



Thesis Master Orthopedagogiek
Universiteit Utrecht

Doelrealisatie binnen Stichting Flexus

*Welke factoren hangen samen met
het opstellen van SMART- doelen?*

S. Groenenboom

0330779

Master Orthopedagogiek

Juli 2008

Werkveld: Jeugdzorg

Stage: Stichting Flexus, Jeugdhulpverlening

Thesidocent: Dr. H. E. Storsbergen

Begeleiding binnen Stichting Flexus: Drs. F. Hoeijmans / Drs. I. J. Hessel

Thesis Master Orthopedagogiek
Universiteit Utrecht

Doelrealisatie binnen Stichting Flexus



*Welke factoren hangen samen met
het opstellen van SMART- doelen?*

Voorwoord

Dit is het resultaat van mijn thesis behorende bij de Master Orthopedagogiek. Ik ben gemotiveerd begonnen aan mijn onderzoek. Ik heb gemerkt dat ik tijdens de beginfase van het onderzoek, periodes heb gekend waarin ik moeite heb gehad met het opzetten en uitwerken van het onderzoeksplan. Dit kwam door de drukte en de vele onderwijsonderdelen waaraan tijdens de Master moet worden voldaan. Ook mijn persoonlijke omstandigheden van de afgelopen jaren hebben een grote invloed gehad op mijn functioneren.

Gedurende het traject van de thesis, begon ik steeds meer inzicht te krijgen in het proces en kwam het opgang. Ik heb mijn onderzoek uitgevoerd binnen een instelling waar ik tegelijkertijd stage heb gelopen. Dit heb ik erg fijn gevonden, omdat mijn stage-ervaringen bij hebben gedragen aan het onderzoek en andersom. Omdat ik intensief betrokken ben geweest op zowel het cluster waar ik stage liep als het cluster waar ik het onderzoek heb uitgevoerd, heb ik een goed, breed beeld gekregen van Stichting Flexus. Ik heb tijdens deze periode bewondering gekregen voor de mensen die werken binnen de hulpverlening. En met name voor de mensen van de beleidsstaf die de nieuwe methodieken moet introduceren en ervoor moeten zorgen dat deze geïmplementeerd worden in de instelling. Irene Hessel en Frank Hoeijmans wil ik bij deze bedanken voor het mogelijk maken van het uitvoeren van onderzoek binnen Stichting Flexus.

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek heb ik veel geleerd. Zo weet ik nu hoe het opzetten van een onderzoek verloopt en wat daarbij komt kijken. Het is een ingewikkeld proces waarbij je tegen dingen aan kunt lopen die je niet kan voorzien. De omgang met mensen waarmee je in contact bent tijdens het uitvoeren van het onderzoek is erg belangrijk. Om medewerking te verkrijgen van de mensen waarbij het onderzoek afgenomen wordt, is het essentieel de mensen in te laten zien wat het nut is van het onderzoek en dat het uiteindelijk bij zal dragen aan een prettige manier van werken binnen de instelling. Buiten het onderzoek om heb ik ervaren dat het belangrijk is mensen waarmee je samenwerkt of waar je begeleiding van krijgt in te lichten over persoonlijke omstandigheden die van invloed kunnen zijn op het functioneren. Hierdoor hebben mensen een duidelijker beeld van de situatie, en zijn zij meer begripvol wanneer dingen anders lopen dan verwacht. Ondanks de moeilijke periodes die ik tijdens het afgelopen jaar heb gekend ben ik blij dat ik doorgezet heb en dat ik daarin ben gesteund door mijn familie, vrienden en mijn begeleider binnen de Universiteit Utrecht, Hester Storsbergen.

Susanne Groenenboom, Rotterdam, Juli 2008

Doelrealisatie binnen Stichting Flexus

Welke factoren hangen samen met het opstellen van SMART- doelen?

Susanne Groenenboom
Universiteit Utrecht, Pedagogische Wetenschappen

Abstract

This research was designed to investigate which factors play a part by formulating SMART-goals, as a part of goalrealization, at the IPT department of Stichting Flexus. With that, a study was carried out about the level of SMART formulating and the influence of the characteristics and the opinion of the Ambulatory workers on it. Also the clientinformation that is available at the start of the treatment is explored. Besides that, the content of the indication resolution of Bureau Jeugdzorg and the plans of treatment, drawn up by the Ambulatory workers, are studied. The data are collected with the help of questionnaires, in-depth interviews and file research. These data showed that Ambulatory workers mainly use their own conversations and experiences with the client and the clientsystem. Also the indication resolutions are used often. These are seen as an addition to the Ambulatory worker's own findings. The goals that are drawn up in the indication resolution, are mainly based on the domains 'behaviour', 'relationships' and 'surroundings'. This can also be said about the goals drawn up in the plans of treatment. The goals are principally SMART. Many Ambulatory workers indicate that the goals they draw up are not completely SMART but they try to apply it in certain parts. The use of goalrealisation is understood by the majority of the Ambulatory workers, although applying this new method is complex. Therefore, coaching employees and informing them about the new workingmethod is recommended, so that this method can be implemented correctly.

Inleiding

Effectiviteit en doelrealisatie

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de effectiviteit van de behandelingen binnen de jeugdzorg (Yperen van, 2003). Om na te gaan of de juiste werkwijze gehanteerd wordt, worden er verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van behandelingen. Landelijk en internationaal bestaan er verschillende classificaties om de effectiviteit van interventies te karakteriseren (Yperen van, 2003). Vaak wordt de effectiviteit van een interventie of behandeling in de beginfase gecontroleerd, wanneer speciaal opgeleide mensen onder supervisie, de interventies of behandelingen uitvoeren. Er wordt echter minder onderzoek gedaan naar de effectiviteit in latere fases, wanneer een interventie of behandeling geïmplementeerd is in de praktijk, onder niet kunstmatige omstandigheden (Flay et al., 2005).

