familielid?

Niet belangrijk

Eigenlijk wel
belangrijk

Belangrijk

Van het allergrootste
belang

B. Uw ervaringen

U wordt nu gevraagd om aan te geven wat uw **eigen ervaringen** zijn met deze elf aspecten van zorg in de woonsituatie van uw familielid. Deze aspecten staan nu in elf zinnen verwoord. Elke zin is geformuleerd als een bewering over de zorg in de woonsituatie van uw familielid. Wilt u hieronder aangeven hoe goed deze bewering overeenkomt met uw eigen ervaringen.

U kunt uw antwoord geven op een zeven-puntsschaal.
U zet een kruisje in het meest linkse vakje als u ervaring op dit gebied zeer slecht is en u het met deze bewering helemaal oneens bent. U zet een kruisje in het meest rechtse vakje als uw ervaring zeer positief is en u het dus met de bewering helemaal eens bent. Daartussen heeft u de mogelijkheid om aan te geven of uw ervaringen eerder positief of eerder negatief zijn en dus of u het meer of minder eens bent met de bewering. Als uw ervaring met dit aspect niet positief en niet negatief is of u geen mening heeft, zet u een kruisje in het middelste vakje.
U mag slechts één vakje aankruisen.

VOORBEELD:

De bewoners hebben regelmatig recreatieve activiteiten in de samenleving?						
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens

Vragen:

Hoe eens bent u het met de volgende uitspraken?

1. De instelling biedt geschikte, regelmatige en voldoende dagactiviteiten aan voor de bewoners (bijvoorbeeld: werk, aangepaste bezigheden, ontwikkelingsactiviteiten).

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

2. De instelling ondersteunt de bewoners bij het onderhouden, verder ontwikkelen of opnieuw opbouwen van contacten met hun gezinsleden en verwanten.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

3. De instelling biedt de bewoners bescherming tegen uitbuiting of misbruik door medewerkers, door andere bewoners of door mensen uit de samenleving.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

4. De bewoners krijgen voldoende ondersteuning en hulp om aan dagelijkse activiteiten deel te nemen en plezierig bezig te zijn.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

5. De bewoners hebben een actieve en gezonde levenswijze.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

6. De bewoners zien er goed gekleed en gezond uit.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

7. De bewoners kunnen zoveel als mogelijk zelf kiezen met betrekking tot dagelijkse dingen zoals bijvoorbeeld welke kleren ze aandoen, wat ze willen eten en wat ze met hun geld willen doen.

helemaal	oneens	eerder	niet eens	eerder eens	eens	helemaal
oneens		oneens	niet oneens			eens

8. De bewoners krijgen volop emotionele ondersteuning en hebben altijd iemand om op terug te vallen als ze ergens boos of verdrietig om zijn.

helemaal	oneens	eerder	niet eens	eerder eens	eens	helemaal
oneens		oneens	niet oneens			eens

9. De bewoners lijken gelukkig en tevreden.

helemaal	oneens	eerder	niet eens	eerder eens	eens	helemaal
oneens		oneens	niet oneens			eens

10. U voelt zich betrokken bij beslissingen met betrekking tot uw familielid in zijn of haar woonsituatie.

helemaal	oneens	eerder	niet eens	eerder eens	eens	helemaal
oneens		oneens	niet oneens			eens

11. U wordt goed geïnformeerd over het wel en wee van uw familielid.

helemaal	oneens	eerder	niet eens	eerder eens	eens	helemaal
oneens		oneens	niet oneens			eens

Deel 3

Hier volgen tien vragen die betrekking hebben op uw ervaringen met de begeleiders van uw familielid in zijn of haar woonsituatie.

Natuurlijk kunt u verschillende ervaringen hebben met verschillende begeleiders. Wij vragen u echter een algemeen oordeel te geven op basis van uw eigen ervaringen met de groepsleiders van de woongroep van uw familielid.

De wijze van antwoorden is hetzelfde zoals bij het vorige onderdeel: u geeft aan door middel van het plaatsen van een kruisje in welke mate u het eens of oneens bent met de uitspraken.

U mag slechts één vakje aankruisen.

In hoeverre bent u het eens of oneens met de volgende uitspraken?

