



**rijksuniversiteit
 groningen**

Gedragsfactoren in Perspectief

Praktijkkeuzes van zorgprofessionals binnen het uitvoeren van de interventie Programma
Perspectief beschreven aan de hand van het COM-B-model

Anke Brugman,

Studentnummer: S6071007

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Master Orthopedagogiek PAMA5166

Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider en eerste beoordelaar: dr. A. ten Brug

Tweede beoordelaar: dr. S. te Meerman

Inleverdatum: 30 mei 2025

Aantal woorden: 7732

Samenvatting

Programma Perspectief is een interventie die is ontwikkeld om de zorg voor mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperking (Z)EVMB beter af te stemmen op hun individuele behoeften. Ondanks de bewezen effectiviteit blijkt in de praktijk dat zorgprofessionals regelmatig afwijken van de voorgeschreven werkwijze. Dit onderzoek richtte zich op de gedragsfactoren die hieraan ten grondslag liggen. In drie organisaties, die verschilden in duur en mate van implementatie, zijn focusgroepsgesprekken gevoerd. Hierin stonden de toepassing van de werkwijze en de overwegingen om daarvan af te wijken centraal. Eén organisatie werkt bijna twee jaar met het programma, één organisatie ruim tien jaar en bij de derde organisatie is Programma Perspectief inmiddels vervangen door een andere methode. De gesprekken zijn geanalyseerd met een kwalitatieve inhoudsanalyse, aan de hand van het COM-B-model van Michie et al. (2011) dat gedrag verklaart op basis van drie elementen: capaciteit, gelegenheid en motivatie. Uit de resultaten blijkt dat het gedrag van zorgprofessionals wordt beïnvloed door een samenhang tussen kennis en vaardigheden (capaciteit), omgevingsfactoren zoals werkstructuur, tijd en samenwerking (gelegenheid) en betrokkenheid (motivatie). Het element gelegenheid kwam het vaakst naar voren. Vooral het ontbreken van structuur, vaste overlegmomenten en afstemming werd als belemmerend ervaren. Scholing werd genoemd als voorwaarde, maar werd lang niet altijd herhaald of aangeboden voor alle disciplines. Aanbevolen wordt om als organisatie te investeren in vaste werkafspraken, structurele scholing en goede afspraken binnen teams. Daarnaast is vervolgonderzoek nodig naar hoe organisaties een ondersteunende werkstructuur kunnen opzetten en borgen. Dit vormt een belangrijke basis voor het duurzaam toepassen van Programma Perspectief in de dagelijkse praktijk.

Abstract

Program Perspective is an intervention developed to better tailor care for people with severe intellectual and multiple disabilities (S)EVMB to their individual needs. Despite its proven effectiveness, practice shows that care professionals regularly deviate from the prescribed method. This study focused on the behavioral factors underlying this. Focus group discussions were conducted in three organizations, which differed in duration and degree of implementation. These focused on the application of the working method and considerations for deviating from it. One organization has been working with the program for almost two years, one organization for over ten years, and at the third organization, Program Perspective has since been replaced by another method. The interviews were analyzed with a qualitative content analysis, using the COM-B-model of Michie et al. (2011) that explains behavior based on three elements: capacity, opportunity and motivation. The results showed that healthcare professionals' behavior is influenced by a correlation between knowledge and skills (capacity), environmental factors such as work structure, time and collaboration (opportunity) and commitment (motivation). The element of opportunity emerged most frequently. In particular, the lack of structure, set consultation times and coordination was perceived as hindering. Training was mentioned as a condition, but was by no means always repeated or offered for all disciplines. It is recommended that organizations invest in fixed working arrangements, structural training and good agreements within teams. In addition, follow-up research is needed into how organizations can set up and secure a supportive work structure. This forms an important basis for the sustainable application of Program Perspective in daily practice.

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Methode	10
Onderzoeksdesign	10
Participanten	11
Instrumenten	12
Procedure	12
Data-analyse.....	13
Resultaten.....	14
Capaciteit	15
Gelegenheid	17
Motivatie	18
Conclusie en discussie	20
Methodologische beperkingen	22
Aanbevelingen	23
Literatuurlijst.....	25
Bijlage 1	30
Bijlage 2	31
Bijlage 3	37
Bijlage 4	43
Bijlage 5	47

Inleiding

Zorgprofessionals spelen een belangrijke rol bij het bieden van kwalitatief goede zorg en het implementeren van zorginterventies in de praktijk. Het handelen van zorgprofessionals is doorslaggevend bij het succes van implementaties en medebepalend voor daadwerkelijke veranderingen in werkwijzen (Damschroder et al., 2009; Michie et al., 2011). Zelfs wanneer een interventie wetenschappelijk bewezen effectief is, komt deze pas tot zijn recht wanneer zorgprofessionals over de juiste kennis en vaardigheden beschikken en bereid zijn om deze werkwijze goed toe te passen. De manier waarop zij dagelijkse keuzes maken en handelen, bepaalt in grote mate hoe veranderingen daadwerkelijk in de praktijk worden vormgegeven. Daarom is inzicht in het gedrag van zorgprofessionals belangrijk voor een blijvende en succesvolle implementatie van zorginterventies (Adriaansen, 2022; Grol & Grimshaw, 2003; Van der Putten, 2018).

Tegelijkertijd blijkt in de praktijk dat implementatieprocessen in de zorg vaak complex en veelomvattend zijn (Grol & Wensing, 2004). Het invoeren van een nieuwe werkwijze wordt beïnvloed door factoren die op verschillende niveaus met elkaar samenhangen en elkaar beïnvloeden (Damschroder et al., 2009; Fixsen et al., 2021). Op microniveau spelen persoonlijke kenmerken van zorgprofessionals een rol, zoals kennis, vaardigheden, motivatie en overtuigingen. Op mesoniveau spelen binnen de organisatie zaken als leiderschap, samenwerking, teamcultuur en de organisatorische structuur een rol. Op macroniveau is het belangrijk dat de randvoorwaarden zoals wet- en regelgeving, financiering en samenwerking tussen verschillende organisaties kloppen om veranderingen een blijvend effect te laten hebben. Juist de samenhang tussen deze verschillende niveaus bepaalt in hoeverre richtlijnen in de praktijk worden gevolgd (Fixsen et al., 2009; Fixsen et al., 2021).

Omdat veranderingen in de zorg uiteindelijk vorm krijgen in het handelen van zorgprofessionals, is het belangrijk om hun gedrag te begrijpen. Theorieën en modellen bieden hiervoor waardevolle handvatten. Ze bieden inzicht in de factoren die het gedrag beïnvloeden en verklaren waarom zorgprofessionals bepaalde keuzes maken in de praktijk (Bloemendal et al., 2011). Veelgebruikte theorieën in de zorg zijn de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000), de Theory of Planned Behavior van Ajzen (1991), de sociaal-cognitieve theorie van Bandura (1991) en het COM-B model van Michie et al. (2011). De zelfdeterminatietheorie legt de nadruk op de intrinsieke en extrinsieke motivatie en op het belang van de vervulling van de basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid (Ryan & Deci, 2000). De Theory of Planned Behavior beschrijft gedragsintenties als de

belangrijkste voorspellers van daadwerkelijk gedrag. Deze intentie wordt beïnvloed door drie factoren: (1) hoe iemand het gedrag beoordeelt, (2) de sociale druk die iemand ervaart vanuit de omgeving en (3) de mate waarin iemand denkt controle te hebben over het gedrag (Ajzen, 1991). De sociaal-cognitieve theorie van Bandura (1991) beschrijft gedrag als het resultaat van een voortdurende wisselwerking tussen persoonlijke factoren, gedrag en de omgeving. Mensen reguleren hun gedrag op basis van eerdere ervaringen en invloeden uit hun sociale en fysieke omgeving (Bandura, 1991; Devi et al., 2017). Voor zorgprofessionals betekent dit dat hun handelen mede wordt bepaald door factoren zoals werkdruk, organisatiecultuur en ondersteuning vanuit het management. Deze omgevingsfactoren hebben direct invloed op de wijze waarop zorgprofessionals interventies toepassen en zijn dus meer dan alleen randvoorwaarden (Bandura, 1991; Devi et al., 2017).

Het COM-B-model is ontwikkeld om beter grip te krijgen op gedragsverandering in de praktijk. Veel bestaande theorieën bleken te ingewikkeld, te beperkt of moeilijk toepasbaar in de praktijk. Het COM-B-model is voortgekomen uit de behoefte aan een bruikbaar kader dat helpt om het gedrag van zorgprofessionals systematisch te analyseren en deze inzichten te vertalen naar praktische interventies (Michie et al., 2011; West & Michie, 2020). Het COM-B-model benadert gedrag vanuit een brede context en gaat ervan uit dat gedrag niet alleen wordt beïnvloed door kennis, motivatie en vaardigheden, maar ook door de omstandigheden waarin het gedrag plaatsvindt. Gedrag wordt volgens het COM-B-model beïnvloed door drie onderling samenhangende elementen: capaciteit, gelegenheid en motivatie. Deze elementen beïnvloeden niet alleen het gedrag zelf, maar ook elkaar en staan in voortdurende wisselwerking (Michie et al., 2011; Nilsen, 2015; West & Michie, 2020).

Capaciteit verwijst binnen het COM-B-model naar de fysieke en psychologische mogelijkheden die iemand nodig heeft om bepaald gedrag te kunnen uitvoeren. Kennis speelt hierin een belangrijke rol. Het stelt zorgprofessionals in staat om interventies op een juiste manier toe te passen. Dit gaat niet alleen over theoretische kennis van werkwijzen en richtlijnen van interventies, maar ook over praktische vaardigheden en ervaringen die in de praktijk worden opgedaan (Bemelmans et al., 2022). Uit onderzoek van De Jong et al. (2022) blijkt dat zorgprofessionals die werken in de zorg voor mensen met een (Z)EVMB een gebrek aan kennis en ervaring ervaren als een van de grootste problemen in hun werk. Tegelijkertijd benadrukken zij dat zorgprofessionals, naast pedagogische kennis, ook (para)medische en organisatorische expertise nodig hebben. In de gehandicaptenzorg bijvoorbeeld is een brede basiskennis erg belangrijk om de zorg goed af te stemmen op de behoeften van mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperking ((Z)EVMB) (De Jong et al.,

2022). Grol & Grimshaw (2003) benadrukken dat zorgprofessionals niet altijd de tijd of de middelen hebben om hun kennis up to date te houden. Dit kan ertoe leiden dat zij, ondanks hun goede intenties, minder strikt richtlijnen volgen, wat de implementatie en effectiviteit van de interventies negatief kan beïnvloeden (Greenhalgh et al., 2004; Grol & Wensing, 2004).

Daarnaast speelt *tacit knowledge* van zorgprofessionals een belangrijke rol, met name bij het herkennen van de behoeften van de cliënt. Tacit knowledge is een vorm van intuïtieve en ervaringsgerichte kennis die grotendeels onbewust is en niet gemakkelijk in woorden kan worden uitgedrukt of kan worden gedeeld met anderen. Deze impliciete kennis ontstaat vooral wanneer de cliënt en de zorgprofessional of naasten gevoelig en responsief worden voor elkaars signalen (Hoogsteyns et al., 2023).

Gelegenheid verwijst binnen het COM-B-model naar de omstandigheden die gedrag mogelijk maken of juist belemmeren. Het gaat daarbij om factoren die buiten het individu liggen. Gelegenheid omvat zowel fysieke factoren zoals tijd, beschikbare middelen en werkomstandigheden als sociale factoren zoals steun van leidinggevenden, verwachtingen van collega's en teamcultuur (Michie et al., 2011; West & Michie, 2020). In de gehandicaptenzorg komt dit bijvoorbeeld tot uiting in hoge werkdruk, beperkte personele bezetting of onvoldoende tijd en ruimte voor overleg (De Jong et al., 2022). Zelfs wanneer zorgprofessionals over voldoende kennis en motivatie beschikken, kunnen deze omstandigheden het toepassen van een interventie in de weg staan (Damschroder et al., 2009; De Jong et al., 2022; Grol & Wensing, 2004;). Het element gelegenheid maakt duidelijk dat gedragsverandering niet los kan worden gezien van de omgeving waarin zorg wordt verleend. Een ondersteunende werkomgeving is essentieel om gewenst gedrag haalbaar en uitvoerbaar te maken en heeft een belangrijke rol in het succes of falen van een implementatie (Damschroder et al., 2009; Nilsen, 2015).