Vanaf juni 2007 is de Erkenningscommissie Jeugdinterventies aan het werk, die de effectiviteit van interventies op een uniforme manier beoordeelt (NJI, 2007). Uit onderzoek blijkt dat vraaggericht werken de kans op effectiviteit van de zorg verhoogd (Yperen van, 2003). De hulpverlener streeft naar consensus met de cliënt over de probleemdefinitie, de hulpvraag, de aanpak, de doelen en de werkpunten. Dit zijn allen aspecten van het vraaggericht werken (Welling, 2007; Elks & Kirkhart, 1993).

Om prestaties in de hulpverlening toetsbaar en inzichtelijk te maken, wordt gewerkt met prestatie-indicatoren. Een prestatie-indicator is een meetbare eenheid die aangeeft in welke mate de missie of een doel gerealiseerd wordt. De landelijke werkgroep Prestatie-indicatoren heeft doelen voor de jeugdzorg geformuleerd. Eén van deze doelen luidt, ‘de hulpvragen van de cliënt zijn beantwoord’. Dit wordt gemeten middels drie prestatie-indicatoren. Dit zijn: de mate van doelrealisatie, de mate van cliënttevredenheid en de mate van reguliere beëindiging van de hulp (Werkgroep Prestatie-indicatoren, 2006).

De invoering van doelrealisatie is een voorwaarde voor certificering door de overheid. De overheid en andere subsidieverstrekkingen hebben afspraken gemaakt met onderzoekers om richtlijnen te creëren voor het evalueren van de effectiviteit van interventies en behandelingen (Flay et al., 2005). Met ingang van 2008 worden alleen gecertificeerde jeugdzorgorganisaties gesubsidieerd. Maar niet alleen vanuit de subsidieverstrekkingen komt de vraag naar doelrealisatie en effectmeting, ook vanuit de pedagogische staf van jeugdzorginstellingen is hier vraag naar.

Om het effect van een behandeling te kunnen meten, is het opstellen van doelen van essentieel belang. Het opstellen van doelen zorgt ervoor dat mensen meer gemotiveerd zijn in hun handelen. De motivatie van de cliënt om de hulpverlening tot een succes te brengen levert

een directe bijdrage op aan de kans dat de hulpverlening ook daadwerkelijk goede resultaten heeft (Yperen, van Booij & Veldt, van der, 2003). Het behalen van een doel zorgt vaak voor een grotere voldoening dan het uitvoeren van de bijbehorende taken. Doelen die worden nagestreefd hebben de functie het handelen gericht te maken. Irrelevante handelingen worden hierdoor vermeden. De mate van motivatie bij het uitvoeren van de handelingen is wel afhankelijk van het soort doel dat gesteld wordt. Zo blijkt uit onderzoek dat doelen waarvan de handelingen te moeilijk zijn of juist weinig uitdagend, minder snel worden behaald dan doelen waarvan het handelingsniveau om het doel te bereiken gemiddeld is (Locke & Latham, 2002). Mede daarom moeten doelen worden opgesteld waarbij gebruikt dient te worden gemaakt van het begrip SMART (Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden). Inmiddels is SMART een bekend begrip binnen de jeugdzorg (Yperen van, 2004). Maar het SMART opstellen van doelen is niet eenvoudig. Er is eerder onderzoek gedaan naar doelrealisatie binnen het programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II (Yperen van, Meyknecht & Diephuis, 2004). Er waren hierbij twaalf jeugdzorginstellingen betrokken. Uit het onderzoek bleek dat doelrealisatie zaken met zich meebrengt die veel tijd en aandacht vragen. Een groot aantal hulpverleners blijkt niet gewend te zijn om gerichte, goed evalueerbare doelen op te stellen. Zij moeten leren om hulpvragen, problemen en verwachtingen van cliënten om te zetten in concrete en meetbare doelen. Deze doelen moeten een integraal onderdeel van de hulpverleningsplanning gaan vormen en systematisch en meetbaar worden geëvalueerd (Yperen van, Meyknecht & Diephuis, 2004).

Er is een standaarddoelenlijst ontwikkeld, waarin doelen geclusterd en gecodeerd zijn (Hessel, Hoeijmans, & Werkhoven, van, 2007). Deze lijst is gebaseerd op het KWIS-schema (Kwaliteits-Informatie-Systeem) (Vlijmen, van, 1999). In de standaarddoelenlijst worden individuele werkdoelen van cliënten ondergebracht in een lijst van standaarddoelen die voor de instelling relevant zijn. Deze standaarddoelen worden vervolgens in vaststaande, geaggregeerde clusters ondergebracht; doelgebieden en zorgdomeinen (zie bijlage 1). Op deze wijze kan ongestructureerde informatie vertaald worden naar gestructureerde gegevens. Per doelgebied is vervolgens aan te geven in hoeverre de doelen zijn gerealiseerd. Dit gebeurt aan de hand van GAS-scores (Goal Attainment Scaling). GAS-scores zijn bedoeld om de problemen van de cliënt om te zetten in één of meer behandeldoelen (Cox & Amsters, 2002; Kiresuk & Sherman, 1968). Een score -1 geeft aan dat de situatie verslechterd is, score 0 geeft aan dat de situatie het zelfde is gebleven, score +1 geeft aan dat de situatie verbeterd is en score +2 geeft aan dat een doel is behaald (Yperen van, Meyknecht & Diephuis, 2004). Op die manier is niet alleen zichtbaar te maken welke soort doelen gesteld worden, maar ook wat

de mate van doelrealisatie is op de verschillende doelgebieden en zorgdomeinen (Hoeijmans & Hessel, 2006).