1.	Wanneer ik de woning bezoek besteden de groepsleiders meteen aandacht aan mij.					
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2.	De groepsleiders reageren op een vraag of verzoek van mij, ook al hebben ze het druk.					
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3.	Ik merk dat de groepsleiders vertrouwen in mij hebben.					
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4.	De groepsleiders zijn vriendelijk.					
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.	Wanneer ik iets met groepsleiders bespreek merk ik dat ze vertrouwen in mij hebben.					
helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. De groepsleiders zijn goed in staat om mij te woord te staan.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

7. De instelling geeft voldoende aandacht aan individuele familieleden van de bewoners.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

8. Ik ontvang voldoende aandacht van de groepsleiders.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

9. Ik merk dat de groepsleiders hart voor de zorg van mijn familielid hebben.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

10. De groepsleiders zijn goed in staat om te begrijpen wat mij bezighoudt met betrekking tot de zorg voor mijn familielid.

helemaal oneens	oneens	eerder oneens	niet eens niet oneens	eerder eens	eens	helemaal eens
--------------------	--------	------------------	--------------------------	-------------	------	------------------

Deel 4

In dit laatste deel wordt uw mening gevraagd over vier aspecten van de zorg voor uw familielid. In de eerste twee vragen kunt u een cijfer geven door dit te omcirkelen. In de twee laatste vragen kunt u antwoorden in uw eigen woorden.

1 Hoe gelukkig is volgens u, uw familielid?

Omcirkel uw antwoord:

7: zeer gelukkig

6: gelukkig

5: eerder gelukkig

4: niet gelukkig / niet ongelukkig

3: eerder ongelukkig

2: ongelukkig

1: zeer ongelukkig

2 Hoe tevreden bent u in het algemeen over de zorg die door de zorgorganisatie van uw familielid wordt geboden?

Omcirkel uw antwoord:

7: zeer tevreden

6: tevreden

5: eerder tevreden

4: niet tevreden / niet ontevreden

3: eerder ontevreden

2: ontevreden

1: zeer ontevreden

3 Welke drie dingen waardeert u het meest bij de instelling waar uw familielid woont. Geef dit aan in uw eigen woorden:

•

•

•

4 Welke drie dingen zou u het liefst verbeterd willen zien? Geef dit aan in uw eigen woorden:

•

•

•

Wilt u nog opmerkingen kwijt naar aanleiding van het invullen van deze vragenlijst, dan kunt u deze hier noteren:

Hartelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

U kunt nu de volledige vragenlijst dubbelgevouwen in de bijgesloten enveloppe terugsturen. Een postzegel is niet nodig.

Bijlagen bij hoofdstuk 8

Tabel B8.1 Aantallen verzonden en ontvangen vragenlijsten met responspercentage voor medewerkers en familie per instelling

	Aantal verzonden vragenlijsten	Aantal ontvangen vragenlijsten	Responspercentage
Medewerkers			
Instelling A	367	273	74,39
Instelling B	321	214	66,67
Instelling C	340	218	64,12
Instelling D	346	243	70,23
Instelling E	394	194	49,24
	1768	1151 ^(*)	65,10 ^(*)
Familie			
Instelling A	336	204	60,71
Instelling B	334	170	50,90
Instelling C	315	167	53,02
Instelling D	415	316	76,14
Instelling E	303	159	52,48
	1703	1021 ^(**)	60,00 ^(**)

(*) met inbegrip van 9 inzendingen met 'missing value' voor 'instelling'

(**) met inbegrip van 5 'missing value' voor 'instelling'

Tabel B8.2 Procentuele verdeling van functies van de respondenten medewerkers, per instelling⁽¹⁾

Instellingen A,B,C,D		Instelling E	
Functies	%	Functies	%
Afdelingshoofd	0,5	Zorgmedewerker	66,3
Groepshoofd	8,6	Persoonlijk assistent	7,8
Groepsbegeleider	44,0	Ondersteunend zorgmedewerker	6,7
Medewerker groepsbegeleiding	36,4	Gastvrouw/-heer	17,1
Huishoudelijk medewerker	3,8	Weekend medewerker	1,6
Anders	6,7	Anders	0,5
Totaal	100,0	Totaal	100,0

(1) De functie-indeling van instelling E wijkt af en wordt om die reden afzonderlijk vermeld.

Tabel B8.3 Relatie tot bewoner bij de respondenten / familie per instelling en naar relatie tot de bewoner⁽¹⁾ (percentages)

Instelling	ouder	broer of zus	familie	geen familie
A	32,8	56,3	5,2	5,7
B	54,0	32,3	6,8	6,8
C	35,4	53,4	7,5	3,7
D	46,9	48,5	3,0	1,6
E	56,0	30,7	6,7	6,7
Totaal	44,8	45,4	5,4	4,4

(1) Voor de gehanteerde omschrijving, zie bijlage B7.9 (vragenlijst familie)

Tabel B8.4 Rangcorrelaties (Spearman's ρ) tussen personeelswisselingmaten STAB, INFR en TOWG en verloop respectievelijk ziekteverzuim in de vijf instellingen van dit onderzoek