Het element motivatie speelt binnen het COM-B-model een belangrijke rol bij het naleven van richtlijnen in de zorg. Hoe gemotiveerder een zorgprofessional is, hoe groter de kans dat hij of zij het gewenste gedrag vertoont (Hulsebosch & Wielers, 2018; Michie et al., 2011; Willmott et al., 2021). Deze motivatie wordt beïnvloed door zowel persoonlijke ervaringen als overtuigingen en externe factoren zoals waardering en (financiële) beloningen. Onderzoek wijst uit dat zorgprofessionals gemotiveerder zijn om richtlijnen correct toe te passen wanneer zij begrijpen waarom deze belangrijk zijn, ze de ruimte krijgen om ze toe te passen in hun eigen werkwijze en actief betrokken worden bij veranderingen (Damschroder et al., 2009; Fixsen et al., 2021; Grol & Grimshaw 2003; Michie et al., 2011). Als zij de

meerwaarde niet herkennen, is de kans groot dat ze afwijken van de voorgeschreven werkwijze. Dit kan de kwaliteit van zorg verminderen (Kitson et al., 2008).

Motivatie is echter niet alleen afhankelijk van externe factoren, maar wordt ook beïnvloed door psychologische basisbehoeften. De zelfdeterminatietheorie benadrukt het belang van drie basisbehoeften voor motivatie: autonomie, competentie en verbondenheid (Ryan & Deci, 2000). Autonomie verwijst naar het gevoel van vrijheid en controle over het eigen werk, competentie heeft betrekking op het vertrouwen in de eigen vaardigheden en kennis en verbondenheid gaat over het gevoel van steun en samenwerking met collega's. Wanneer zorgprofessionals zich autonoom voelen, vertrouwen hebben in hun eigen kunnen en zich verbonden voelen met hun team, ervaren zij intrinsieke motivatie om richtlijnen na te leven en is de kans dat zij deze richtlijnen op de juiste manier zullen toepassen groter (Deci & Ryan, 2000).

De invloed van gedrag op de kwaliteit van zorg wordt bijzonder zichtbaar in contexten waar cliënten bijna volledig afhankelijk zijn van zorgprofessionals. In de zorg voor mensen met (Z)EVMB wordt daardoor het belang van de elementen uit het COM-B-model goed zichtbaar (Michie et al., 2011; West & Michie, 2020). Mensen met (Z)EVMB zijn door hun intensieve en complexe zorgbehoeften sterk afhankelijk van zorgprofessionals. Die afhankelijkheid maakt dat de kennis en vaardigheden, de omstandigheden waarbinnen de zorg wordt geboden en de motivatie van de zorgprofessional direct invloed hebben op het dagelijks leven, het welzijn en op de kwaliteit van leven van mensen met een (Z)EVMB (Nakken & Vlaskamp, 2007).

Mensen met een (Z)EVMB hebben zowel een ernstige verstandelijke beperking als een ernstige motorische beperking (Van der Putten et al., 2017). Door hun verstandelijke beperking kan hun IQ niet betrouwbaar worden gemeten en zijn er weinig tot geen mogelijkheden voor cognitieve ontwikkeling. Daarnaast beperkt hun motorische beperking hen in het bewust en doelgericht bewegen, waardoor interactie met de omgeving moeilijk is (Van der Putten et al., 2017). De verbale communicatie met mensen met een (Z)EVMB is vaak ernstig beperkt of volledig afwezig, waardoor zij sterk afhankelijk zijn van non-verbale signalen en de interpretatie daarvan door hun directe omgeving (Nakken & Vlaskamp 2007; Van der Putten et al. 2008).

Vanwege de complexe en intensieve zorgbehoeften van mensen met een (Z)EVMB is het van groot belang dat de zorg goed georganiseerd is en dat er wordt gewerkt met duidelijke haalbare doelen (De Jong et al., 2022; Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). Een interdisciplinaire samenwerking is hierbij essentieel.

Verschillende disciplines nemen ieder hun eigen expertise mee en juist die verschillen van perspectieven maken het mogelijk om de zorg echt goed af te stemmen op de persoon met een (Z)EVMB. Gezamenlijk doelen opstellen is hierbij helpend. Dit ondersteunt de samenwerking en maakt duidelijk wat belangrijk is. Een gedeelde visie zorgt ervoor dat zorgprofessionals een gezamenlijk uitgangspunt hebben, elkaar daardoor beter begrijpen en makkelijker samenwerken. Daarnaast helpt het teams om te evalueren en om de zorg bij te stellen als dat nodig is. De zorg kan hierdoor goed worden aangepast op wat iemand met (Z)EVMB nodig heeft en op wat iemand kan (Poppes et al., 2021; Vlaskamp et al., 2005). Het is belangrijk om hierbij rekening te houden met de individuele wensen en mogelijkheden van een persoon met (Z)EVMB (Petry et al., 2005).

Zorgprofessionals vormen binnen de ondersteuning aan mensen met een (Z)EVMB de verbindende schakel tussen de theoretische uitgangspunten en de concrete uitvoering. Zij zijn degenen die ervoor zorgen dat wat er op papier staat zoals richtlijnen en werkwijzen, vertaald wordt naar de dagelijkse praktijk. Ze vertalen de algemene richtlijnen en doelen naar concrete handelingen afgestemd op wie iemand is en wat diegene nodig heeft (De Jong et al., 2022; Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg, 2023). Om zorgprofessionals te ondersteunen bij het bieden van passende zorg voor mensen met een (Z)EVMB zijn methodische interventies ontwikkeld.

Een wetenschappelijk bewezen effectieve interventie in de gehandicaptenzorg is Programma Perspectief (Poppes et al., 2021; Vlaskamp 1993; Vlaskamp et al., 2005). Programma Perspectief is ontwikkeld om de zorg en ondersteuning voor mensen met een (Z)EVMB beter op elkaar af te stemmen. Het programma draagt bij aan de kwaliteit van leven van deze doelgroep en biedt hun de mogelijkheid zich zo optimaal mogelijk te kunnen ontwikkelen (Poppes et al., 2021; Vlaskamp 1993; Vlaskamp et al., 2005). Verschillende kernelementen vormen de basis van Programma Perspectief. Er wordt vanuit een gedeelde visie interdisciplinair en methodisch samengewerkt volgens een afgesproken stappenplan, waardoor de zorg en ondersteuning nauwkeurig kunnen worden afgestemd op de behoeften van de cliënt (Poppes et al., 2021; Vlaskamp et al., 2005).

Bij de implementatie van evidencebased interventies, zoals Programma Perspectief, zijn de zorgprofessionals verantwoordelijk voor het vertalen van theoretische uitgangspunten naar praktisch handelen (Greenhalgh et al., 2004; Michie et al., 2011; Peters, Tran, Adam et al., 2013). Uit eerder dossieronderzoek en een surveystudie blijkt dat de kernelementen van Programma Perspectief in de praktijk niet altijd even consistent worden toegepast, terwijl de achterliggende redenen vaak onduidelijk blijven (Academische werkplaats EMB, 2023). Dit

kan gevolgen hebben voor zowel de implementatie als de effectiviteit van het programma (Damschroder et al., 2009). Het gedrag en de keuzes van zorgprofessionals spelen hierin een belangrijke rol. Zij hebben directe invloed op de uitvoering en bepalen daarmee in belangrijke mate het succes of falen van de implementatie (Bloemendal et al., 2011; Peters, Tran, Adam et al., 2013). Het is daarom van belang om beter te begrijpen wat hen helpt en belemmert bij het uitvoeren van de interventie. Door inzicht te krijgen in welke elementen vanuit het COM-B-model een rol spelen, kan gerichte ondersteuning worden ontwikkeld die aansluit bij de praktijk. Dit vergroot niet alleen de kans op een succesvolle implementatie van het programma, maar draagt ook bij aan een betere afstemming van de zorg en ondersteuning op de behoeften van mensen met een (Z)EVMB (Damschroder et al., 2009; Michie et al., 2011; Nilsen, 2015; Bohn Stafleu van Loghum, 2018).

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook: *welke gedragsfactoren, geanalyseerd op basis van het COM-B-model, beïnvloeden de praktijkkeuzes van zorgprofessionals om af te wijken van de voorgeschreven werkwijze van Programma Perspectief?* Door het gedrag te analyseren aan de hand van het COM-B-model, ontstaat inzicht in de factoren die een rol spelen bij het consequent toepassen van de kernelementen van Programma Perspectief (Bemelmans et al., 2022; Greenhalgh et al., 2004; Michie et al., 2011).

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is een onderdeel van het ZonMw-project *Na verloop van tijd*, dat zich richt op de duurzame implementatie van Programma Perspectief. In het kader van dit project zijn eerder dossieronderzoek en een survey uitgevoerd. Het huidige deelonderzoek is kwalitatief van aard en richt zich op het verzamelen van verdiepende inzichten via focusgroepen. Kwalitatief onderzoek biedt inzicht in hoe mensen situaties ervaren en hier betekenis aan geven. Het biedt ruimte om in te spelen op wat zich tijdens het onderzoek aandient en levert daardoor praktische inzichten op in wat mensen belangrijk vinden en nodig hebben. Dit helpt om de praktijk te verbeteren (Lucassen et al., 2015; Verhoeven, 2023).

Volgens Baarda et al. (2023) is focusgroep-onderzoek een gerichte vorm van kwalitatief onderzoek, omdat het zich specifiek richt op het verkennen van ervaringen en perspectieven rond een bepaald onderwerp. Flick (2018) benadrukt daarnaast dat focusgroepen een veelgebruikte methode zijn voor kwalitatief onderzoek wanneer men

inzicht wil krijgen in hoe sociale processen en gedeelde betekenissen binnen een groep ontstaan. Door de interactie tussen deelnemers worden opvattingen en interpretaties niet alleen individueel gevormd, maar ook beïnvloed en bijgesteld door de reacties van anderen.

Participanten

Binnen dit onderzoek zijn drie focusgroepsgesprekken gevoerd, elk bij een andere organisatie. Alle drie de organisaties hadden Programma Perspectief geïmplementeerd, maar de duur en mate van toepassing varieerden per organisatie. De organisaties zijn ooit op een formele manier geschoold in het programma. De focusgroepen werden gevormd door een naaste en door zorgmedewerkers uit verschillende disciplines. Om deel te nemen aan het onderzoek moesten naasten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

1. De participant heeft een familielid met (Z) EVMB, zoals omschreven door Nakken en Vlaskamp (2007).
2. Het familielid wordt ondersteund met Programma Perspectief of werd in het verleden met Programma Perspectief ondersteund.
3. Er is schriftelijk geïnformeerde toestemming van de naaste voor deelname aan het onderzoek.

Voor de zorgmedewerkers golden de volgende inclusiecriteria:

1. De participant is betrokken bij de ondersteuning van mensen met een (Z)EVMB zoals gedefinieerd door Nakken en Vlaskamp (2007).
2. De participant werkt bij een organisatie waar Programma Perspectief is geïmplementeerd en werkt zelf met Programma Perspectief, of heeft hiermee gewerkt.
3. Er is schriftelijk geïnformeerde toestemming van de participant voor deelname aan het onderzoek.

De participanten zijn geselecteerd met een doelgerichte steekproef. Deze selectie was gebaseerd op hun kennis en ervaring met Programma Perspectief, waardoor ze waardevolle en gedetailleerde informatie konden geven over de thema's die in het onderzoek ter sprake kwamen (Palinkas et al., 2013). Er bestond vooraf geen persoonlijke of professionele relatie tussen de betrokken onderzoekers en de participanten. Dit gold zowel voor de onderzoekers die betrokken waren bij het overkoepelende onderzoek en die bij de focusgroepen aanwezig waren als voor de onderzoeker die dit deelonderzoek heeft uitgevoerd.

Instrumenten

Voor de focusgroepen zijn semigestructureerde interviews afgenomen. Omdat de duur en mate van implementatie van Programma Perspectief per organisatie verschilden, zijn per organisatie aangepaste gespreksleidraden opgesteld. Deze leidraden zijn opgesteld op basis van bevindingen uit het voorafgaande dossieronderzoek en de surveystudie. Per organisatie zijn knelpunten geïnventariseerd waarop werd afgeweken van Programma Perspectief. Deze zijn vervolgens als uitgangspunt genomen voor de leidraden, zodat tijdens de focusgroepsgesprekken kon worden doorgevraagd op onderwerpen waar in de praktijk verschillen of knelpunten zichtbaar waren.

Gespreksonderwerpen en vragen werden beschreven in de leidraad, maar de volgorde stond niet vast. Volgens Baarda et al. (2023) geeft een semigestructureerde leidraad ruimte om door te vragen of extra vragen te stellen. Dit biedt de moderator ruimte om niet alleen op de vooraf opgestelde vragen in te gaan, maar ook op mogelijk andere relevante onderwerpen die tijdens het gesprek naar voren komen. Tijdens de focusgroepen is actief doorgevraagd om inzicht te krijgen in de beweegredenen van de participanten bij het al dan niet afwijken van Programma Perspectief. De gebruikte gespreksleidraden zijn opgenomen in bijlage 2, 3 en 4. In verband met privacy zijn de namen van personen verwijderd of geanonimiseerd.