Het formuleren van SMART-doelen kan met verschillende factoren samenhangen. Om goede doelen op te kunnen stellen, die tijdens de hulpverlening nagestreefd dienen te worden, is het van belang als hulpverlener goed inzicht te hebben in de voorgeschiedenis en de achtergrond van de cliënt. Verschillende mensen hebben een verschillende kijk op bepaalde problematiek. Zelfs de beweringen en ervaringen van de cliënt en de ouders kunnen inconsistent zijn, als gevolg van fundamentele verschillen in perspectief (Earls & Reich, 1987). Het is daarom belangrijk een goed, breed beeld te krijgen van de informatie van de verschillende betrokkenen. Het beste is een samenvatting te maken van de ervaringen van de cliënt, het cliëntsysteem en andere betrokken hulpverleners (Earls & Reich, 1987). De communicatie tussen professionele instanties binnen de hulpverlening is van essentieel belang. Het komt vaak voor dat bepaalde gegevens, zoals een gewijzigde verblijfsplaats van de cliënt of andere recente gebeurtenissen, niet bij alle hulpverleners bekend zijn (Harrison, 2005). Pas wanneer er duidelijk is in welke situatie de cliënt zich bevindt en wat de klachten en de hulpvragen zijn, kan er bepaald worden welke behandeling geschikt is. Dit besluit moet ervoor zorgen dat de problematische situatie van de cliënt en het cliëntsysteem uiteindelijk zal verbeteren (Metselaar, Knorth, Noom, van Yperen en Konijn, 2004).

Andere factoren die van invloed kunnen zijn op het formuleren van SMART-doelen, zijn de kenmerken van de medewerkers. Veel bedrijven en instellingen ondergaan veranderingen en vragen werknemers om mee te veranderen. Innovatie kan positieve effecten hebben, zoals persoonlijke groei en de mogelijkheid om nieuwe vaardigheden en kennis op te doen. Maar het kan ook frustraties teweeg brengen. Vooral bij mensen die al langere tijd werkzaam zijn bij een bedrijf of instelling wordt het nut van de veranderingen niet onder ogen gezien (Prochaska, Levesque, Prochaska, Dewart & Wing, 2001). Veel werknemers die al langer werkzaam zijn binnen de jeugdhulpverlening hebben moeite met veranderingen. Werknemers die al langer in het vak zitten, hebben de neiging strategieën te gebruiken die in het verleden gehanteerd werden (Gilsdorf, 1992). Uit ander onderzoek blijkt dat demografische kenmerken zoals, leeftijd, opleidingsniveau en het aantal werkzame jaren van invloed zijn op de mate van positieve reacties tijdens de invoering van nieuwe systemen (McLean, Calhoun, Staley & Hughes (1989). Wanneer gekeken wordt naar individuele factoren van werknemers is volgens Morrisson en Phelps (1999) zelfdoeltreffendheid de belangrijkste factor als het gaat om het tonen van persoonlijk initiatief tijdens veranderingen. Mensen die meer zelfvertrouwen hebben in hun werk, zullen eerder geneigd zijn de leiding te

nemen bij beslissingen die genomen dienen te worden en het veranderen van werk tijdens innovatie (Morrisson & Phelps, 1999). Ook zijn werknemers eerder bereid mee te veranderen wanneer zij door de directie betrokken worden bij het overleggen en het maken van beslissingen die gerelateerd zijn aan hun werkzaamheden. Daarnaast speelt homogeniteit binnen een groep wat betreft waarde, ervaringen en doelen een grote rol bij de mate van bereidheid mee te werken tijdens innovatie binnen een instelling of bedrijf (Åmo, 2006).

Informatie rondom doelrealisatie is in maatschappelijk opzicht zeer relevant omdat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het behalen van de gewenste resultaten binnen de jeugdhulpverlening. Dit onderzoek heeft daarnaast een wetenschappelijke relevantie, omdat het bijdraagt aan de kennis met betrekking tot de processen die een rol spelen bij de effectiviteit van de behandelingen binnen de jeugdzorg.

Stichting Flexus

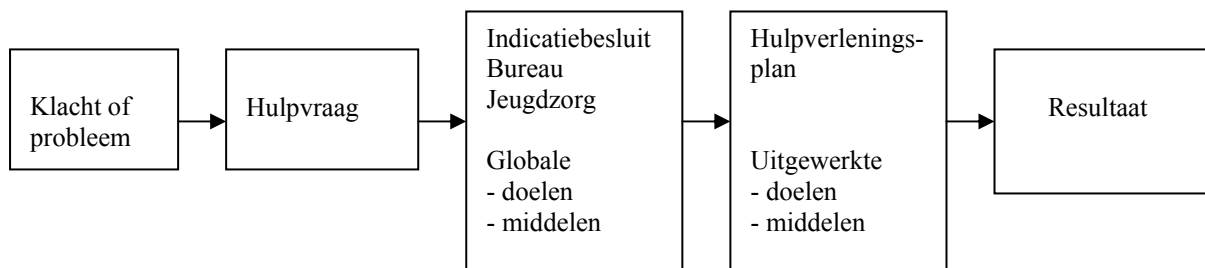
Stichting Flexus is een instelling die hulpverlening biedt aan jongeren en gezinnen met problemen in de opvoedings- of opgroeisituatie. De hulp is primair gericht op jeugdigen van 0 tot 23 jaar uit de Stadsregio Rotterdam die zijn aangemeld door Bureau Jeugdzorg. Vanaf de aanmelding is zowel de jeugdige als diens gezin cliënt bij Stichting Flexus. De hulpverlening bestaat uit het bieden van ondersteuning aan de jeugdige en het gezin bij het groeiproces en heeft hierbij de mogelijkheid voor *ambulante hulp* door middel van gesprekken of trainingen gericht op opvoedingsondersteuning of het vergroten van vaardigheden, *opname in een pleeggezin* om de gezinssituatie van de jongere aan te vullen of te vervangen en *opname in een groep* voor begeleiding of behandeling (zie bijlage 2) (Intranet Stichting Flexus, november 2007).