	STAB	INFR	TOWG	VERL	ZIEKTE
STAB	1.00	.30			
INFR	.30	1.00			
TOWG	-.30	.70	1.00		
VERLOOP	-.90*	-.10	.40	1.00	
ZIEKTE	-.70	-.20	.30	.90*	1.00

* significant op het $p = .05$ niveau (tweezijdig)

Noot. Verloop en ziekteverzuim gebaseerd op tabel B7.2 (jaar 2001)

Tabel B8.5 Interrelaties tussen STAB, INFR, TOWG en de woongroepkenmerken NBEW, ZOZW, SOC, CLUS, de effectiviteitsaspecten van teamfunctioneren MAS, ROL, VER, AUT, en de door familie ervaren kwaliteit van begeleiding HARQ EN CPSQ (N=180)

	STAB	INFR	TOWG	CLUS	SOC	NBEW	ZOZW	MAS	ROL	VER	AUT	HARC	CPSQ
STAB	1												
INFR	-.33**	1											
TOWG	.19*	.06	1										
CLUS	.16*	-.28**	-.41**	1									
SOC	.17*	.01	-.30**	.63**	1								
NBEW	-.03	.03	.35**	-.48**	-.53**	1							
ZOZW	-.04	-.17*	-.11	.03	-.34**	.10	1						
MAS	.03	-.02	.18*	-.13	-.13	.00	-.02	1					
ROL	-.01	.15*	.34**	-.35**	-.20**	.19**	-.14	.58**	1				
VER	.24**	-.10	.25**	-.16	-.13	.06	-.02	.56**	.31**	1			
AUT	.23**	-.08	.16*	-.00	.02	-.07	-.10	.61**	.36**	.53**	1		
HARC	.14	-.04	.19*	-.03	.03	.08	-.13	.18*	.21**	.06	.15*	1	
CPSQ	.16*	-.12	.24**	-.00	-.11	.08	-.00	.27**	.17*	.17*	.18*	.66**	1

** significant op $p < 0.01$ niveau (tweezijdig).

* significant op $p < 0.05$ niveau (tweezijdig).

Tabel B8.6 Indicatie voor interacties van de variabelen ‘woongroepkenmerken’: β coëfficiënten met p-waarden uit de regressieanalyses op de criteriumvariabelen personeelsswisselingen (STAB, INFR en TOWG) met als voorspellers de woongroepkenmerken clustergrootte (CLUS), sociowoningen (SOC), groepsgrootte (NBEW) en zorgzwaarte (ZOZW) en de interacties tussen de woongroepkenmerken (N = 180).

Voorspellers	criterium	β	p
CLUS	STAB	-.306	.590
SOC		.008	.960
CLUSxSOC		.473	.473
R ² = .04			
CLUS	STAB	.179	.479
NBEW		.060	.656
CLUSxNBEW		.018	.933
R ² = .03			
CLUS	STAB	.083	.572
ZOZW		-.102	.388
CLUSxZOZW		.113	.519
R ² = .03			
SOC	STAB	.457	.094
NBEW		.318	.230
SOCxNBEW		-.256	.327
R ² = .04			
SOC	STAB	.153	.295
ZOZW		-.019	.939
SOCxZOZW		.038	.874
R ² = .03			
NBEW	STAB	-.114	.400
ZOZW		-.866	.388
NBEWxZOZW		.750	.454
R ² = .01			
CLUS	INFR	-1.323	.014
SOC		.125	.423
CLUSxSOC		.984	.113
R ² = .15			
CLUS	INFR	-.097	.690
NBEW		-.042	.746
CLUSxNBEW		-1.130	.260
R ² = .10			
CLUS	INFR	-.444	.002
ZOZW		-.284	.013
CLUSxZOZW		.237	.158
R ² = .11			
SOC	INFR	-1.152	.000
NBEW		-1.104	.000
SOCxNBEW		1.195	.000
R ² = .12			
SOC	INFR	.064	.659
ZOZW		.044	.861
SOCxZOZW		-.231	.333
R ² = .04			
NBEW	INFR	.256	.048
ZOZW		.272	.246
NBEWxZOZW		-.527	.048
R ² = .05			
CLUS	TOWG	-.182	.731
SOC		-.019	.904
CLUSxSOC		-.215	.725
R ² = .17			
CLUS	TOWG	-.055	.812
NBEW		.304	.014
CLUSxNBEW		-.231	.246
R ² = .20			

CLUS	TOWG	-.314	.023
ZOZW		-.034	.750
CLUSxZOZW		-.121	.455
R ² = .18			
SOC	TOWG	-.888	.000
NBEW		-.440	.072
SOCxNBEW		.736	.002
R ² = .19			
SOC	TOWG	-.077	.571
ZOZW		.336	.145
SOCxZOZW		-.577	.010
R ² = .17			
NBEW	TOWG	.311	.014
ZOZW		-.236	.287
NBEWxZOZW		.120	.633
R ² = .14			

Noot. De significante interactie-effecten zijn vet gedrukt weergegeven.