Procedure

Onder leiding van een moderator zijn er drie focusgroepsgesprekken gevoerd met zorgprofessionals en een naaste van verschillende organisaties. De participanten werden vooraf geïnformeerd over de vrijwillige deelname en gaven schriftelijk toestemming voor video- of audio-opnamen van het gesprek. Er werd benadrukt dat er geen juiste of onjuiste antwoorden waren, maar dat het gesprek bedoeld was om inzicht te krijgen in de werkwijzen van de deelnemers met Programma Perspectief. Bij organisatie A (december 2023) namen een begeleider wonen, een begeleider dagbesteding, een begeleider B, een gedragswetenschapper, een teamleider, een sectormanager en een naaste deel aan het focusgroep-gesprek. Bij organisatie B (februari 2024) namen een persoonlijk begeleider wonen, een gedragswetenschapper, een fysiotherapeut en een logopedist deel aan de focusgroep en bij organisatie C (juni 2024) namen een onderwijs coördinator, een voormalig leerkracht, een gedragswetenschapper en een logopedist deel aan het gesprek.

De moderator stimuleerde een actieve deelname en inventariseerde de gevoelens, ideeën en ervaringen van de participanten. Na afloop zijn de opnamen van de gesprekken op

een beveiligde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen opgeslagen en is de data die met de focusgroepen is verzameld getranscribeerd en gepseudonimiseerd.

Data-analyse

Voor het analyseren van de focusgroepsgesprekken is een kwalitatieve inhoudsanalyse uitgevoerd, omdat deze methode geschikt is om op systematische wijze betekenisvolle tekstfragmenten te achterhalen (Verhoeven, 2023). Daarbij is gebruikgemaakt van het COM-B-model van Michie et al. (2011) dat gedrag verklaart op basis van drie elementen: capaciteit, motivatie en gelegenheid. Deze elementen dienden als uitgangspunt voor het structureren en analyseren van de uitspraken van de participanten. De codering werd deductief uitgevoerd, op basis van vooraf vastgestelde categorieën vanuit het COM-B-model. De analyse werd uitgevoerd met behulp van ATLAS.ti (versie 25.01) en is gebaseerd op de analysemethode van Verhoeven (2023).

In de eerste fase van de analyse zijn relevante tekstfragmenten uit de focusgroepsgesprekken geselecteerd en gecodeerd, volgens de drie elementen van het COM-B-model. Een fragment werd als relevant beschouwd wanneer het inzicht gaf in factoren die het gedrag van zorgprofessionals beïnvloeden in relatie tot de toepassing van Programma Perspectief.

In de tweede fase zijn de gecodeerde fragmenten gebundeld in thema's binnen elk van de drie elementen van het COM-B-model. Daarnaast zijn ook oplossingsrichtingen die tijdens de focusgroepsgesprekken door participanten werden aangedragen, meegenomen in de analyse.

In de laatste fase zijn de uitkomsten overzichtelijk in een tabel weergegeven. Per organisatie is weergegeven hoeveel fragmenten aan elk element en thema zijn gekoppeld, inclusief het bijbehorende percentage. Deze weergave geeft inzicht in de mate waarin bepaalde gedragsmotieven zijn genoemd en maakte een vergelijking tussen de organisaties mogelijk. De volledige codeboom, met de gebruikte categorieën en onderliggende thema's, is opgenomen in bijlage 1.

Om de betrouwbaarheid van de codering te versterken is gebruikgemaakt van peer-debriefing. Dit houdt in dat de uitkomsten van de codering zijn besproken met een medestudent die niet direct bij het onderzoek betrokken was. Het doel hiervan was om de toegekende codes kritisch te laten beoordelen en eventuele blinde vlekken in de interpretatie van de data te ontdekken. De peerdebriefing vond plaats na afloop van de eerste fase, waarin de eerste codering van de fragmenten op basis van de drie elementen van het COM-B-model

was afgerond. De gecodeerde fragmenten zijn daarbij gezamenlijk doorgenomen. De medestudent is gevraagd om kritisch te kijken of de toegewezen codes pasten bij de inhoud van de fragmenten. In sommige gevallen heeft dit geleid tot een aanpassing van de code of heroverweging van de plaatsing binnen het COM-B-model. Dit heeft bijgedragen aan het verhogen van de betrouwbaarheid en zorgvuldigheid van de resultaten.

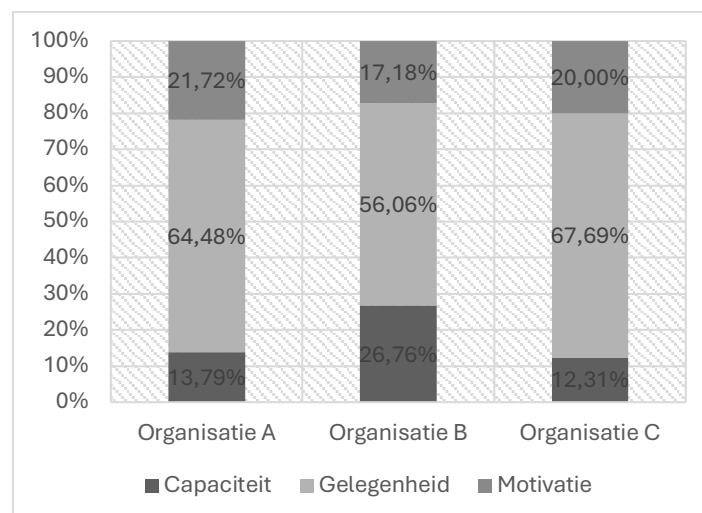
Resultaten

In totaal zijn 905 fragmenten gecodeerd. Alle uitspraken uit de drie focusgroepsgesprekken konden worden ingedeeld binnen de drie elementen van het COM-B-model, waardoor open codering niet nodig bleek. Citaten van participanten zijn opgenomen ter illustratie van de drie elementen en de inhoud van de thema's. Ze geven weer hoe zij deze in hun dagelijkse werk ervaren. Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, zijn alle citaten geanonimiseerd. Participanten worden aangeduid met een algemene beschrijving zoals: 'medewerker, organisatie A'.

De drie organisaties verschillen in hoeverre en op welke manier zij Programma Perspectief toepassen. Organisatie A werkt bijna twee jaar met het programma, organisatie B ruim tien jaar en organisatie C heeft tien jaar geleden Programma Perspectief geïmplementeerd, maar daar is Programma Perspectief inmiddels vervangen door een andere methode. Figuur 1 laat zien dat in alle drie de organisaties het element gelegenheid het vaakst werd gecodeerd. Dit kan duiden op het belang van omgevingsfactoren bij het toepassen van Programma Perspectief. Opvallend is dat in organisatie B relatief vaker werd gesproken over capaciteit dan in organisatie A en C.

Figuur 1

Percentage gecodeerde uitspraken binnen het COM-B-model per organisatie



In de volgende paragrafen worden de drie elementen met onderliggende thema 'vanuit het COM-B-model afzonderlijk besproken.

Capaciteit

Binnen dit element zijn drie thema's onderscheiden: kennis, training en scholing en vaardigheden. Binnen het element capaciteit waren er in totaal 167 codes, wat overeenkomt met 18,45% van alle fragmenten. Van deze 167 fragmenten kwamen er opvallend veel uit organisatie B, namelijk 95 fragmenten, wat neerkomt op 57% van alle fragmenten binnen capaciteit.

Het thema kennis werd het meest gecodeerd binnen capaciteit (80 keer). Medewerkers gaven vanuit alle drie de organisaties aan dat het begrijpen van de kernelementen, de betekenis van de doelen en het gebruik van observaties noodzakelijk is om het programma in de praktijk goed te kunnen toepassen. Daarnaast werd in alle drie de organisaties gesproken over het belang van kennis van de doelgroep. Er werd benadrukt dat het herkennen en begrijpen van gedrag bij mensen met een (Z)EVMB om specifieke deskundigheid vraagt. Zij benoemden daarbij dat het belangrijk is goed zicht te hebben over hoe een client communiceert, wat het ontwikkelingsniveau is en welke gedragskenmerken een rol spelen.

“We hebben te maken met een doelgroep die zich niet verbaal kan uiten. Dan moet je echt goed weten hoe je dat gedrag kunt interpreteren” (medewerker A).

Een medewerker uit organisatie B gaf aan dat gedrag soms op het eerste gezicht problematisch lijkt, maar wanneer men begrijpt wat iemand probeert te communiceren of wat iemand nodig heeft, dat dan de interpretatie verandert. Binnen organisatie C werd benoemd dat het overdragen van kennis aan naasten niet altijd structureel gebeurt. Medewerkers gaven als oplossing aan dat het gezamenlijk begrijpen van het programma, de samenwerking met verwanten zou kunnen verbeteren. Het ontbreken van een vast startmoment werd hierbij als gemis genoemd.

“Er is niet echt een moment waarop je samen met verwanten goed uitlegt wat het programma inhoudt. Het komt er een beetje tussen in” (medewerker, organisatie C).

Het thema training en scholing werd 39 keer gecodeerd, vrijwel uitsluitend vanuit organisatie B (36 keer). In organisatie A werd niet gesproken over training en scholing en in organisatie C werd dit thema drie keer benoemd.

Medewerkers uit organisatie B benoemden dat zij bij de start een training volgden en dat dit hen hielp om inzicht te krijgen in de kernelementen van het programma en in de vertaling ervan naar de praktijk. Tegelijkertijd werd aangegeven dat deze training slechts eenmalig was en dat daarna geen herhaling of bijscholing plaatsvond. Hierdoor zakte de kennis bij hen in de loop der tijd weg en werd het moeilijker het programma consequent toe te passen. Daarnaast werd benoemd dat niet alle disciplines automatisch worden meegenomen in de scholing.

“Ik heb ooit in het begin Perspectief gehad, daarna eigenlijk nooit meer” (medewerker, organisatie B).

Het thema vaardigheden werd in totaal 48 keer gecodeerd. In alle drie de organisaties werd gesproken over het belang van vaardigheden als observeren, signaleren, interpreteren van gedrag en het methodisch toepassen van inzichten in de praktijk. Deze vaardigheden zijn volgens medewerkers nodig om werkdoelen op te stellen, observaties te doen en doelen bij te stellen volgens het stappenplan van Programma Perspectief.

“Door heel bewust te kijken kan je de cliënt beter lezen en ook zijn regie op de wereld verbreden” (medewerker, organisatie A).

Er werd tijdens de focusgroepsgesprekken aangegeven dat deze vaardigheden vooral in de praktijk ontstaan. Er werd daarnaast benoemd dat het oefenen en versterken van deze vaardigheden binnen teams te weinig aandacht krijgt voor het ontwikkelen van deze vaardigheden.

“We bespreken gedrag wel, maar hoe je het goed waarneemt of wat je eruit haalt, dat leren we eigenlijk niet echt” (medewerker, organisatie B).

Samenvattend blijkt uit het element capaciteit duidelijk dat kennis, training en vaardigheden belangrijke voorwaarden zijn om Programma Perspectief toe te kunnen passen. Scholing werd benoemd in relatie tot feitelijke kennis, terwijl vaardigheden vooral in de praktijk worden opgedaan. Deze vaardigheden worden breed erkend, maar zijn kwetsbaar als er binnen teams weinig expliciete aandacht voor is.

Gelegenheid

Binnen het element gelegenheid zijn zeven thema's onderscheiden: draagvlak, fysieke omgeving, middelen, organisatorische structuur en cultuur, samenwerking, steun, systemen, tijdsdruk en verwachtingen van collega's. In totaal werden 562 fragmenten binnen dit element gecodeerd, wat overeenkomt met 62,10% van alle codes. Gelegenheid was daarmee het meest gecodeerde element.

Het thema draagvlak werd 79 keer gecodeerd. In alle drie de organisaties werd door medewerkers benoemd dat gedeeld draagvlak in een team noodzakelijk is voor het succesvol werken met Programma Perspectief. Wanneer niet iedereen het programma ondersteunt, dan blijkt dit belemmerend te werken.

“Je kunt het zelf wel willen, maar als de anderen in het team niet meegaan, dan wordt het heel lastig. Dan ben je een beetje alleen aan het trekken” (medewerker, organisatie B).

In het focusgroepsgesprek met organisatie A werd benoemd dat een succesvolle samenwerking mede afhankelijk is van de betrokkenheid van therapeuten of gedragsdeskundigen. Een medewerker uit organisatie A gaf aan dat het kan voelen alsof je er alleen voor staat wanneer zij niet actief meedenken.

Fysieke omgeving werd in totaal drie keer gecodeerd en werd niet expliciet genoemd als belemmerend of ondersteunend. Het thema middelen werd in totaal 14 keer gecodeerd, wat neerkomt op 1,3% van alle fragmenten. Het werd genoemd in relatie tot praktische randvoorwaarden zoals beschikbaarheid van materialen, ruimte en ICT-voorzieningen.

“Soms heb je gewoon niet de spullen of de ruimte om het goed uit te voeren” (medewerker, organisatie B).

Het thema organisatorische structuur en cultuur werd met 252 coderingen het vaakst genoemd binnen dit element, 62,10% van alle coderingen. In organisatie A was er sprake van een duidelijke structuur met vaste overlegmomenten voor het bespreken van werkdoelen en de voortgang.