In 2006 heeft er een pilotonderzoek plaatsgevonden binnen Stichting Flexus, onder andere op het cluster van het Ambulante team. Studenten van de Universiteit Utrecht hebben het onderzoek uitgevoerd (Evink, 2007; Werkhoven, van, 2007). Er is in groepsverband informatie gegeven over doelrealisatie en de nieuwe methodiek, begeleid met instructie op papier. Uit het onderzoek bleek dat het formuleren van doelen wel zinvol gevonden wordt, maar erg moeilijk is. Daarom werd er vanuit de medewerkers gevraagd naar voldoende begeleiding en ondersteuning om de nieuwe methodiek eigen te maken (Stichting Flexus, 2007).

Methodiek Intensieve Pedagogische Thuishulp

Stichting Flexus werkt volgens de IPT-methodiek. Dit staat voor Intensieve Pedagogische Thuishulp. De Ambulant werkers maken deel uit van het Ambulant Team. Zij hebben binnen Stichting Flexus de regie gedurende het hele hulpverleningstraject (Intranet Stichting Flexus, 2007). Momenteel ontvangen 211 cliënten ambulante begeleiding binnen Stichting Flexus (Stichting Flexus, juni 2008).

Bij alle nieuwe aanmeldingen vanuit Bureau Jeugdzorg, wordt IPT ingeschakeld. De Ambulant werker zet doelen die in een indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg staan, om in een hulpverleningsplan. De Ambulant werker gebruikt hierbij de informatie uit de aanmelding, gesprekken en eventueel eerder gedaan onderzoek, zoals persoonlijkheids- of intelligentieonderzoek of informatie van school. Wanneer de cliënt ambulante begeleiding krijgt, zet de Ambulant werker de gegevens vervolgens weer om in werkbare SMART-geformuleerde doelen die voor de cliënt haalbaar zijn. Deze doelen komen in een modulair werkplan te staan. Het is van groot belang inzicht te krijgen in de manier waarop de hulpverleningsplannen tot stand komen. In de praktijk is er vaak geen structurele relatie tussen de indicatiedoelen van Bureau Jeugdzorg en de leerdoelen in de hulpverleningsplannen. De indicatiedoelen zijn opgesteld in globale termen, dus niet SMART geformuleerd. Het is niet eenvoudig om doelen positief en SMART te formuleren als hulpverlener en zeker niet wanneer in bepaalde gevallen de aangedragen informatie niet helder en volledig is en niet aansluit bij de hulpvraag van de cliënt (Welling, 2007; Elks & Kirkhart, 1993).



Figuur 1. Van klacht via hulpvraag naar resultaat (Yperen van, 2003).

Vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is na te gaan welke informatie de Ambulant werkers van belang vinden om zo goed en prettig mogelijk te werk te gaan met het opstellen van een hulpverleningsplan. De huidige werkwijze geeft geen duidelijk beeld over de te behalen doelen en in welke mate bepaalde doelen behaald zijn. Er kan niet consequent gemeten worden of de doelen worden bereikt omdat er geen eenduidige maatstaf is.

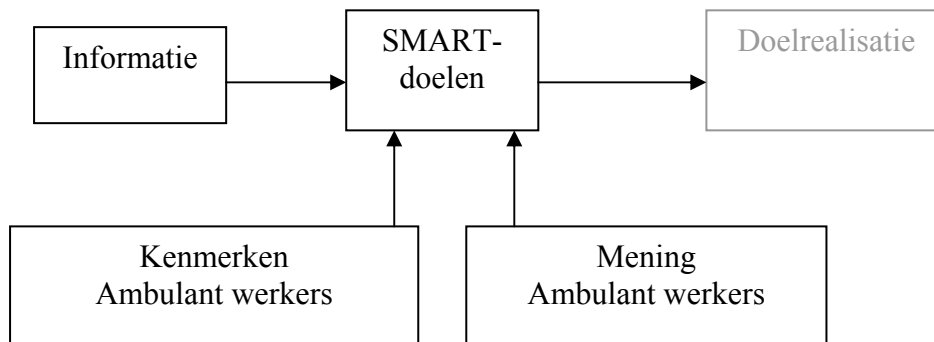
Binnen Stichting Flexus, cluster IPT, is het werken met SMART-doelen al enige tijd ingevoerd, maar er bestaan nog steeds problemen op dit gebied, zoals mede blijkt uit het pilotonderzoek dat in 2006-2007 is uitgevoerd bij Stichting Flexus (Stichting Flexus, 2007; Evink, 2007; Werkhoven, van, 2007). Daarom is het van belang onderzoek te doen naar de factoren, zoals de informatie in de beginfase van de hulpverlening en de kenmerken en de mening van de Ambulant werkers, die meespelen bij het opstellen van SMART-doelen en het uiteindelijk bereiken van een effectieve behandeling.

De centrale vraagstelling van dit onderzoek is:

Welke factoren hangen samen met het opstellen van SMART-doelen door Ambulant werkers bij het ontwerpen van een hulpverleningsplan?

Onderzoeksvragen:

- *In welke mate formuleren Ambulant werkers SMART-doelen?*
- *Welke informatie is volgens de Ambulant werker van belang en beschikbaar bij het opstellen van SMART-doelen voor een hulpverleningsplan?*
- *Welke kenmerken van de Ambulant werkers hangen samen met het opstellen van SMART-doelen?*
- *Wat is de mening van de Ambulant werkers ten opzichte van de invoering van het werken met SMART-doelen?*



Figuur 2. Conceptueel model: Samenhang factoren bij opstellen van SMART-doelen.