Tabel B8.7 Indicaties voor interacties van de variabelen 'teamfunctioneren' met 'personeelswisselingen: β coëfficiënten met p-waarden uit de regressieanalyses op de criteriumvariabelen HARC en CPSQ met als voorspellers de teamvariabelen MAS, ROL, VER, AUT, de personeelswisselingmaten STAB, INFR en TOWG en de interacties tussen teamvariabelen en personeelswisselingmaten (N = 180).

Voorspellers	criterium	β	p
MAS	HARC	0,25	.326
STAB		0,46	.657
MASxSTAB		-0,34	.750
R ² = .05			
MAS	CPSQ	0,79	.001
STAB		2,37	.018
MASxSTAB		-2,31	.026
R ² = .12			
MAS	HARC	2,32	.021
INFR		-0,05	.800
MASxINFR		0,07	.946
R ² = .03			
MAS	CPSQ	0,26	.000
INFR		-0,07	.679
MASxINFR		-0,05	.793
R ² = .09			
MAS	HARC	0,14	.078
TOWG		0,08	.714
MASxTOWG		0,09	.684
R ² = .06			
MAS	CPSQ	0,24	.002
TOWG		0,29	.180
MASxTOWG		-0,10	.633
R ² = .11			
ROL	HARC	0,51	.022
STAB		1,64	.124
ROLxSTAB		-1,53	.158
R ² = .08			
ROL	CPSQ	0,66	.004
STAB		2,58	.016
ROLxSTAB		-2,46	.023
R ² = .08			
ROL	HARC	0,18	.186
INFR		-0,65	.677
ROLxINFR		0,59	.712
R ² = .05			
ROL	CPSQ	0,01	.964
INFR		-2,72	.080
ROLxINFR		2,61	.098
R ² = .07			
ROL	HARC	0,01	.566
TOWG		-1,02	.396
ROLxTOWG		1,20	.336
R ² = .07			
ROL	CPSQ	0,08	.541
TOWG		-0,10	.931
ROLxTOWG		0,32	.799
R ² = .07			
VER	HARC	0,10	.615
STAB		0,32	.549
VERxSTAB		-0,21	.718
R ² = .02			
VER	CPSQ	0,12	.525
STAB		0,05	.903
VERxSTAB		0,7	.905
R ² = .04			
VER	HARC	0,02	.887

INFR		-0,27	.726
VERxINFR		0,24	.756
R ² = .01			
VER	CPSQ	0,22	.131
INFR		0,29	.706
VERxINFR		-0,39	.605
R ² = .04			
VER	HARC	0,03	.845
TOWG		0,28	.709
VERxTOWG		-0,09	.906
R ² = .04			
VER	CPSQ	0,11	.391
TOWG		0,21	.770
VERxTOWG		-0,01	.994
R ² = .07			
AUT	HARC	0,28	.182
STAB		0,64	.343
AUTxSTAB		-0,59	.428
R ² = .04			
AUT	CPSQ	0,42	.046
STAB		1,01	.128
AUTxSTAB		-0,99	.178
R ² = .06			
AUT	HARC	0,02	.903
INF		-1,06	.196
AUTxINFR		1,03	.206
R ² = .03			
AUT	CPSQ	0,22	.131
INFR		0,29	.706
AUTxINFR		-0,39	.605
R ² = .04			
AUT	HARC	0,13	.287
TOWG		0,23	.746
AUTxTOWG		-0,54	.940
R ² = .04			
AUT	CPSQ	0,17	.140
TOWG		0,42	.540
AUTxTOWG		-2,17	.760
R ² = .08			

Not. De significante moderatoreffecten zijn vet gedrukt weergegeven.