“Wij hebben elke maand werkdoeloverleg. Iedereen uit ons team is daarbij, dus je bent altijd op de hoogte van wat er speelt” (medewerker, organisatie A).

In organisatie B varieerde dit sterk per team. In organisatie C werd bij de start van de implementatie een kernteam opgericht dat bestond uit verschillende disciplines, maar in de

loop van de tijd nam de activiteit van het kernteam af en kwam de verantwoordelijkheid steeds meer bij de individuele teams te liggen. Tegelijkertijd werd benoemd dat personeelwisselingen, met name onder gedragswetenschappers en teamleiders, de borging van het programma lastig maakten. Een medewerker uit organisatie B gaf aan dat er in het afgelopen jaar drie gedragswetenschappers waren geweest.

Het thema samenwerking werd in totaal 70 keer gecodeerd. In alle drie de organisaties werd benoemd dat een goede samenwerking binnen teams en met andere disciplines van belang is. Verschillen in visie of moeizame communicatie werden als belemmerend ervaren.

Steun vanuit de organisatie of leidinggevende werd in 35 fragmenten genoemd. Deze uitspraken kwamen voornamelijk uit organisatie B (21 keer). Medewerkers gaven aan zich gesteund te voelen door hun leidinggevende of manager, wat hielp om met vertrouwen met Programma Perspectief te werken.

In totaal werden 67 coderingen toegekend aan het thema systemen. Dit komt neer op 6,24% van alle fragmenten. Medewerkers benoemden de rol van registratiesystemen en andere digitale hulpmiddelen bij het vastleggen en volgen van doelen. Sommige systemen bleken niet zo geschikt voor het werken met Programma Perspectief. Binnen organisatie B werd specifiek het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD) genoemd en vertelde een medewerker:

“Caress, ons ECD, is niet ingericht op werkdoelen. We moeten echt zoeken naar manieren om het erin te zetten” (medewerker, organisatie B).

Tijdsdruk kwam in totaal in 41 fragmenten naar voren. In organisatie A werd dit thema 22 keer benoemd. Medewerkers gaven aan dat er te weinig tijd was om goed met het programma aan de slag te gaan. Er werd benoemd dat je vaak tussen de bedrijven door de doelen moet uitwerken, maar dat je er eigenlijk liever even rustig samen voor wilt gaan zitten.

Samenvattend blijkt uit het element gelegenheid zien dat randvoorwaarden, teamafspraken en beschikbare tijd en middelen belangrijke factoren zijn voor het goed uitvoeren van Programma Perspectief.

Motivatie

Het element motivatie werd in totaal 176 keer gecodeerd, wat neerkomt op 19,45% van alle uitspraken. Binnen dit element zijn zes thema's onderscheiden, namelijk: (financiële)

beloning, eerdere ervaringen, emotionele betrokkenheid, erkenning, overtuigingen en persoonlijke waarden.

Beloning en eerdere ervaringen werden in alle drie de focusgroepsgesprekken nauwelijks besproken. In totaal werd beloning 9 keer benoemd in de focusgroepsgesprekken en eerdere ervaringen 5 keer in totaal van alle fragmenten.

Het thema emotionele betrokkenheid werd in alle drie de organisaties besproken. Medewerkers gaven aan zich verbonden te voelen met de cliënten, wat hun motivatie vergrootte om zorgvuldig met het programma te werken. In organisatie A werd dit thema 24 keer genoemd, in organisatie B 20 keer en in organisatie C 10 keer.

“Je kijkt echt naar het individu en dat is wel heel mooi.” (Medewerker uit organisatie B).

Erkenning werd in totaal 9 keer besproken. In organisatie A en B 2 keer en in organisatie C werd erkenning 5 keer genoemd. Medewerkers benoemden dat zij zich gewaardeerd voelden voor hun inzet, maar dat dit niet altijd tot uiting kwam in de manier waarop de organisatie zaken had geregeld.

In alle drie de organisaties werden overtuigingen het vaakst benoemd binnen dit element. Medewerkers spraken over hun visie op zorg en hun eigen professionele verantwoordelijkheid. Deze overtuigingen motiveerden hen om met Programma Perspectief te werken.

Persoonlijke waarden in relatie tot het werken met Programma Perspectief kwamen minder aan bod tijdens de focusgroepsgesprekken, namelijk in totaal 2 keer. In organisatie A werd persoonlijke waarden niet genoemd, in organisatie B en C werden persoonlijke waarden 1 keer genoemd in relatie tot het serieus nemen van de behoeften van de cliënt en het bieden van passende zorg en kwalitatief goede zorg.

Samenvattend laat het element motivatie zien dat vooral persoonlijke overtuigingen en emotionele betrokkenheid medewerkers motiveren om met Programma Perspectief te werken.

Ter ondersteuning van bovenstaande bevindingen is er in bijlage 5 een overzicht opgenomen van de frequentie van de gecodeerde elementen van het COM-B-model en bijbehorende thema's per organisatie.

Conclusie en discussie

In dit onderzoek is onderzocht welke gedragsfactoren, geanalyseerd vanuit het COM-B-model, van invloed zijn op de praktijkkeuzes van zorgprofessionals om af te wijken van de werkwijze van Programma Perspectief. De resultaten laten zien dat het gedrag van zorgprofessionals wordt beïnvloed door een samenspel tussen voldoende kennis en vaardigheden (capaciteit), een ondersteunende werkomgeving (gelegenheid) en de aanwezigheid van motivatie. Van deze drie elementen bleek gelegenheid de grootste invloed te hebben op het gedrag van zorgprofessionals. Wanneer randvoorwaarden zoals tijd, samenwerking, structuur en draagvlak ontbreken, wordt het moeilijker om Programma Perspectief op een juiste manier toe te passen.

Uit de resultaten komt naar voren dat kennis over het programma en over de doelgroep niet altijd voldoende geborgd is. Scholing is niet vanzelfsprekend voor alle disciplines en herhalingstrainingen ontbreken vaak. Vaardigheden zoals observeren en interpreteren krijgen binnen teams weinig structurele aandacht.

Tegelijkertijd laat dit onderzoek zien dat motivatie voor zorgprofessionals een belangrijke drijfveer is voor het werken met mensen met (Z)EVMB. Ze handelen vanuit emotionele betrokkenheid en vakinhoudelijke overtuigingen. Echter, dit is niet voldoende als de omgeving dit gedrag niet ondersteunt. Dit onderzoek maakt duidelijk dat het volgen van de richtlijnen van Programma Perspectief niet afhankelijk is van een enkele factor, maar van de samenhang tussen capaciteit, gelegenheid en motivatie. Pas wanneer deze elementen met elkaar in balans zijn, ontstaat ruimte voor duurzaam en methodisch werken.

De resultaten uit het onderzoek sluiten grotendeels aan bij de literatuur die is besproken in de inleiding. Fixsen et al. (2021) beschrijven dat factoren als kennis, ervaring, motivatie en de omgeving invloed hebben op hoe zorgprofessionals hun werk uitvoeren. Deze bevinding komt overeen met de resultaten uit dit onderzoek, waarin alle drie de elementen vanuit het COM-B-model: capaciteit, gelegenheid en motivatie een rol bleken te spelen bij het al dan niet toepassen van Programma Perspectief. Zoals ook beschreven door West en Michie (2020) bleek uit de analyse dat de mate waarin deze elementen invloed hebben per situatie verschilt.

In de focusgroeps gesprekken werd herhaaldelijk benoemd dat kennis over zowel Programma Perspectief als over de doelgroep belangrijk is om de voorgeschreven werkwijze van Programma Perspectief toe te passen. Ontbrekende kennis en onvoldoende vaardigheden

maken het moeilijker om methodisch te werken. Deze bevinding sluit aan bij de beschrijving van het element capaciteit in het COM-B-model van Michie et al. (2011).

Over het element gelegenheid spraken participanten uitgebreid in de focusgroepsgesprekken. Participanten noemden verschillende factoren vanuit de werkomgeving zoals organisatorische structuur en de mate van steun vanuit leidinggevenden, die het op een effectieve manier toepassen van Programma Perspectief beïnvloeden. Deze bevindingen sluiten aan bij bestaande literatuur waarin wordt benadrukt dat externe factoren een bepalende invloed hebben op de toepassing van zorginterventies (Damschroder et al., 2009; Damschroder et al. 2019; Greenhalgh et al., 2004; Grol&Wensing, 2004).

Het COM-B-model omschrijft gelegenheid als de fysieke en sociale omgeving die gedrag mogelijk maakt of juist belemmert (Michie et al., 2011; West & Michie, 2020). Dit komt overeen met de sociaal-cognitieve theorie van Bandura (1991) en sluit aan bij de bevindingen uit de focusgroepsgesprekken. Daarin werd benoemd dat omgevingsfactoren zoals organisatorische structuur en de mate van steun vanuit leidinggevenden van invloed zijn op het juist toepassen van het programma. Ook werd het belang van structurele overlegmomenten rondom werkdoelen benoemd als bevorderend voor de toepassing van het programma. Wanneer deze structuur ontbreekt, blijkt het werken volgens het programma minder vanzelfsprekend. Dit sluit aan bij de literatuur waarin wordt benadrukt dat structurele organisatorische ondersteuning, zoals teamoverleg en reflectie van belang is voor het duurzaam implementeren van zorginterventies (Fixsen et al., 2021).

Motivatie is een van de drie elementen die volgens het COM-B-model invloed heeft op het gedrag van zorgprofessionals (Michie et al., 2011; West & Michie, 2020). Tijdens de focusgroepsgesprekken deden participanten uitspraken over hun intrinsieke motivatie, zoals persoonlijke overtuigingen en hun betrokkenheid bij de cliënt. De nadruk op intrinsieke motivatie past bij de zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000), waarin wordt aangenomen dat motivatie toeneemt wanneer de basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid vervuld zijn. De verbondenheid met cliënten en het gevoel competent te zijn in het begeleiden van mensen met een (Z)EVMB lijken belangrijke motieven te zijn.

Uitspraken over extrinsieke motivatie, zoals financiële beloning of erkenning, kwamen nauwelijks voor. Dit wijkt enigszins af van de literatuur waarin wordt aangegeven dat motivatie beïnvloed wordt door zowel persoonlijke ervaringen en overtuigingen als ook door externe factoren zoals waardering en (financiële) beloning (Fixsen et al., 2021).

Tot slot sluit de Theory of Planned Behavior deels aan bij de bevindingen van dit onderzoek. Deze theorie gaat ervan uit dat het vertrouwen in eigen kunnen een belangrijke

voorspeller is van de intentie om gedrag daadwerkelijk uit te voeren (Ajzen, 1991). Dit komt deels overeen met de resultaten, waarin duidelijk werd dat zowel capaciteit als motivatie van invloed zijn bij het toepassen van Programma Perspectief. Dit onderzoek laat zien dat omgevingsfactoren een grotere rol spelen dan de Theory of Planned Behavior veronderstelt.

Methodologische beperkingen

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen waar rekening mee gehouden dient te worden, ten eerste de manier waarop de data zijn verzameld. De focusgroepsgesprekken leverden waardevolle informatie op. Een voordeel van deze methode is dat de onderzoeker verschillende mensen tegelijkertijd kan spreken. Daarnaast kunnen deelnemers elkaar inspireren en aanvullen. Dit kan voor meer diepgang en discussie zorgen (Baarda et al., 2023; Morgan, 1997). Ook biedt een focusgroep de mogelijkheid om interacties te observeren tussen de groepsleden en gezamenlijke perspectieven te ontdekken wat waardevolle informatie oplevert over sociale dynamieken (Kitzinger, 1995). Echter, deze vorm van dataverzameling kan ook invloed hebben op de antwoorden die mensen geven tijdens deze groepsgesprekken. In een groep met anderen is het soms lastig voor mensen om hun eigen mening te geven wanneer deze bijvoorbeeld afwijkt van de mening van de rest van de groep. De sfeer in een groep kan er daarnaast voor zorgen dat participanten hun standpunt aanpassen aan datgene wat zij denken dat de groep van hen verwacht, of dat zij bepaalde gevoelige onderwerpen vermijden (Onwuegbuzie et al., 2009). Het is mogelijk dat sommige antwoorden sociaal wenselijk waren of voorzichtiger geformuleerd zijn dan wanneer iemand individueel was geïnterviewd. Volgens Kitzinger (1995) kunnen hierdoor sommige opvattingen, vooral kritische of afwijkende meningen, onderbelicht blijven. Een mogelijke manier om de invloed van de groepsdynamiek te verkleinen, is om naast de focusgroepsgesprekken individuele interviews te gebruiken als aanvullende methode.