Methode

Populatie

Het onderzoek wordt uitgevoerd onder alle werknemers binnen het cluster IPT van Stichting Flexus, ($n = 26$). Er is sprake van een select samengestelde populatie. Op de vragenlijst is een respons van $n = 19$. De 7 Ambulant werkers die de vragenlijst niet hebben geretourneerd zijn

vanwege werkgerelateerde of persoonlijke omstandigheden niet in staat geweest mee te werken aan het onderzoek. De populatie bestaat uit 6 mannen en 13 vrouwen. De gemiddelde leeftijd van de Ambulant werkers is 41 jaar ($SD = 7.3$). Alle Ambulant werkers zijn van Nederlandse afkomst. Eén van de werkers heeft een MBO opleiding gevolgd, 17 van de werkers heeft een HBO opleiding afgerond en één van de werkers heeft een WO opleiding afgerond. De Ambulant werkers zijn gemiddeld 12.8 jaar werkzaam binnen de hulpverlening ($SD = 8.7$), waarvan 9.4 jaar bij Stichting Flexus ($SD = 7.4$). Het aantal jaren dat de Ambulant werkers op de afdeling IPT werkzaam zijn is gemiddeld 2.7 ($SD = 2.6$). Het gemiddeld aantal werkuren per Ambulant werker ligt op 32 ($SD = 4.4$), 3 van de Ambulant werkers geven aan niet boven de contracturen te werken, 11 Ambulant werkers geven aan dat dit soms voorkomt en 4 Ambulant werkers geven aan dat er regelmatig boven de contracturen wordt gewerkt. Van de Ambulant werkers hebben 9 personen meegedaan aan het Pilotonderzoek naar doelrealisatie, 8 mensen hebben hier niet aan meegewerkt en 2 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord.

Onderzoeksdesign

Er is sprake van een exploratief onderzoek. De vragen die opgesteld zijn, zijn samenhangvragen. Wanneer het onderzoeksontwerp bekeken wordt, is te zien dat het een survey- onderzoek betreft. De dataverzameling vond plaats in één periode. Er is een inventarisatie gemaakt van de kenmerken van de Ambulant werkers en van de informatie die van belang is bij het opstellen van SMART-doelen.

Instrumenten

Tabel 1. Instrumenten per onderzoeksvraag

Onderzoeksvraag	Instrument
In welke mate formuleren Ambulant werkers SMART-doelen?	- Vragenlijst - Interview - Dossieranalyse
Welke informatie is volgens de Ambulant werker van belang en beschikbaar bij het opstellen van SMART-doelen voor een hulpverleningsplan?	- Vragenlijst - Interview - Dossieranalyse
Welke kenmerken van de Ambulant werkers hangen samen met het al dan niet opstellen van SMART-doelen?	- Vragenlijst - Interview - Dossieranalyse

Wat is de mening van de Ambulant werkers ten opzichte van de invoering van het werken met SMART-doelen?	- Vragenlijst
	- Interview

Procedure

De data is verzameld aan de hand van een vragenlijst ‘Mate van problemen met SMART-doelen’, welke is samengesteld door van der Horn en Groenenboom (2008). Deze vragenlijst is afgenomen onder de werknemers binnen het cluster IPT van Stichting Flexus. De volgende concepten zijn in de vragenlijst geoperationaliseerd; de kenmerken van de Ambulant werkers (leeftijd, geslacht, nationaliteit, opleiding, aantal jaren werkervaring binnen de jeugdzorg, binnen Stichting Flexus en binnen het cluster IPT, aantal werkuren, aantal uren dat boven contracturen gewerkt wordt en ervaring met het pilotonderzoek), de mening van de Ambulant werkers rondom het werken met SMART-doelen en er wordt nagegaan welke informatie de Ambulant werkers van belang vinden voor het opstellen van de hulpverleningsplannen. Daarnaast is er aan de hand van vignetten bekeken in welke mate de ambulant werkers in staat zijn SMART-doelen te formuleren.

In diepte-interviews is ingegaan op meerdere aspecten uit de vragenlijst. Door middel van interviews is achterhaald welke informatie voor de Ambulant werkers van belang is en hoe het volgens de Ambulant werkers gesteld is met de kwaliteit en de relevantie van de beschikbare informatie voor het opstellen van een hulpverleningsplan. In de interviews is dieper ingegaan op de mening van de desbetreffende Ambulant werkers over de methodiek en de werkwijze. De interviews zijn afgenomen bij twee Ambulant werkers.

Vervolgens is er onderzoek gedaan aan de hand van bestudering van indicatiebesluiten en hulpverleningsplannen ($n = 50$). Door de indicatiebesluiten en de hulpverleningsplannen met elkaar te vergelijken, kan er nagegaan worden of de informatie uit het indicatiebesluit terug komt, ofwel samenhangt met de hulpverleningsplannen die de Ambulant werkers opstellen. Er wordt op het cluster IPT een nieuw digitaal informatieverwerkingssysteem (IJZA) gebruikt. Hierin worden alle bestanden per cliënt vastgelegd. Omdat het een nieuw systeem is, hebben nog niet alle Ambulant werkers hun bestanden hierin verwerkt. Helaas zijn enkele bestanden die gebruikt zijn voor de dossieranalyses conceptversies. Het is mogelijk dat bepaalde bestanden nog aangepast worden, hetgeen niet meegenomen wordt in het onderzoek. Tijdens het analyseren van dossiers is gekeken naar het aantal doelen dat in het indicatiebesluit en in het hulpverleningsplan voorkomen. In het indicatiebesluit worden zowel korte als lange termijn doelen vermeldt. De lange termijn doelen zijn erg globaal en kunnen moeilijk worden vergeleken met de doelen die in de hulpverleningsplannen staan. Daarom

zijn alleen de korte termijn doelen meegenomen in de analyse. Ook is bekeken onder welke zorgdomeinen de doelen vallen en of er beschrijvende informatie is te vinden die de doelen onderbouwt. Bij het toekennen van de doelen aan zorgdomeinen is gebruik gemaakt van de standaarddoelenlijst. Niet alle doelen komen overeen met de doelen uit de standaarddoelenlijst, waardoor deze op subjectieve wijze zijn onderverdeeld. Daarom zijn de resultaten niet volledig objectief. Vervolgens is bekeken of er in een hulpverleningsplan nieuwe informatie voorkomt die niet afkomstig is uit het indicatiebesluit. Daarnaast is er via de dossieranalyses bekeken of de hulpverleningsplannen uitgewerkt worden via de werkwijze passend bij doelrealisatie.