Tabel B8.8 Correlaties tussen HARQ respectievelijk CPSQ en de teamvariabelen MAS, ROL, VER en AUT binnen vier quartielniveaus van STAB (1,2,3,4)

	STAB 1		STAB 2		STAB 3		STAB 4	
	Gem. = 38,3		Gem. = 60,3		Gem. = 75,9		Gem. = 92,3	
	n = 47		n = 43		n = 46		n = 44	
	SD = 13,0		SD = 4,2		SD = 4,4		SD = 6,8	
	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ
MAS	.23	.45**	.12	.24	.19	.26	.17	.03
ROL	.29	.31*	.20	.14	.33*	.23	.03	-.06
VER	.15	.20	-.11	.14	.07	.08	-.03	.15
AUT	.24	.26	.17	.18	.01	.01	.20	.26

Tabel B8.9 Correlaties tussen HARQ respectievelijk CPSQ en de teamvariabelen MAS, ROL, VER en AUT binnen vier quartielniveaus van INFR (1,2,3,4)

	INFR 1		INFR 2		INFR 3		INFR 4	
	Gem. = 17,9		Gem. = 43,3		Gem. = 68,1		Gem. = 128,9	
	n = 43		n = 47		n = 46		n = 44	
	SD = 10,3		SD = 7,4		SD = 7,9		SD = 52,3	
	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ
MAS	.11	.14	.27	.34*	.26	.15	.13	.40**
ROL	.26	.17	.09	.08	.17	.09	.37*	.46**
VER	.00	.26	.13	.16	.06	.07	.04	.17
AUT	.12	.20	.17	.21	.01	-.02	.27	.40**

Tabel B8.10 Correlaties tussen HARQ respectievelijk CPSQ en de teamvariabelen MAS, ROL, VER en AUT binnen vier quartielniveaus van TOWG (1,2,3,4)

	TOWG 1		TOWG 2		TOWG 3		TOWG 4	
	Gem. = 13,7		Gem. = 29,0		Gem. = 47,2		Gem. = 83,1	
	N = 44		N = 45		N = 45		N = 45	
	SD = 4,5		SD = 4,3		SD = 7,2		SD = 20,9	
	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ	HARQ	CPSQ
MAS	.32*	.36*	.03	.12	-.01	.17	.26	.29
ROL	.10	.03	.19	.18	.03	.10	.36*	.18
VER	.09	.16	-.08	-.03	.03	.15	.08	.27
AUT	.26	.22	-.03	.03	.04	.20	.25	.18

Tabel B8.11 Decompositie van de variantie in HARC en CPSQ: percentage variantie op het niveau van teams, clusters en instellingen met bijhorende p-waarde.

Variable	Percentage (p-waarde)
HARC	
Percentage variantie ^a op niveau van:	
Teams	92 (0.00) *
Clusters	03 (0.71)
Instellingen	05 (0.10)
CPSQ	
Percentage variantie ^a op niveau van:	
Teams	86 (0.00) *
Clusters	09 (0.22)
Instellingen	05 (0.16)

* p < 0.05.
^a Variantie op niveau clusters en instellingen tezamen is eveneens getoetst; deze was nergens statistisch significant.

Tabel B8.12 Regressie analyse ten behoeve van de pad analyse op criterium HARC (N = 180)

Voorspeller	Criterium	β (p)	R ²
MAS	HARC	.132 (.258)	
ROL		.117 (.246)	
VER		-.122 (.216)	
AUT		.044 (.666)	
STAB		.098 (.259)	
INFR		-.044 (.606)	
TOWG		.124 (.168)	
CLUS		.046 (.695)	
SOC		.051 (.665)	
NBEW		.097 (.294)	
ZOZW		-.092 (.283)	
R ² Totaal			.107

Tabel B8.13 Regressie analyses ten behoeve van de pad analyse op criterium CPSQ (N = 180)

Voorspeller	Criterium	β (p)	R ²
MAS*	CPSQ	.251 (.028)	
ROL		.009 (.927)	
VER		-.050 (.604)	
AUT		-.005 (.961)	
STAB		.101 (.235)	
INFR		-.049 (.562)	
TOWG*		.197 (.026)	
CLUS ⁽¹⁾		.213 (.067)	
SOC		-.185 (.110)	
NBEW		.028 (.758)	
ZOZW		-.055 (.509)	
R ² Totaal			.152
STAB	MAS	.012 (.890)	
INFR		-.045 (.600)	
TOWG*		.167 (.056)	
CLUS		-.073 (.532)	
SOC		-.125 (.290)	
NBEW		-.155 (.093)	
ZOZW		-.036 (.672)	
CLUS*	TOWG	-.247 (.012)	
SOC		-.087 (.399)	
NBEW*		.190 (.021)	
ZOZW*		-.144 (.055)	

(1) marginaal significant

Figuur B8.1 Pad diagram met voorspellers van door familie ervaren relationele kwaliteit van begeleiding (CPSQ) met vermelding van het marginaal signifiante pad CLUS-CPSQ

Dankwoord

Ook het maken van een proefschrift kan niet anders worden begrepen dan vanuit de interactie van de promovendus met zijn omgeving. Die levert daarbij niet alleen uitdagingen en obstakels, maar ook de voorwaarden en de steun om dit intensieve leerproces – want zo het ik het ervaren – tot een goed einde te brengen. Het inhoudelijke verslag van dit leerproces wordt uitgebreid in dit boekwerk beschreven. Het persoonlijke verslag is minstens zo boeiend, maar beperk ik hier tot de essentie: mijn respect en dankbaarheid voor de mensen in mijn omgeving zonder wie dit proefschrift niet mogelijk was geweest.