Een ander punt om bij stil te staan is de betrouwbaarheid van de codering. Hoewel de peer debriefing heeft geholpen om de betrouwbaarheid van deze analyse te verhogen, heeft deze methode ook zijn beperkingen (Fenzi et al., 2025). De medestudent waarmee ik de analyse heb besproken, was niet volledig op de hoogte van de precieze inhoud van de data. Daarnaast is de codering door één onderzoeker uitgevoerd, wat de kans vergroot dat bepaalde nuances zijn gemist of dat er een beperkte blik is geweest op de data. Hierdoor is het mogelijk dat niet alle interpretaties zijn meegenomen. Het is dan ook belangrijk de resultaten met enige voorzichtigheid te bekijken. Het inzetten van een tweede codeur kan de betrouwbaarheid verder verhogen.

Tot slot was er bij het focusgroepsgesprek met organisatie A een technisch probleem. De camera viel een paar minuten voor het einde van het gesprek uit. In organisatie B moesten twee medewerkers het gesprek voortijdig verlaten. Het kan zijn dat daardoor zaken zijn gemist.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek kunnen er aanbevelingen worden gedaan voor zowel de dagelijkse praktijk als voor vervolgonderzoek. Deze inzichten kunnen aanvullende informatie opleveren die positief bijdraagt aan een duurzame implementatie van interventies zoals Programma Perspectief.

Uit de focusgroepsgesprekken kwam naar voren dat het ontbreken van een organisatorische structuur en afstemming het werken met Programma Perspectief belemmert. Het inrichten van een heldere werkstructuur met vaste overlegmomenten rondom doelen en voortgang draagt bij aan een consistente uitvoering van het programma. Daarnaast kan het aanstellen van een coördinator die het gebruik van Programma Perspectief bewaakt, zorgen voor continuïteit, vooral in tijden van personeelsverloop. Dit sluit aan bij Dickson et al. (2022), die aangeven dat het ontbreken van duidelijke rollen en vaste overlegmomenten de uitvoering van zorgprogramma's belemmert. Zij benadrukken het belang van structuur en taak- en rolverdeling om consistentie te waarborgen, waarbij een coördinerende rol helpend kan zijn bij personeelsverloop of beperkte tijd.

Uit de resultaten van het onderzoek bleek dat eenmalige scholing bij de start van het programma niet voldoende is om de kennis van Programma Perspectief op peil te houden. Een aanbeveling voor de praktijk zou dan ook zijn om als organisatie te zorgen voor structurele scholing en dit regelmatig te herhalen. Zo blijft het werken met Programma Perspectief onder de aandacht van zorgprofessionals en sluit het beter aan bij wat zij nodig hebben in de dagelijkse praktijk (Fixsen et al., 2021). Onderzoek toont aan dat scholing het meeste effect heeft als het niet een losstaande activiteit is, maar onderdeel uitmaakt van een structureel en herhaald implementatiebeleid binnen de organisatie. Dit draagt bij aan een duurzame gedragsverandering en borging van interventies zoals die van Programma Perspectief (Buljac-Samardzic et al., 2020; Fixsen et al., 2021).

Uit de resultaten kwam eveneens naar voren dat samenwerking binnen teams en ook tussen verschillende disciplines de toepassing van Programma Perspectief in de praktijk beïnvloedt. Daarom is het belangrijk dat organisaties ruimte maken voor structurele overlegmomenten, gezamenlijke reflectie en goede afstemming met de betrokkenen. Dit kan

een positieve bijdrage leveren aan het versterken van de samenwerking binnen en tussen teams. Ook het betrekken van naasten vraagt om structurele afstemming, bijvoorbeeld door bij de start van de zorg samen het programma toe te lichten en doelen op te stellen (Buljac-Samardzic et al., 2020). Poppes et al. (2021) benadrukken dat multidisciplinaire samenwerking essentieel is om persoonsgerichte zorg vorm te geven.

Uit de resultaten blijkt daarnaast dat de systemen waarmee gewerkt wordt, invloed hebben op de toepassing van Programma Perspectief in de dagelijkse praktijk. Onderzoek toont aan dat gebrekkige aansluiting van digitale systemen leidt tot een hogere werkdruk en frustratie bij het uitvoeren van zorgtaken bij professionals (Kaihlanen et al., 2023). Het is dan ook belangrijk om de werkwijze van Programma Perspectief beter te integreren binnen bestaande digitale systemen. Dit kan bijdragen aan de gebruiksvriendelijkheid van de werkwijze van Programma Perspectief in het dagelijks handelen.

Tot slot zou het wenselijk zijn om in vervolgonderzoek dieper in te gaan op de invloed van organisatorische structuur op de toepassing van Programma Perspectief. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat duidelijke afspraken, vaste overlegmomenten, goede samenwerking binnen en tussen teams en continuïteit in begeleiding belangrijke voorwaarden zijn voor een duurzame toepassing van het programma. Vervolgonderzoek kan zich richten op hoe organisaties deze structuur het beste kunnen vormgeven en borgen. Dit sluit goed aan bij de bevindingen van Dickson et al. (2022), die in hun onderzoek laten zien dat het gebruik van een gestructureerde aanpak, zoals implementation mapping, kan helpen om organisatorische knelpunten in kaart te brengen en gerichte verbeterstrategieën te ontwikkelen.

De kracht van Programma Perspectief ligt niet alleen in de inhoud van de interventie, maar vooral in de manier waarop deze in de dagelijkse praktijk wordt toegepast. Wat zorgprofessionals nodig hebben om methodisch te kunnen werken is een duidelijke structuur, voldoende tijd, passende scholing en steun vanuit de organisatie. Pas wanneer deze voorwaarden aanwezig zijn, kunnen kennis en motivatie ook daadwerkelijk tot uiting komen in het handelen. Dit vormt een belangrijke basis voor het duurzaam toepassen van Programma Perspectief en vergelijkbare interventies in de zorg voor mensen met (Z)EMVB.

Literatuurlijst

- Adriaansen, M. (2022). Leren implementeren. *TVZ - Verpleegkunde in Praktijk en Wetenschap*, 132(6), 8–12. <https://doi.org/10.1007/s41184-022-1779-4>
- Ajzen, I. (1991). Theory of Planned Behavior. *The Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t)
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Kostelijk, E., & Van der Velden, T. (2023). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (5e ed.). Noordhoff Groningen.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90022-1](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90022-1)
- Bemelmans, W., Voss, H., Francke, A. (2022). *Implementatie van erkende effectieve interventies in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg*. Nivel.
<https://www.nivel.nl/nl/publicatie/implementatie-van-erkende-effectieve-interventies-de-ouderenzorg-en-gehandicaptenzorg-de>
- Bloemendal, E., Weenink, J., Harmsen, M., & Mistiaen, P. (2011). Naleving van Nederlandse richtlijnen: Een systematische review. Nivel.
<https://www.narcis.nl/publication/RecordID/publicat%3A1002074>
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D., & Van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human Resources For Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- De Jong, W., Poppes, P., Jansen, S. L. G., & Van Der Putten, A. A. J. (2022). Een analyse van de ervaren problemen in de ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan Mensen met een Verstandelijke Beperking*, 48(2), 62–71.
https://www.ntzonline.nl/art/50-703_Een-analyse-van-de-ervaren-problemen-in-de-ondersteuning-van-mensen-met-zeer-ernstige-verstandelijke-en-meervoudige-beperkingen

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/s15327965pli1104_01
- Devi, B., Khandelwal, B., & Das, M. (2017). Application of Bandura’s social cognitive theory in the technology enhanced, blended learning environment. *International Journal Of Applied Research*, 3(1), 721–724.
<https://www.allresearchjournal.com/archives/2017/vol3issue1/PartJ/3-1-145-668.pdf>
- Dickson, K. S., Holt, T., & Arredondo, E. (2022). Applying implementation mapping to expand a care coordination program at a Federally Qualified Health Center. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.844898>
- Fenzi, G., Alemán-Jiménez, C., Cayuela-Fuentes, P. S., Segura-López, G., Leal-Costa, C., & Díaz-Agea, J. L. (2025). The expository phase of debriefing in clinical simulation: a qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03067-z>
- Fixsen, A. A., Aijaz, M., Fixsen, D. L., Burks, E., & Schultes, M. T. (2021). Implementation frameworks: An analysis. *Active Implementation Research Network*.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., Van Dyke, M., & Wallace, F. (2009). Implementation: The missing link between research and practice. *NIRN implementation brief*, 1(1), 218-227.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6de ed.). SAGE Publications Limited.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00325.x>
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients’ care. *The Lancet*, 362(9391), 1225–1230.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14546-1)
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *The Medical Journal of Australia*, 180(S6).
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2004.tb05948.x>
- Hoogsteyns, M., Zaal-Schuller, I., Huisman, S., Nieuwenhuijse, A. M., Van Etten-Jamaludi, F., Willems, D., & Kruithof, K. (2023). Tacit knowledge in dyads of persons with profound intellectual and multiple disabilities and their caregivers: An interpretative

- literature study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(5), 966–977. <https://doi.org/10.1111/jar.13134>
- Hulsebosch, J., & Wielers, R. (2018). Ongelijkheid en verschillen in intrinsieke en extrinsieke arbeidsmotivatie. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 34(2). <https://doi.org/10.5117/2018.034.002.007>
- Kaihlanen, A., Laukka, E., Nadav, J., Närvänen, J., Saukkonen, P., Koivisto, J., & Heponiemi, T. (2023). The effects of digitalisation on health and social care work: a qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09730-y>
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-1>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Landelijke Stuurgroep Kwaliteitskompas Gehandicaptenzorg. (2023). In *Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Geraadpleegd op 6 maart 2025, van https://www.vgn.nl/system/files/2023-08/kwaliteitskompas-GHZ_augustus2023_DEF.pdf
- Lucassen, P., Hartman, T. O., St Radboud, U., & Genootschap, N. H. (2015). *Kwalitatief onderzoek: Praktische methoden voor de medische praktijk*. Springer.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. SAGE. <https://doi.org/10.4135/9781412984287>
- Nakken, H., & Vlaskamp, C. (2007). A need for a taxonomy for profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4(2), 83–87. <https://doi.org/10.1111/j.1741-1130.2007.00104.x>
- Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Academische werkplaats EMB. (2023, 30 januari) Onderzoek Programma perspectief.

Geraadpleegd op 9 november 2024, van <https://aw-emb.nl/nieuws/onderzoek-programma-perspectief>

Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 1–21.
<https://doi.org/10.1177/160940690900800301>

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2013). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>

Peters, D. H., Tran, N. T., Adam, T., World Health Organization, & Alliance for Health Policy and Systems Research. (2013). Implementation Research in Health: A Practical guide. In *Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/91758/9789241506212_eng.pdf?sequence=1

Petry, K., Maes, B., & Vlaskamp, C. (2005). Domains of Quality of Life of People with Profound Multiple Disabilities: The Perspective of Parents and Direct Support Staff. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18(1), 35–46.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00209.x>

Poppes, P., Van der Putten, A. A. J., & Vlaskamp, C. (2021). *Programma Perspectief: Voor avontuurlijke zorgprofessionals*. Academische Werkplaats EMB.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54–67.
<https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>

Van der Putten, A. A. J. (2018). Anders kijken en gezien worden: Ondersteuning van mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*. 2, 131-144.