Om de werknemers van het cluster IPT in te lichten over het onderzoek dat uitgevoerd wordt in het kader van de doelrealisatie, is er een bijeenkomst georganiseerd. De werknemers van het cluster IPT, is tijdens deze bijeenkomst verteld wat precies de bedoeling is van het onderzoek en wat de voordelen ervan zijn. Momenteel is het werken met doelrealisatie voor een deel van de Ambulant werkers onduidelijk. Door uitleg te geven over de bedoeling en de toepassing van doelrealisatie en de voordelen ervan op langere termijn, is getracht de werkers enthousiast te maken over de werkwijze en de deelname aan het onderzoek.

Data-analyse

De vragen uit de vragenlijst 'Mate van problemen met SMART-doelen', zijn verwerkt in een SPSS databestand. Aan de hand van een analyse van de vignetten is bekeken hoeveel medewerkers SMART-doelen formuleren. Aan de hand van beschrijvende statistieken is bekeken van welke informatiebron het meest gebruik wordt gemaakt. De samenhang tussen de kenmerken van de Ambulant werkers en het formuleren van SMART-doelen is berekend met de χ^2 - toets. De χ^2 - toets is gebruikt om te bepalen of er (significante) verschillen bestaan tussen twee of meer groepen ten aanzien van een kenmerk op nominaal meetniveau (Baarda, De Goede & Van Dijkum, 2003). Om een χ^2 - toets uit te voeren zijn de variabelen leeftijd, aantal jaren werkzaam binnen de jeugdhulpverlening, aantal jaren werkzaam binnen Stichting Flexus, het aantal jaren werkzaam op de afdeling IPT en het vastgesteld aantal werkuren gehercodeerd naar nominale, dichotome variabelen. Tijdens het uitvoeren van de toets bleek helaas dat er sprake was van te weinig spreiding, mede door het geringe aantal respondenten, zodat er niet kon worden voldaan aan de voorwaarde voor het uitvoeren van de χ^2 - toets. Minder dan 80% van de celfrequenties hebben een waarde die groter is dan 5. Ook na het herstructureren van de categorieën werd nog steeds niet voldaan aan deze eis. Om inzicht te kunnen krijgen in de verschillen tussen de kenmerken van de Ambulant werkers en

het formuleren van SMART-doelen, is de Mann-Whitney U-toets uitgevoerd. De testvariabele, die gaat over de mate van het formuleren van SMART-doelen, is onderverdeeld in drie categorieën. Niet SMART, deels SMART en SMART. Om de mate van het formuleren van SMART-doelen te kunnen analyseren is gebruik gemaakt van de vignetten uit de vragenlijst. Als criterium voor de statistische significantie van verschillen is uitgegaan van $p \leq .05$. De interviews zijn uitgewerkt, gelabeld en gecodeerd. Opvallende en veel voorkomende uitspraken zijn gebruikt om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen. De gegevens van de dossieranalyses zijn eveneens verwerkt in een SPSS databestand. Het gemiddeld aantal doelen en de frequenties van de zorgdomeinen waarop de doelen zijn gebaseerd zijn berekend aan de hand van SPSS. Ook is er berekend in hoeverre de doelen uit een indicatiebesluit overeen komen met de doelen die in een hulpverleningsplan staan. Vervolgens is er nagegaan uit welk deel van het indicatiebesluit de meeste informatie terugkomt in een hulpverleningsplan. De inhoud van de indicatiebesluiten en de hulpverleningsplannen is vergeleken, waarbij gelet is op nieuwe informatie in de hulpverleningsplannen die niet voorkomt in de indicatiebesluiten. Tot slot is bij een aantal beschikbare dossiers de mate van het formuleren van SMART-doelen in het modulair werkplan beoordeeld.

Resultaten

Wanneer er gekeken wordt naar de vraag '*In welke mate formuleren Ambulant werkers SMART-doelen?*' blijkt dat alle Ambulant werkers aangeven dat de doelen die zij opstellen nog niet voldoende SMART zijn. 89% geeft aan het SMART- principe wel toe te passen op bepaalde onderdelen. Wanneer bekeken wordt in hoeverre de respondenten zeker zijn over het opstellen van SMART-doelen zegt 68% van de respondenten enigszins zeker te zijn, en het opstellen van SMART-doelen voor een deel goed te doen en voor een deel nog niet goed. Wanneer de vignetten uit de vragenlijst bekeken worden, is te zien dat 7 respondenten (37%) wel SMART formuleren en 12 respondenten (63%) dit niet doen. Wanneer gekeken wordt aan welke onderdelen van SMART niet wordt voldaan, blijkt dat alle onderdelen moeilijkheden opleveren. Zowel bij het specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en het tijdgebonden maken van de doelen blijken problemen te ontstaan.

Uit de dossieranalyses blijkt dat een deel van de Ambulant werkers modulaire werkplannen beschikbaar heeft ($n = 6$). Uit deze plannen blijkt dat 5 respondenten SMART-doelen formuleren, 1 respondent doet dit deels SMART.

Uit een van de interviews blijkt dat de respondent al vrij snel begonnen is met het werken met SMART-doelen, nadat de nieuwe methodiek ingevoerd is. De respondent vindt

het een goede aanpak, maar zegt, ‘je moet er wel handigheid in krijgen’. De andere respondent die geïnterviewd is, probeert SMART-doelen te formuleren en is een begin aan het maken met het eigen maken van de nieuwe methodiek.