Van Ad van Gennep heb ik geleerd – en na veel discussie ook ruiterlijk toegegeven – dat het gelijk van de manager niet van dezelfde orde is als het gelijk van de onderzoeker. Van probleemstelling naar vraagstelling, naar onderzoeksvragen binnen een theoretisch kader, naar dataverzameling en uiteindelijk naar interpretatie van resultaten in functie van al het voorafgaande en in de goede volgorde, is een discipline die ik me met veel herschrijven en herwerken heb moeten eigen maken. Tijdens dat proces ben ik enthousiast vele zijpaden ingeslagen – want in de praktijk ervaart de manager dagelijks hoe ‘alles met alles’ samenhangt, en dat wil hij ook bij een wetenschappelijk werkstuk demonstreren – maar ik ben ook weer op mijn stappen moeten terugkeren, om tot een coherente behandeling van de probleemstelling te komen. Ad is daarbij een didactisch leidsman geweest die mij met het geduld van een goed onderwijzer heeft begeleid. Ik ben hem zeer erkentelijk voor deze ‘opleiding’. Vanwege zijn brede eruditie heb ik het als een voorrecht beschouwd met Ad als promotor te mogen werken. Daarmee kon ik het onderzoek in een ruimer kader situeren en mede daardoor zijn toch enkele zijpaden in deze studie behouden gebleven.

Het doen van onderzoek is voor iemand die in de praktijk van een zorginstelling werkt alleen mogelijk als daartoe goede voorwaarden aanwezig zijn. Bij de stichting Sint Anna heb ik van meet af aan deze voorwaarden aangetroffen. Ik wil in dit verband drie personen met name noemen. In de eerst plaats dhr. Gerard Heiligers. Hij heeft reeds in het begin van de jaren zeventig het belang van reflectie en van wetenschappelijk onderzoek voor de ontwikkeling van de zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen beklemtoond en heeft daartoe binnen de organisatie kansen geschapen. De vroege samenwerking met de ‘Rijksuniversiteit Limburg’ was daarvan één element. Een ander element was het publiceren van de vruchten van bezinning en van studies van medewerkers in de door hem in het leven geroepen reeks Anna-Cahiers. Het is ook zijn verdienste dat de SWIHC en de bijzondere leerstoel – de Gouverneur Kremers Leerstoel – bij de Universiteit Maastricht tot stand zijn gekomen. Ik beschouw het als een voorrecht om daaraan samen met hem te hebben mogen werken. Ik noem in de tweede plaats drs. Gerard van der Velde. Vanuit zijn eerdere functies als faculteitsdirecteur in Nijmegen en later als directeur van het Academisch Ziekenhuis Maastricht had hij grote affiniteit met onderzoek. Hij heeft binnen de stichting Sint Anna de onderzoeksmogelijkheden verder uitgebouwd, met name door het in het leven roepen van een stafgroep ‘Onderzoek en Ontwikkeling’. Ook heeft hij de samenwerking met universiteiten

uitgebreid waardoor in de jaren negentig meerder afstudeerscripties maar ook een zestal proefschriften – waaronder mijn eigen promotieonderzoek – hun oorsprong hebben gevonden in de zorgpraktijk van de stichting Sint Anna. Ik noem in de derde plaats dhr. Chrik Diemel, MPH, die vanaf 2000 deze lijn heeft doorgezet en een structurele verankering van de samenwerking tussen zorgveld en universiteit ondersteunde. Daardoor participeert de stichting Sint Anna in het Gouverneur Kremers Centrum (GKC) waarin ook de zorgorganisaties Pepijn en Paulus, Vizier, Daelzicht, Radar en de Plaatse deelnemen. Er is met het GKC een succesvolle formule gevonden die thans onder leiding van prof. dr. P. Curfs verder wordt ontwikkeld in de richting van volwaardige academisering van de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. Mijn participatie in het GKC en vooral de samenwerking met en vriendschap van collega's zoals dr. Henny van Schrojenstein Lantman-de Valk, dr. Marian Maaskant en dr. Brenda Frederiks ervaar ik als positief en stimulerend.