Van der Putten, A., Vlaskamp, C., Luijckx, J. & Poppes, P. (2017). *Kinderen en volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen: Tijd voor een nieuw perspectief* [position paper Rijksuniversiteit Groningen. Position Paper Research Centre EMB

- Van der Putten, A., Vlaskamp, C., & Poppes, P. (2008). The Content of Support of Persons with Profound Intellectual and Multiple Disabilities: An Analysis of the Number and Content of Goals in the Educational Programmes. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(4), 391–394. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00469.x>
- Verhoeven, N. (2023). *Thematische analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (2e ed.). Boom.
- Vlaskamp, C. (1993). *Een kwestie van perspectief: Methodieontwikkeling in de zorg voor ernstig meervoudig gehandicapten*. Van Gorcum.
- Vlaskamp, C., Poppes, P., & Zijlstra, H. (2005). *Levensloop in perspectief. Ondersteuningsprogramma's voor volwassenen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Van Gorcum. Bohn Stafleu van Loghum. (2018). Wat werkt bij implementatie van sociale interventies. *Zorg + Welzijn*, 24(5), 23. <https://doi.org/10.1007/s41185-018-0070-6>
- West, R., & Michie, S. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*. <https://doi.org/10.32388/ww04e6>
- Willmott, T. J., Pang, B., & Rundle-Thiele, S. (2021). Capability, opportunity, and motivation: An across contexts empirical examination of the COM-B model. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11019-w>

Bijlage 1

Codeboom

Thema's	Sub thema's	Omschrijving
Capaciteit	Kennis	Kennis en begrip van de methodiek van PP
	Vaardigheden	Competent in het gebruik van de werkwijze en hulpmiddelen van PP, kunnen reflecteren op eigen handelen en dat van collega's
	Training en scholing	Beschikbaarheid en behoefte van (na)scholing
Gelegenheid	Draagvlak	Ondersteuning en aanvaarding bij het werken met PP van de organisatie, collega's en leidinggevende
	Fysieke omgeving	Veilige werkplek, voldoende ruimte, voldoende faciliteiten
	Middelen	Voldoende hulpmiddelen, systemen
	Organisatorische structuur en cultuur	Duidelijke richtlijnen en beleid binnen de organisatie, de waarden, normen en visie van de organisatie, manier van werken met PP
	Samenwerking	Mate van samenwerking met andere disciplines/ collega's/ naasten, gevoel van het samendoen, samen verantwoordelijk zijn voor de ondersteuning
	Steun	Actieve betrokkenheid van leidinggevende en collega's
	Systemen	Toegankelijke en gebruiksvriendelijke systemen
	Tijdsdruk	Beschikbaarheid van voldoende tijd in het werken met PP
	Verwachtingen	Duidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden bij het werken met PP
Motivatie	(Financiële) beloning	Tastbare beloningen zoals voldoende salaris, niet tastbare beloningen zoals waardering en complimenten
	Emotionele betrokkenheid	Gevoel van voldoening in het werken met PP
	Eerdere ervaringen	Positieve en negatieve eerdere ervaringen die invloed hebben op de huidige situatie
	Erkenning	Waardering van collega's, leidinggevende, verwanten en andere betrokkene
	Overtuigingen	Mate van geloof in het werken met en de effectiviteit van PP, ideeën over PP
	Persoonlijke waarden	Persoonlijke waarden en drijfveren

Bijlage 2

Gespreksleidraad voor focusgroep organisatie A

Wat fijn dat jullie allemaal aanwezig zijn bij dit groepsgesprek. Mijn naam is (naam verwijderd). Ik werk als junior onderzoeker bij de Academische Werkplaats EMB en ben betrokken bij een onderzoek over werken met Programma Perspectief. Ik ben hier vandaag samen met mijn collega (naam verwijderd). Zij is projectleider van het onderzoek.

We doen dit onderzoek omdat er geluiden uit de praktijk komen dat organisaties die met Programma Perspectief zijn gaan werken, zouden afwijken van de werkwijze. In dit onderzoek proberen we grip te krijgen op hoe en waarom dat gebeurt. Zo hopen we het werken met Programma Perspectief te kunnen verbeteren en beter te kunnen aansluiten op de behoeften van de praktijk. Dit focusgroepsgesprek is een onderdeel binnen het onderzoek. We houden in totaal 3 gesprekken: één op jullie locatie, één op een locatie van 's Heeren Loo en één op een locatie van Koninklijke Visio. We willen graag in gesprek over hoe jullie werken op jullie locatie, waarom jullie dit zo doen en wat jullie ervaringen zijn met werken met Programma Perspectief.

Voordat we beginnen wil ik nog een paar dingen benoemen. Jullie ervaringen en meningen zijn voor ons onderzoek enorm waardevol. We hopen dan ook dat jullie deze vandaag zouden willen delen met ons. Wel is jullie deelname aan dit gesprek helemaal vrijwillig. Als je dus niet (meer) mee wil doen, mag je altijd stoppen. Ik wil benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn; we willen een goed beeld krijgen van jullie werkwijze, dus voel je dus vrij om te zeggen wat je denkt of vindt, ook als je het bijvoorbeeld oneens bent met iemand anders. Breng vooral uit jezelf dingen in tijdens het gesprek als je iets wil vertellen over een onderwerp of als je op iemand anders wil reageren. Dit vinden we juist fijn, je hoeft niet te wachten tot je de beurt krijgt.

Jullie hebben in het toestemmingsformulier aangegeven dat het akkoord is als wij een video (of audio) -opname maken van het gesprek. De opname zetten we zo meteen aan. Dit doen we zodat we zeker weten dat we alle besproken informatie meenemen en wij ons kunnen focussen op het gesprek zelf. Bij het uitwerken van het gesprek zullen we in eerste instantie alleen de audio beluisteren, maar als we bijvoorbeeld twijfelen over wie vanuit welke functie of rol iets heeft gezegd, kunnen we het beeld er even bij pakken. We gaan vertrouwelijk om met de opname en alles wat we vandaag bespreken. De opname wordt veilig opgeslagen in de beveiligde omgeving van Rijksuniversiteit Groningen. Alleen de mensen die aan het onderzoek

werken hebben hier toegang toe. De informatie wordt gebruikt voor het onderzoek en is straks niet terug te leiden naar jou als individu.

Ik verwacht dat het gesprek ongeveer 1,5 tot 2 uur zal duren. We nemen tussendoor een pauze. Hebben jullie nog vragen voordat we beginnen?

Opening

Kan iedereen zichzelf even kort voorstellen?

Naam, functie/rol, hoe lang je werkzaam of betrokken bent bij deze organisatie

Hoofdvragen

Overstap PP en concurrentie

[Vorm: briefjes verzamelen en op flipover/bord plakken. Gegeven cijfers samenvatten, hoe bevalt het deze mensen? Iedereen zijn/haar cijfer laten toelichten.]

Jullie zijn nog niet zo lang geleden overgestapt naar Programma Perspectief. Wij zijn benieuwd hoe jullie hiermee werken en hoe dit bevalt. Voordat we op verschillende onderwerpen dieper ingaan, willen we jullie nu eerst vragen om voor jezelf eens na te denken over hoe Programma Perspectief jou bevalt (5 min).

1. Geef op het gele briefje (post-it) een cijfer voor hoe werken met Programma Perspectief jou bevalt. Cijfer 1 is heel slecht, cijfer 10 is heel goed.
2. Schrijf op het groene briefje wat jou goed bevalt aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.
3. Schrijf op het rode briefje wat jou minder goed bevalt aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.

[Vorm: klassikaal]

4. Zijn er naast Programma Perspectief nog andere ondersteuningsmethoden waar jullie mee werken, of waarvan jullie hebben overwogen om er mee te gaan werken?

Welke, waarom, welke verschillen zie je met PP

Visie [Vorm: klassikaal]

5. Wat wil je graag bereiken bij jullie cliënten met (Z)EVMB, met de ondersteuning die je ze biedt?

Wat wens je ze toe? Waarom vind je dat belangrijk? Gedeelde visie onder collega's of verschillend?

Samenwerking collega's

[Vorm: klassikaal, op flipover/bord in het midden PP schrijven en daaromheen de disciplines die genoemd worden voor visualisatie]

6. Welke disciplines zijn er bij jullie allemaal betrokken bij Programma Perspectief?

*Wonen, dagbesteding, gedragswetenschappers, therapeuten,
teamleiders/managers, naasten, anderen?*

7. We begrepen dat de therapeuten bij Sprank extern zijn, ze zijn niet in dienst bij Sprank zelf. Bij één cliënt (MV) zagen we bijvoorbeeld dat er input is van een bewegingsagoog in het persoonsbeeld en bij de perspectiefbespreking, bij de andere cliënten bleek dit niet. Kunnen jullie wat vertellen over de rol van therapeuten bij Programma Perspectief?

Wanneer wordt een therapeut wel of niet betrokken, wie bepaalt dat, werken ze ook met werkdoelen mee aan PP, hoe ziet de samenwerking eruit, hoe bevalt het dat dat op deze manier gebeurt?

In de dossiers kwamen we aantekeningen tegen van multidisciplinaire besprekingen (mido's) over perspectief en hoofddoel.

[Vorm: klassikaal]

8. Wie zijn er betrokken bij zulke besprekingen over perspectief of hoofddoel?

Welke disciplines?

9. Hoe gaat zo'n bespreking precies in zijn werk?

Wat gaat eraan vooraf, welke info wordt verzameld, hoe kom je samen tot een perspectief en hoofddoel?

10. Hoe vinden jullie het om het vaststellen van perspectief en hoofddoel op deze manier te doen? Hoe bevalt dat?

Waarom?

11. In hoeverre lukt het altijd goed om de samenwerking met elkaar op te zoeken voor hoofddoel en perspectief? Verloop dit altijd perfect of zijn er dingen waar je soms tegenaan loopt?

Als goed: hoe komt het dat dat goed lukt, welke dingen dragen daaraan bij?

Als niet altijd goed: waar zou het aan kunnen liggen dat dit soms niet goed lukt? Wat zou er moeten gebeuren zodat dit (nog) beter gaat?

12. Zijn er nog andere momenten waarop jullie multidisciplinair samenwerken?

In welke gevallen? Lukt dit altijd goed, waarom wel/niet?

Samenwerking naasten

[Vorm: klassikaal]

13. Op welke manier zijn naasten bij jullie betrokken bij werken met Programma Perspectief?

Op welke momenten, hoe gaat dat dan? Hoe bevalt dit professionals en de naaste? Waarom wel goed of niet goed?

14. In hoeverre lukt het altijd goed om de samenwerking met elkaar op te zoeken? Zijn er dingen waar je soms tegenaan loopt?

Als goed: hoe komt het dat dat goed lukt, welke dingen dragen daar aan bij?

Als niet altijd goed: waar zou het aan kunnen liggen dat dit soms niet goed lukt? Wat zou er moeten gebeuren zodat dit (nog) beter gaat?

Na pauze: werkdoelen

[Vorm: klassikaal]

In de dossiers zien we dat jullie werkdoelen opstellen, en dat jullie daarbij het werkdoelformulier gebruiken.

15. Wie stellen bij jullie allemaal werkdoelen op?

Welke disciplines (therapeuten we/niet?), rol van gedragswetenschappers bij opstellen?

16. Hoe gebeurt het opstellen van een werkdoel precies?

Op basis van welke informatie? Doet de professional dat in zijn/haar eentje of in overleg met anderen?

[Vorm: in 2 of 3 groepjes onderstaande vragen laten bespreken en antwoorden noteren.

Daarna aan elk groepje vragen wat ze hebben besproken.]

In de dossiers zien we dat het opstellen van ‘technisch goede’ werkdoelen vaak goed gaat, maar nog niet altijd helemaal. Dat betekent dat doelen niet altijd allemaal meetbaar, duidelijk, effectgericht, op redelijke termijn haalbaar of relevant voor/bijdragend aan hoofddoel of perspectief zijn. Bespreek (5 min) in groepjes van 2 of 3 en noteer:

17. Hoe vinden jullie dat het opstellen van werkdoelen gaat? Wat zijn jullie ervaringen hiermee of welke indruk heb je?

18. Hoe zou het kunnen komen dat het opstellen van ‘technisch goede’ werkdoelen nog niet altijd goed gaat?

Hebben jullie ideeën bij wat er nodig zijn of wat zou er moeten veranderen waardoor dit beter gaat?

[Vorm: klassikaal]

In de dossiers zien we dat jullie werkdoelen evalueren aan de hand van evaluatieformulieren, en dat jullie daarbij ook werken met GAS-scores.

19. Hoe gebeurt het evalueren van een werkdoel?

Na hoeveel tijd? Door wie/wie zijn erbij betrokken? Hoe ziet het evaluatiemoment er uit (bespreking of anders)? Hoe bepaal je of het doel behaald is?

20. PP schrijft voor dat je, na 6 weken, het werkdoel evalueert door een GAS-score te geven. We zagen dat jullie GAS al tussentijds gebruiken als rapportagepunt, dus elke keer de GAS rapporteren in plaats van één keer op het einde bij de evaluatie. Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?

In hoeverre is dit een bewuste keuze?

21. Hoe bevalt om tussentijds te rapporteren met GAS, en op het einde een samenvattende GAS-score te geven?

Wat gaat goed en/of waar loop je tegenaan?

Dingen bijhouden in het systeem

[Vorm: eerst een gekleurd kaartje opsteken voor geschiktheid, daarna de getoonde kleuren samenvatten en klassikaal bespreken.]

We zijn benieuwd of jullie het systeem waarin jullie werken en de dossiers bijhouden geschikt vinden voor werken met Programma Perspectief. Dus of je het idee hebt dat je de werkwijze daar goed in bijhouden/invoeren, of dat je het idee hebt dat dat in dit systeem wel eens lastig is.

22. Steek zo meteen een groen kaartje omhoog als je het systeem over het algemeen geschikt vindt, een rood kaartje als je het systeem over het algemeen niet geschikt vindt en een geel kaartje (post it) als je het systeem op sommige vlakken wel en op sommige vlakken niet geschikt vindt.

23. Op welke vlakken vinden jullie het systeem wel geschikt voor werken met Programma Perspectief?

24. Op welke vlakken vinden jullie het systeem lastig voor werken met Programma Perspectief?

Hebben jullie ideeën bij wat zou er aan het systeem moeten veranderen zodat je nog beter met PP kunt werken?

Het viel ons op dat informatie nog niet altijd goed terug te vinden is in het systeem of niet altijd up to date is. Soms ontbreekt er een upload van een document (werkdoelformulieren,

evaluaties of notulen van perspectief- of hoofddoelbesprekingen), soms zijn gegevens in formulieren niet helemaal goed bijgewerkt (zoals datum, doel of code in het werkdoelformulier of evaluatieformulier) en soms, met name in het begin, werd er niet altijd gerapporteerd op een werkdoel. Hierdoor staat er soms geen informatie of ‘oude’ informatie in het systeem.