Wanneer gekeken wordt naar de vraag ‘*Welke informatie is volgens de Ambulant werker van belang en beschikbaar bij het opstellen van SMART-doelen voor een hulpverleningsplan?*’ is te zien dat een groot aantal werkers gebruik maakt van zowel het indicatiebesluit als de gesprekken die zij zelf hebben met de cliënt en de ouders.

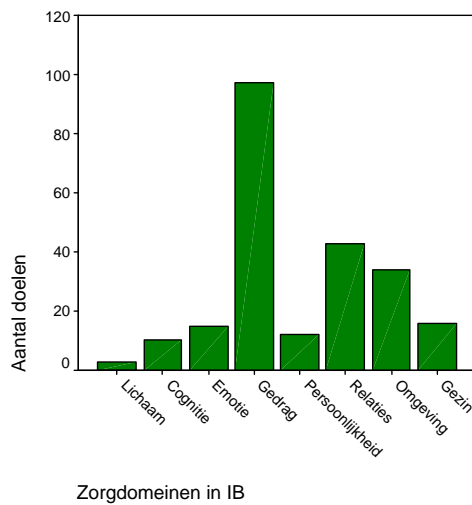
Tabel 2. Ambulant werkers die gebruik maken van informatiebronnen (in %, n = 19)

	Respondenten die gebruik maken van de informatiebron
	%
Indicatiebesluit	88
Gesprek met cliënt (cliëntstelsysteem)	90
Intelligentieonderzoek	24
Persoonlijkheidsonderzoek	18
Informatie van school	53

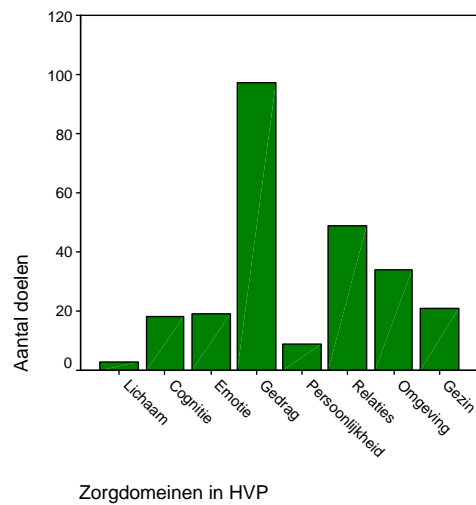
Beide respondenten die geïnterviewd zijn geven aan dat het indicatiebesluit en eigen bevindingen, die tijdens gesprekken en huisbezoeken worden opgedaan, elkaar aanvullen. Zij vinden dat de doelen die in een indicatiebesluit staan, een uitgangspunt vormen van waar de hulpverlening van start gaat. Ook geeft een van de respondenten aan dat een indicatiebesluit niet altijd klopt. Er wordt volgens de respondent regelmatig informatie achter gehouden, die de plaatsing van de cliënt binnen de instelling onmogelijk zou maken, zodat de cliënt toch de mogelijkheid heeft wel geplaatst te worden. Ook komen er termen en doelen in voor die volgens de respondenten vaag geformuleerd zijn, of die niet zijn te herleiden naar de vraag en mening van de cliënt en het cliëntstelsysteem zelf. Er worden, volgens de respondent, doelen in indicatiebesluiten gesteld waarvan moeilijk te achterhalen is hoe deze tot stand gekomen zijn. Door middel van eigen gesprekken van de Ambulant werkers met de cliënt en het cliëntstelsysteem wordt de informatie concreter gemaakt en kunnen er daardoor concretere en specifiekere doelen worden opgesteld.

De dossieranalyses wijzen uit dat er gemiddeld 5.7 doelen worden opgesteld in een indicatiebesluit ($SD = 2.1$). In een hulpverleningsplan ligt dit gemiddelde op 5.4 doelen ($SD = 2.8$). De meeste doelen die gesteld zijn in het indicatiebesluit behoren bij het zorgdomein ‘gedrag’. Dit geldt ook voor de doelen die in een hulpverleningsplan staan. Ook worden er in

zowel het indicatiebesluit als in het hulpverleningsplan veel doelen opgesteld die behoren tot het zorgdomein ‘relaties’ en ‘omgeving’, zie figuur 3 en 4.



Figuur 3. Het aantal doelen behorend bij de zorgdomeinen in de indicatiebesluiten.



Figuur 4. Het aantal doelen behorend bij de zorgdomeinen in de hulpverleningsplannen.

In 16% van de gevallen komt de informatie uit het hulpverleningsplan helemaal overeen met het indicatiebesluit, in 38% van de gevallen komt dit voor een groot deel overeen, voor 32% van de gevallen komt het voor een klein deel overeen, en voor 14% van de 50 dossiers komt de informatie uit het hulpverleningsplan niet overeen met het indicatiebesluit, in deze hulpverleningsplannen staat andere informatie dan in de indicatiebesluiten beschreven wordt.