Mijn 'omschakeling' van managementwerk naar wetenschappelijk werk werd vanaf 2000 zeer vergemakkelijkt door het wetenschappelijke en het collegiale klimaat dat ik aantrof bij BEOZ. Ik ben prof. dr. Wim Groot en het bestuur van de capaciteitsgroep zeer erkentelijk voor de kans die mij werd geboden mijn onderzoek binnen deze groep uit te voeren. Aan deze positieve ervaring hebben alle BEOZ collega's zonder uitzondering bijgedragen maar ik noem hier toch in het bijzonder drs. André Meijer die mij in het UM onderwijs introduceerde en mij de weg wees naar wat de wetenschap te bieden heeft op het terrein van strategisch management en zorgmarketing. Ik noem ook dr. Gladys Tummers bij wie ik op de meest onmogelijke momenten kon binnenvallen om mijn kennis van statistiek op te frissen of bij te spijkeren; menige statistische procedure hebben wij in de wandelgangen peripatetisch doorgeëxerceerd.

Er zijn vele mensen die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van mijn promotieonderzoek. Ik ben de méér dan tweeduizend respondenten van mijn vragenlijsten dankbaar voor hun vertrouwen en hun medewerking; medewerkers en familie van bewoners van de betrokken instellingen. De directies van deze instellingen ben ik zeer erkentelijk voor hun bereidheid en belangstelling om te participeren in mijn onderzoek, temeer omdat de dataverzameling plaatsvond in een tijd dat ook Zon-Mw onderzoekers vaak grote moeite hadden medewerking van instellingen te verkrijgen en te behouden. In het bijzonder waardeer ik het dat de instellingen de dataverzameling hebben ondersteund door het verzorgen van mailings en het beschikbaar stellen van tijd van medewerkers voor het leveren van de interne gegevens.

Ik ben mevr. Marianne Werts en mevr. Annemiek Vogels van de Bibliotheek en Documentatievoorziening van de stichting Sint Anna dankbaar voor hun intensieve speurwerk en het opvragen van boeken en artikelen ten behoeve van de literatuurstudie. Dankzij hun ervaring en hun uitgebreide netwerk (in binnen- en buitenland) bleek hun slaagkans daarbij verrassend hoog. De dataverwerking van

mijn promotieonderzoek is vlot kunnen verlopen dank zij de *Office-skills* van mevr. Eveline Briels-Timmer. Zij verzorgde de lay-out en de productie van de vragenlijsten en bouwde de Access invoermodule waarmee alle ruwe data met een hoge betrouwbaar konden worden ingevoerd. Ook assisteerde zij met de voorbereidingen van de SPSS-bestanden. Dr. Math Candel ben ik erkentelijk voor zijn statistische adviezen, evenals dr. Hans Bosma voor zijn hulp bij de multilevel analyse waarmee de significantie van de hiërarchische datastructuur werd onderzocht. Mevr. Isel van Noppen wil ik graag bedanken voor de secretariële ondersteuning en de verzorging van de opmaak van het manuscript. Haar praktische instelling, ervaring en kennis van het universitaire bedrijf hebben mij veel tijd bespaard en het vertrouwen gegeven dat ik het manuscript met een gerust hart uit handen kon geven.

Ik ben de leden van de beoordelingscommissie zeer erkentelijk voor hun bereidheid mijn manuscript te bestuderen en voor hun betrokkenheid bij de beoordeling: prof. dr. Wim Groot, prof. dr. Bert Aldenkamp en ik noem in het bijzonder prof. dr. Bea Maes omdat zij in deze commissie 'mijn' Alma Mater te Leuven vertegenwoordigde.

Ten slotte bedank ik collega's en familie voor hun morele steun en ook voor het geduld dat zij opbrachten tijdens de vele jaren die dit promotieproject duurde. Ik realiseer mij dat het inderdaad moeite moet hebben gekost om te begrijpen hoe de 'bijna klaar' fase van dit proefschrift zo lang kon duren. Ik realiseer me ook dat het spreekwoord 'men is nooit te oud om te leren' tot bedenkingen moet hebben geleid bij mijn kinderen, Monique en Eric, die nu in hun eigen levensfase juist proberen het leren zo snel mogelijk achter zich te krijgen. Een 50+ vader die nog steeds met de neus in de boeken zit en voortdurend met huiswerk bezig is baart vanuit dat perspectief enige zorg. Heel in het bijzonder dank ik mijn vrouw Corrie voor de ruimte en de ondersteuning die ik al die jaren van haar heb mogen ervaren. Zij heeft al die tijd veel begrip en geduld opgebracht voor de onderneming die ik me had voorgenomen en daaraan haar eigen bijdrage geleverd. Zaken waarvoor ik thuis minder tijd nam of minder oog had bleven daardoor toch op de rails dank zij haar continue zorg.