25. Hoe zou het kunnen komen dat informatie soms niet in het systeem worden gezet of niet goed wordt bijgewerkt binnen formulieren?

26. Hoe zou het kunnen komen dat het, met name in het begin, soms moeilijk was om goed en altijd te rapporteren op werkdoelen in het systeem?

En hoe gaat dit nu?

27. In hoeverre hebben jullie het idee dat werken met Programma Perspectief lastiger gaat als rapporteren en het uploaden en bijwerken van informatie in het systeem niet goed gebeurt?

Als lastiger: wat zou helpen of wat zou er moeten veranderen om goed te blijven rapporteren en informatie bij te werken en uploaden in het systeem?

Afsluitende vraag

[Vorm: klassikaal, ieder de beurt geven]

28. Als je één ding moet noemen wat je nodig hebt om in de toekomst goed met Programma Perspectief te kunnen (blijven) werken, wat zou dat dan zijn?

We zijn nu aangekomen bij het einde van het groepsgesprek. Wil iemand nog iets kwijt over wat we vandaag besproken hebben? Heel erg bedankt allemaal voor jullie aanwezigheid bij dit gesprek, wij waarderen dit enorm. De informatie heeft ons geholpen om een beter beeld te krijgen van werken met Programma Perspectief en om straks strategieën te kunnen ontwikkelen die helpen om goed met Programma Perspectief te kunnen (blijven) werken.

Bijlage 3

Gespreksleidraad voor focusgroep organisatie B

Wat fijn dat jullie allemaal aanwezig zijn bij dit groepsgesprek. Mijn naam is (naam verwijderd). Ik werk als junior onderzoeker bij de Academische Werkplaats EMB en ben betrokken bij een onderzoek over werken met Programma Perspectief. Ik doe dit samen met (naam verwijderd), projectleider van dit onderzoek, en (naam verwijderd), de betrokken professor vanuit de RUG.

We doen dit onderzoek omdat we graag willen weten hoe er in de praktijk gewerkt wordt met Programma Perspectief, en hoe we ook op lange termijn kunnen zorgen dat men hier goed mee kan blijven werken. We willen beter begrijpen wat professionals nodig hebben om de werkwijze van Programma Perspectief goed te gebruiken in de praktijk, zodat deze methode het meest positieve effect heeft op mensen met EMB. Dit focusgroepsgesprek is een onderdeel binnen het onderzoek. We houden er in totaal 3: één op jullie locatie, en twee bij andere organisaties die ook werken met Programma Perspectief. We willen graag in gesprek over hoe jullie werken op jullie locatie, waarom jullie dit zo doen en wat jullie ervaringen zijn met werken met Programma Perspectief.

Voordat we beginnen wil ik een paar dingen benoemen. Jullie ervaringen en meningen zijn voor ons onderzoek enorm waardevol. We hopen dan ook dat jullie deze vandaag zouden willen delen met ons. Wel is jullie deelname aan dit gesprek helemaal vrijwillig. Als je dus niet (meer) mee wil doen, mag je altijd stoppen. Ik wil benadrukken dat er geen goede of foute antwoorden zijn; we willen een goed beeld krijgen van jullie werkwijze, dus voel je dus vrij om te zeggen wat je denkt of vindt, ook als je het bijvoorbeeld oneens bent met iemand anders. Breng vooral uit jezelf dingen in tijdens het gesprek als je iets wil vertellen over een onderwerp of als je op iemand anders wil reageren. Dit vinden we juist fijn, je hoeft niet te wachten tot je de beurt krijgt.

Jullie hebben in het toestemmingsformulier aangegeven dat het akkoord is als wij een video (of audio) opname maken van het gesprek. De opname zetten we zo meteen aan. Dit doen we zodat we zeker weten dat we alle besproken informatie meenemen en wij ons kunnen focussen op het gesprek zelf. Bij het uitwerken van het gesprek zullen we in eerste instantie alleen de audio beluisteren, maar als we bijvoorbeeld twijfelen over wie vanuit welke functie of rol iets heeft gezegd, kunnen we het beeld er even bij pakken. We gaan vertrouwelijk om met de opname en alles wat we vandaag bespreken. De opname wordt veilig opgeslagen in de

beveiligde omgeving van Rijksuniversiteit Groningen. Alleen de mensen die aan het onderzoek werken hebben hier toegang toe. De informatie wordt gebruikt voor het onderzoek en is straks niet terug te leiden naar jou als individu.

Ik verwacht dat het gesprek ongeveer 1,5 tot 2 uur zal duren. We nemen tussendoor een pauze. Hebben jullie nog vragen voordat we beginnen?

Opening

Kan iedereen zichzelf even kort voorstellen?

Naam, functie/rol, hoe lang je werkzaam of betrokken bent bij deze organisatie

Hoofdvragen

Hoe PP bevalt

1. 's Heeren Loo Bedum is al heel wat jaren geleden begonnen met Programma Perspectief. Wij zijn benieuwd hoe jullie hier mee werken en hoe dit bevalt. Voordat we op verschillende onderwerpen dieper ingaan, willen we jullie nu eerst vragen om voor jezelf eens na te denken over hoe Programma Perspectief jou bevalt (5 min).
 - Geef op het gele briefje (post-it) een cijfer voor hoe werken met Programma Perspectief jou bevalt. Cijfer 1 is heel slecht, cijfer 10 is heel goed.
 - Schrijf op het groene briefje kort wat jou goed bevalt aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.
 - Schrijf op het rode briefje kort wat jou minder goed bevalt aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.

[Vorm: briefjes op de muur laten plakken. Gegeven cijfers samenvatten, hoe bevalt het deze mensen? Cijfers toe laten lichten. Wat bevalt goed en wat minder goed?]

Dragen en steun voor PP

2. In hoeverre heb je het idee dat Programma Perspectief nog 'gedragen' wordt binnen jullie organisatie? Dus: staat iedereen achter deze manier van werken en zet iedereen zich hiervoor in?

Welke lagen/disciplines wel/niet? En hoe zou dat kunnen komen? Stuur het management ervan bovenaf ook op? Wat betekent dat voor werken met Programma Perspectief?

3. Uit de vragenlijst over werken met PP kwam naar voren dat er door professionals niet altijd genoeg steun en hulp wordt ervaren van leidinggevenden of managers bij

werken met PP. Wat heb je als professional nodig qua steun of hulp van je leidinggevende of manager bij werken met PP?

Wat heb jij nodig als begeleider, als gdw'er, als paramedicus? Wat zou een goede manager of leidinggevende daarin moeten doen?

Samenwerking collega's

Een belangrijk element van Programma Perspectief is interdisciplinair samenwerken.

4. Welke disciplines zijn er bij jullie allemaal betrokken bij Programma Perspectief? En welke rollen/functies?

Wonen, dagbesteding, gedragswetenschappers, therapeuten, teamleiders/managers, naasten, anderen?

5. Wat is bij jullie de rol van therapeuten bij Programma Perspectief?

In hoeverre betrokken, wanneer wel of niet, op welke manier? Werken ze aan werkdoelen die bijdragen aan hoofddoel en perspectief? Wie bepaalt dat? Hoe komt het dat het op die manier gaat? En hoe bevalt dat?

6. We zagen in de dossiers dat perspectief en hoofddoel worden besproken en geëvalueerd tijdens planbesprekingen. Hoe gaat zo'n overleg in zijn werk?

Wie zijn erbij betrokken en waarom? Wat gaat eraan vooraf, hoe kom je met elkaar tot een perspectief en hoofddoel? Worden daar nog bepaalde formulieren of hulpmiddelen vanuit PP voor gebruikt (zoals formulier verwachtingen)? Waarom wel/niet, hoe bevalt dat?

7. Hoe vinden jullie dat het interdisciplinair samenwerken rondom Programma Perspectief gaat?

Lukt dat altijd goed, gebeurt het genoeg? Of loop je nog wel eens tegen dingen aan of zijn er verbeterpunten?

Samenwerking naasten

8. Zijn naasten betrokken bij werken met Programma Perspectief?

- Zo ja, op welke manier?

Op welke momenten, hoe gaat dat dan? Hoe bevalt dit professionals en de naaste? Waarom wel goed of niet goed?

- Zo nee, hoe komt dat? Wat zou nodig zijn om naasten meer te betrekken?

9. In hoeverre lukt het altijd goed om de samenwerking met naasten op te zoeken? Zijn er dingen waar je soms tegenaan loopt?

Als goed: hoe komt het dat dat goed lukt, welke dingen dragen daaraan bij?

Als niet altijd goed: waar zou het aan kunnen liggen dat dit soms niet goed lukt?

Na pauze: vastlegging PP in systeem

Tijdens het dossieronderzoek konden we niet altijd alle informatie over doelen terugvinden in het systeem (Caress). We konden soms geen goed overzicht krijgen van alle doelen die een cliënt heeft gehad (perspectieven, hoofdoelen, werkdoelen) en de evaluaties daarvan. Met name de werkdoelen vonden we pas na goed zoeken, of helemaal niet, terug.

10. Hoe bevalt jullie het systeem waarmee jullie werken (Caress) voor het werken met Programma Perspectief? In hoeverre heb je het idee dat je alles er goed in kan vastleggen/kwijt kan?

Wat lukt wel goed en wat minder goed?

11. Hoe belangrijk is het om zulke informatie over eerdere doelen en evaluaties goed terug te kunnen vinden? Zoeken jullie zelf wel eens dit soort info op? Zo ja welke info dan precies? Zo nee hoe komt het dat je die behoefte niet hebt?
12. Heb je zelf het idee dat je oude informatie over doelen en evaluaties gemakkelijk terug zou kunnen vinden in het systeem? Of herken je ons beeld dat dit niet altijd zou lukken? Wat maakt dit moeilijk of hoe komt het dat dit goed lukt?
13. Wat zou een oplossing zijn om de informatie over voorgaande doelen later goed terug te kunnen vinden in het systeem? Wat moet er dan gebeuren, wat is er nodig?

Werkdoelen

14. Wie stellen bij jullie allemaal werkdoelen op?

Welke disciplines (therapeuten wel/niet?), rol van gedragswetenschappers bij opstellen? Zijn er binnen disciplines ook nog sommige mensen die dit wel en niet doen?

15. Hoe gebeurt het opstellen en evalueren van een werkdoel precies?

Zijn daar overlegmomenten voor? Wie zijn daarbij betrokken? Hoe bepaal je wat voor werkdoel je opstelt? En hoe bepaal je of een werkdoel is behaald? Werk je met GAS en stel je dan van tevoren ook op wat die GAS-score betekent? Waarom wel/niet?

16. Zijn er afspraken over hoe je alles over een werkdoel en de evaluatie ervan vastlegt in Caress? Dus welke informatie je wel/niet invoert en waar je dat precies neerzet?

- Als ja: wat zijn jullie ervaringen hiermee, gebeurt dat ook altijd goed? Wat zou er nodig zijn om dit (nog) beter te laten verlopen?
- Als nee: hoe komt het dat daar geen afspraken over zijn? Loop je er wel eens tegen aan dat dit er niet is? Maakt dat werken met Perspectief ook lastiger?

17. Klopt het dat er geen vaste formulieren/formats vanuit de methode Programma Perspectief als hulpmiddel worden gebruikt voor het opstellen en evalueren van werkdoelen? (Denk aan werkdoelformulieren en evaluatieformulieren)

Waarom wel/niet? Hoe bevalt dat? Worden er andere hulpmiddelen gebruikt?

18. Hoe lang loopt een werkdoel meestal?

Waarom kiezen jullie voor deze doorlooptijd? Staat het van tevoren vast of hangt het van bepaalde dingen af hoe lang een werkdoel loopt? Welke dan?

We zien bij organisaties dat het opstellen van ‘technisch goede’ werkdoelen (SMART) vaak goed gaat, maar nog niet altijd helemaal. Dat betekent dat niet elk doel even meetbaar, duidelijk, effectgericht, op redelijke termijn haalbaar of relevant voor/bijdragend aan hoofddoel of perspectief zijn. Bespreek (5 min) in groepjes van 2 of 3 en noteer:

19. Hoe vinden jullie dat het opstellen van werkdoelen gaat? Wat zijn jullie ervaringen hiermee of welke indruk heb je?
20. Hoe zou het kunnen komen dat werkdoelen nog niet altijd helemaal ‘technisch goed’ worden opgesteld?
21. Wat zou helpend zijn waardoor dit nog beter kan gaan? Wat heb je als professional daarin nodig?

[Vorm: in groepjes bovenstaande vragen laten bespreken en antwoorden noteren op het invulformulier. Daarna aan elk groepje vragen wat ze hebben besproken.]

Andere methoden

22. Zijn er naast Programma Perspectief ook nog andere ondersteuningsmethoden waar jullie mee werken, of waarvan overwogen wordt om ermee te gaan werken?

- *Als ja, welke? Hoe combineer je PP dan met de andere methoden? Wat mis je in PP en hoe vult een andere methode dat dan op? Wat zou helpend zijn of wat zou er nodig zijn voor jullie om wel alleen met PP te werken?*
- *Als nee, waarom niet nodig om naast PP nog met iets anders te werken? Wat maakt dat dit bij jullie goed lukt?*

Afsluitende vragen

23. Zijn er verder dingen die het lastig maken om goed met Programma Perspectief te (blijven) werken? Dingen die voor jou als professional of voor jullie als team belemmerend werken?

Wat zijn die dingen dan, hoe gaan jullie daar nu mee om? Wat zou er nodig zijn om dit beter te maken/ op te lossen?

24. Wat hebben jullie nodig om in de toekomst goed met Programma Perspectief te kunnen (blijven) werken?

We zijn nu aangekomen bij het einde van het groepsgesprek. Wil iemand nog iets kwijt over wat we vandaag besproken hebben? Heel erg bedankt allemaal voor jullie aanwezigheid bij dit gesprek, wij waarderen dit enorm. De informatie heeft ons geholpen om een beter beeld te krijgen van werken met Programma Perspectief en om straks strategieën te kunnen ontwikkelen die helpen om goed met Programma Perspectief te kunnen (blijven) werken.

Bijlage 4

Gespreksleidraad voor focusgroep organisatie C

Wat fijn dat jullie allemaal aanwezig zijn bij dit groepsgesprek. Mijn naam is (naam verwijderd). Ik werk als junior onderzoeker bij de Academische Werkplaats EMB en ben betrokken bij een onderzoek over werken met Programma Perspectief. Ik ben hier vandaag samen met mijn collega (naam verwijderd). Zij is projectleider van het onderzoek.

We doen dit onderzoek omdat we graag willen weten hoe er in de praktijk gewerkt wordt met Programma Perspectief, bij organisaties waar Perspectief in het verleden is geïmplementeerd. We zijn benieuwd hoe er op dit moment mee gewerkt wordt en waarom. We willen beter begrijpen wat er nodig is om de werkwijze van Programma Perspectief goed te gebruiken in de praktijk, zodat organisaties hier op lange termijn goed mee kunnen blijven werken. Dit focusgroepsgesprek is een onderdeel binnen het onderzoek. We houden er in totaal 3: één op jullie locatie, en twee bij andere organisaties waar Programma Perspectief is geïmplementeerd. We begrepen al dat jullie niet meer met Programma Perspectief werken zoals in het verleden, maar we willen graag met jullie in gesprek over hoe jullie dan nu werken op jullie locatie, waarom jullie dit zo doen en wat jullie ervaringen zijn geweest met werken met Programma Perspectief.

Voordat we beginnen wil ik een paar dingen benoemen. Jullie ervaringen en meningen zijn voor ons onderzoek enorm waardevol. We hopen dan ook dat jullie deze vandaag willen delen met ons. Wel is jullie deelname aan dit gesprek helemaal vrijwillig. Als je dus niet (meer) mee wil doen, mag je altijd stoppen. Verder zijn er een goede of foute antwoorden zijn; we willen een goed beeld krijgen van jullie werkwijze, dus voel je dus vrij om te zeggen wat je denkt of vindt, ook als je het bijvoorbeeld oneens bent met iemand anders. Breng vooral uit jezelf dingen in tijdens het gesprek als je iets wil vertellen over een onderwerp of als je op iemand anders wil reageren. Dit vinden we juist fijn, je hoeft niet te wachten tot je de beurt krijgt.

Jullie hebben in het toestemmingsformulier aangegeven dat het akkoord is als wij een video (of audio) -opname maken van het gesprek. De opname zetten we zo meteen aan. Dit doen we zodat we zeker weten dat we alle besproken informatie meenemen en wij ons kunnen focussen op het gesprek zelf. Bij het uitwerken van het gesprek zullen we in eerste instantie alleen de audio beluisteren, maar als we bijvoorbeeld twijfelen over wie vanuit welke functie of rol iets heeft gezegd, kunnen we het beeld er even bij pakken. We gaan vertrouwelijk om met de opname en alles wat we vandaag bespreken. De opname wordt veilig opgeslagen in de

beveiligde omgeving van Rijksuniversiteit Groningen. Alleen de mensen die aan het onderzoek werken hebben hier toegang toe. De informatie wordt gebruikt voor het onderzoek en is straks niet terug te leiden naar jou als individu.

Ik verwacht dat het gesprek ongeveer 1,5 tot 2 uur zal duren. We nemen tussendoor een korte pauze. Hebben jullie nog vragen voordat we beginnen?

Opening [klassikaal]

1. Kan iedereen zichzelf even kort voorstellen?

Naam, functie/rol, hoe lang je werkzaam of betrokken bent bij deze organisatie

2. Koninklijke Visio Breda is heel wat jaren geleden gaan werken met Programma Perspectief. Wie van jullie werkte hier al toen er nog echt met Programma Perspectief werd gewerkt?

Ook scholing gehad destijds?

Hoofdvragen

Hoe PP is befallen

3. Aan de mensen die hier al waren toen er nog echt met Programma Perspectief werd gewerkt, willen we vragen eens na te denken over hoe Programma Perspectief jou is befallen (5 min).

- Geef op het gele briefje (post-it) een cijfer voor hoe werken met Programma Perspectief jou is befallen. Cijfer 1 is heel slecht, cijfer 10 is heel goed.
- Schrijf op het groene briefje kort wat jou goed is befallen aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.
- Schrijf op het rode briefje kort wat jou minder goed is befallen aan werken met Programma Perspectief. Max 3 dingen.

[Vorm: briefjes plakken. Gegeven cijfers samenvatten, hoe bevalt het deze mensen? Cijfers toe laten lichten. Wat bevalt goed en wat minder goed?]

Loslaten van PP

In de dossiers zagen we dat jullie voorheen met Programma Perspectief werkten.

[Kort benoemen (kern)elementen PP aan de hand van het papier op tafel, als kapstok voor vraag 2 en 3]

Situatie voorheen

4. We gaan even terug naar de periode dat jullie nog met Programma Perspectief werkten. Kunnen jullie iets vertellen over welke dingen van Programma Perspectief jullie toen deden? Wat was de werkwijze?

Klopt het dat er niet met 4-6weekse werkdoelen werd gewerkt? Waarom niet?

Situatie nu

In recente jaren zien we in de dossiers dat Programma Perspectief meer is losgelaten. We zien in de dossiers nog wel beeldvorming terug zoals bij Programma Perspectief.

5. Wat van Programma Perspectief doen jullie nu nog wel en wat niet meer?
6. Hoe komt het dat bepaalde aspecten van Programma Perspectief zijn losgelaten?

Onderwijsdoelen i.p.v. perspectief-doelen.

7. Wie heeft die keuze(s) gemaakt?

Welke disciplines? Rol van management, leerkrachten, gedragswetenschapper, anders?

8. Hoe komt het dat bepaalde aspecten van Programma Perspectief nog wel worden gedaan? Wat is de toegevoegde waarde?

Beeldvorming, ...

9. Hoe kijken jullie er nu op terug dat de werkwijze van Programma Perspectief meer is losgelaten?

Positief, negatief, waarom? Wat brengt het jullie? Heeft het ook nadelen, mis je dingen van PP?

Na pauze: samenwerking interdisciplinair

Een belangrijk element van Programma Perspectief is interdisciplinair samenwerken.

10. Welke disciplines zijn er bij jullie allemaal betrokken? En welke rollen/functies?

Naasten, gedragswetenschappers, therapeuten, teamleiders/managers, anderen zoals begeleiders wonen of dagbesteding?

11. Wat is de rol van therapeuten bij de ondersteuning?

In hoeverre betrokken, wanneer wel of niet, op welke manier?

Werken ze met doelen? En dragen die doelen bij aan meer overkoepelende interdisciplinaire doelen?

12. Hoe vinden jullie dat de samenwerking met therapeuten gaat?

Goed genoeg? Wat maakt dan dat het zo goed gaat?

Of zijn er nog verbeterpunten?

13. Wat is de rol van naasten bij de ondersteuning?

In hoeverre betrokken, wanneer wel of niet, op welke manier?

14. Hoe vinden jullie dat de samenwerking met naasten gaat?

Goed genoeg? Wat maakt dan dat het zo goed gaat?

Of zijn er nog verbeterpunten?

We zagen in de dossiers dat beeldvorming en doelen worden vastgesteld en geëvalueerd tijdens Ontwikkelingsperspectief-besprekingen (OPP's) of voorheen Handelingsplanbesprekingen.

15. Hoe gaat zo'n OPP-overleg in zijn werk?

Hoe vaak is het, wie zijn betrokken, wat gaat eraan vooraf?

16. Wie schrijft de beeldvorming?

17. Worden voor de beeldvorming en het overleg nog bepaalde instrumenten of hulpmiddelen vanuit PP voor gebruikt? Waarom wel/niet, hoe bevalt dat?

IPZ, GTI, dossieranalyse, formulier verwachtingen

Doelen en evaluatie

18. Wie stellen bij jullie allemaal doelen op?

Welke disciplines, rol van gedragswetenschappers bij opstellen?

19. Hoe lang loopt een doel meestal?

Doelen van leerkrachten (onderwijsdoelen), doelen van therapeuten

Staat de doorlooptijd van tevoren vast?

20. Worden doelen altijd geëvalueerd?

21. Hoe gaat de evaluatie van een doel in zijn werk?

Geen gebruik van GAS-scores?

22. In de dossiers zagen we dat doelen weleens verlengd worden na evaluatie of opnieuw gebruikt. In welke gevallen gebeurt dit en waarom?

Afsluitende vragen

23. Hoe kijken jullie nu terug op het werken met Programma Perspectief?

24. Hebben jullie ideeën bij wat er nodig zou zijn om Programma Perspectief beter toepasbaar te kunnen maken voor onderwijslocaties zoals die van jullie?

We zijn nu aangekomen bij het einde van het groeps gesprek. Wil iemand nog iets kwijt over wat we vandaag besproken hebben? Heel erg bedankt allemaal voor jullie aanwezigheid bij dit gesprek, wij waarderen dit enorm. De informatie heeft ons geholpen om een beter beeld te krijgen van werken met Programma Perspectief en om straks strategieën te kunnen ontwikkelen die helpen om goed met Programma Perspectief te kunnen (blijven) werken.

Bijlage 5

Tabel 1

Frequentie en percentages van thema's per COM-B element en organisatie

Thema	Organisatie A	Organisatie B	Organisatie C	Totaal
Capaciteit	40 (12,08%)	95 (21,06%)	32 (10,96%)	167 (18,45%)
Kennis	21 (6,34%)	41 (9,09%)	18 (6,1%)	80 (7,45%)
Training en scholing	-	36 (7,98%)	3 (1,03%)	39 (3,63%)
Vaardigheden	19 (5,74%)	18 (3,99%)	11 (3,77%)	48 (4,47%)
Gelegenheid	187 (64,48%)	199 (56,06%)	176 (67,69%)	562 (62,10%)
Draagvlak	28 (8,46%)	31 (6,87%)	20 (6,85%)	79 (7,36%)
Fysieke omgeving	1 (0,30%)	10 (22%)	1 (0,34%)	3 (0,28%)
Middelen	3 (0,01%)	7 (1,55%)	4 (1,37%)	14 (1,30%)
Organisatorische structuur en cultuur	81 (24,47%)	74 (16,41%)	97 (33,22%)	252 (23,46%)
Samenwerking	28 (8,46%)	23 (5,10%)	19 (6,5%)	70 (6,52%)
Steun	9 (2,72%)	21 (4,66%)	5 (1,71 %)	35 (3,26%)
Systemen	15 (4,53%)	30 (6,65%)	22 (7,53%)	67 (6,24%)
Tijdsdruk	22 (6,65%)	11 (2,44%)	8 (2,74%)	41 (3,82%)
Verwachtingen collega's	1 (0,30%)	2 (0,44%)	-	3 (0,28%)
Motivatie	63 (21, 72%)	61 (17,18%)	52 (20%)	176 (19,45%)
(Financiële) beloning	3 (0,91%)	4 (0,89%)	2 (0,68%)	9 (0,84%)
Eerdere ervaringen	1 (0,30%)	2 (0,44%)	2 (0,68%)	5 (0,47%)
Emotionele betrokkenheid	24 (7,25%)	20 (4,43%)	19 (6,51%)	63 (5, 87%)
Erkenning	2 (0,60%)	2 (0,44%)	5 (1,71%)	9 (0,84%)
Overtuigingen	33 (9,97%)	32 (7,10%)	23 (7,8 %)	88 (8,19%)
Persoonlijke waarden	-	1 (0,22%)	1 (0,34%)	2 0,19%)
Totaal	290 (100%)	355 (100%)	260 (100%)	905 (100%)