Curriculum Vitae

Wil Buntinx werd geboren op 21 juni 1947 te Hasselt (België). Hij behaalde het diploma 'Latijn-Griekse Humaniora' in 1965 aan het Sint Josefscollege te Hasselt waarna hij Psychologie ging studeren aan de Katholieke Universiteit (K.U.) te Leuven. Hier behaalde hij in 1970 het diploma 'met onderscheiding'. Van 1975 tot 1977 volgde hij de postdoctorale opleiding gedragstherapie aan de Faculteit der Geneeskunde van de K.U. te Leuven. Hij is ingeschreven in het BIG-register Gezondheidszorgpsycholoog.

Na zijn militaire dienst als officier bij het Selectie- en Rekruteringscentrum te Brussel kwam hij in 1972 in dienst bij de stichting Sint Anna te Heel. Hier werkte hij als begeleidend psycholoog van de 'kinderpaviljoens' en als docent psychopathologie aan de Z-opleiding. Van 1975 tot 1979 was hij daarnaast deeltijds in detachering werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij de 'Rijksuniversiteit Limburg' (capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie, prof. Dr. M. Romme) belast met onderzoek op het gebied van kwaliteit van zorg, ter voorbereiding van de voorziening Maasveld te Maastricht. In 1978 werd hij als coördinerend staflid voor de geplande Maastrichtse voorziening opgenomen in de directie van de stichting Sint Anna. In 1980 werd hij benoemd tot directeur zorgverlening bij Huize Op de Bies te Schimmert. Van 1984 tot 1991 was hij directeur zorgverlening van Maasveld te Maastricht en vervolgens vervulde hij dezelfde functie van 1991 tot 1994 in Sint Anna te Heel. Van 1994 tot 2000 coördineerde hij als directeur onderzoek en ontwikkeling het onderzoeks- en kwaliteitsbeleid van de stichting Sint Anna alsmede de implementatie van nieuwe wetgeving. Van 1991 tot 2000 was hij eveneens plaatsvervangend algemeen directeur van de stichting Sint Anna.

In 2001 volgden een honoraire aanstelling als onderzoeker bij de Faculteit der Gezondheidswetenschappen van de Universiteit Maastricht en detachering als universitair docent bij de capaciteitsgroep Beleid, Economie en Organisatie van de Zorg. Hij is eveneens verbonden aan het Gouverneur Kremers Centrum, een samenwerkingsverband tussen Limburgse zorginstellingen en universitaire capaciteitsgroepen.

Wil Buntinx is lid van het NGBZ (Vereniging voor deskundigheidsbevordering in de zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen) waarvan hij van 1991 tot 1998 voorzitter was. Sedert 1992 is hij lid van de American Association on Mental Retardation (AAMR) waar hij als voorzitter van de International Activities Committee de Europese inbreng in AAMR-conferenties organiseerde. Sedert 1997 maakt hij deel uit van het AAMR Committee on Terminology and Classification dat in 2002 onder leiding van prof. dr. R. Luckasson de 10^{de} editie van het internationale handboek 'Mental Retardation' publiceerde. Hij is lid van de International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability (IASSID). Wil Buntinx is medeoprichter (1988) en secretaris van de Stichting Wetenschappelijk Instituut voor mensen met een verstandelijke handicap (SWIHC) die als rechtsdrager optreedt van bijzondere leerstoelen op het gebied van zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen. In de periode 1995-2004 maakte hij deel

uit van de programmacommissie 'Kwaliteit van Zorgonderzoek' (NWO) respectievelijk van de werkgroep 'Innovatie zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' (Zon-Mw). Hij maakt thans deel uit van de stuurgroep van het Landelijk Kennisnetwerk Gehandicaptenzorg (LKNG) en is sedert 1999 lid van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Limburg.

Wil Buntinx is actief in de organisatie van symposia en conferenties in NGBZ-, AAMR- en IASSID-verband en geeft bij die gelegenheden ook presentaties en workshops, in het bijzonder over het AAMR ondersteuningsmodel voor mensen met verstandelijke beperkingen, de 'Support Intensity Scale' en kwaliteitszorg. In 2003 en 2004 werden op uitnodiging ook workshops gegeven aan de Université de Lille-1 (Frankrijk) en de Université de Québec à Rimouski (Canada).

Hij is (mede)redacteur van diverse vakboeken en auteur van een groot aantal artikelen in zowel vak- als wetenschappelijke tijdschriften. Wil Buntinx is hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met verstandelijke beperkingen en lid van de redactieraad van Markant en het Handboek Mogelijkheden (Elsevier).

In mei 2004 werd hij door de AAMR benoemd tot 'Fellow of the American Association on Mental Retardation'.

Si quis, tota dies currens, pervenit ad vesperam, satis est.

Francesco Petrarca