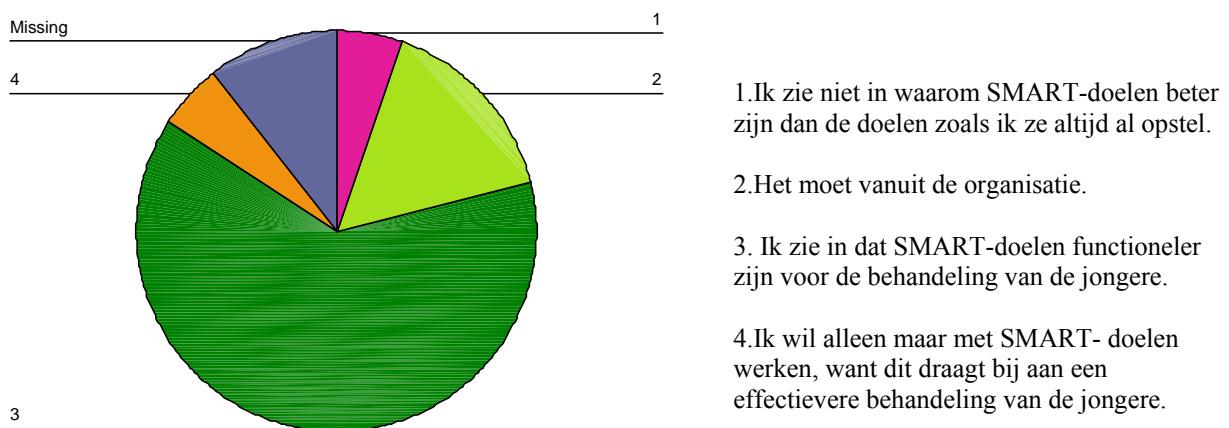
Wanneer de inhoud van het indicatiebesluit vergeleken wordt met de hulpverleningsplannen is te zien dat de meeste informatie uit het indicatiebesluit dat terug komt in het hulpverleningsplan, afkomstig is uit het deel ‘Plan van aanpak’. Er komt in 88% van de 50 hulpverleningsplannen informatie voor die niet in het indicatiebesluit staat. Dit is veelal informatie waarin de huidige stand van zaken beschreven wordt, zoals bijvoorbeeld de hulp die de cliënt en het cliëntsysteem ontvangen op dat moment of recente veranderingen zoals een wijziging van de woonsituatie. Ook komt het voor dat de hulpvragen aangepast zijn.

Om antwoord te krijgen op de vraag ‘Welke kenmerken van de Ambulant werkers hangen samen met het opstellen van SMART-doelen?’ is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U-toets. Het blijkt dat, wanneer gekeken wordt naar leeftijd, Ambulant werkers die jonger zijn dan 40 jaar minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 9) dan Ambulant werkers die ouder zijn dan 40 jaar (gemiddelde rangscore 11). Dit verschil is niet significant ($U = 37; p < 0.55$). Bij het kenmerk geslacht blijkt dat mannen minder goed

SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 10) dan vrouwen (gemiddelde rangscore 10). Dit verschil is eveneens niet significant ($U = 37; p < 0.90$). Wanneer gekeken wordt naar het kenmerk opleiding is te zien dat Ambulant werkers die als hoogst afgeronde opleiding MBO hebben minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 8) dan mensen die als hoogst afgeronde opleiding HBO of WO hebben (gemiddelde rangscore 10). Dit verschil is wederom niet significant ($U = 7; p < 0.84$). Bij het aantal jaren werkzaam binnen de jeugdhulpverlening is te zien dat Ambulant werkers die 10 jaar of minder dan 10 jaar werkzaam zijn binnen de hulpverlening minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 9) dan mensen die langer dan 10 jaar werkzaam zijn binnen de hulpverlening (gemiddelde rangscore 11). Dit verschil is eveneens niet significant ($U = 37; p < 0.55$). Bij het kenmerk aantal jaren werkzaam binnen stichting Flexus is te zien dat Ambulant werkers die korter dan 10 jaar werkzaam zijn binnen Stichting Flexus minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 10) dan Ambulant werkers die langer dan 10 jaar werkzaam zijn binnen de instelling (gemiddelde rangscore 11). Dit is echter geen significant verschil ($U = 40; p < 0.78$). Wanneer gekeken wordt naar het aantal jaren werkzaam op het cluster IPT is te zien dat Ambulant werkers die 2 jaar of minder dan 2 jaar werkzaam zijn op het cluster minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 10) dan mensen die langer dan 2 jaar werkzaam zijn op het cluster IPT (gemiddelde rangscore 10). Dit verschil is wederom niet significant ($U = 43; p < 0.91$). Bij het aantal uren dat de Ambulant werkers per week werken is geen verschil te zien tussen de mensen die 32 uur of minder werken en de mensen die meer dan 32 uur werken (gemiddelde rangscore 10) op het formuleren van SMART-doelen. Ook wordt er gekeken naar het gegeven of Ambulant werkers boven de contract uren werken. Daarbij is te zien dat mensen die aangeven dat dit niet voorkomt, minder goed SMART-doelen formuleren (gemiddelde rangscore 4) dan mensen die aangeven dat dit wel gebeurt (gemiddelde rangscore 11). Dit is een significant verschil ($U = 6; p < 0.05$). Als laatste wordt gekeken of er een verschil bestaat tussen Ambulant werkers die wel of niet mee hebben gewerkt aan het Pilotonderzoek. Hieruit blijkt dat er geen verschil is tussen de Ambulant werkers die wel hebben meegedaan aan het Pilotonderzoek en Ambulant werkers die dit niet hebben gedaan (gemiddelde rangscore 9).

Vervolgens is de laatste onderzoeksvraag *‘Wat is de mening van de Ambulant werkers ten opzichte van de invoering van doelrealisatie?’* bekeken. Er is te zien dat, wanneer de Ambulant werkers in de vragenlijst gevraagd werd hoe zij het vinden om SMART-doelen op te stellen, er antwoorden werden gegeven als: ‘Erg lastig, maar als het gelukt is, werkt het wel’. Een andere respondent gaf als antwoord ‘Ik weet dat het goed is, en hierdoor kun je je

werk meten. Het neemt alleen meer tijd in'. Over het algemeen komt bij deze vraag naar voren dat het werken met SMART-doelen als zinvol wordt ervaren, maar dat het wel erg moeilijk en lastig wordt gevonden en dat de Ambulant werkers moeten wennen aan het nieuwe systeem. Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen de jongere en de oudere generatie Ambulant werkers, waarbij een verdeling wordt gemaakt tussen mensen beneden de 40 jaar en mensen boven de 40 jaar en die langer dan 10 jaar werkzaam zijn binnen de jeugdhulpverlening is te zien deze laatste groep meer kritisch is ten aanzien van het werken met SMART-doelen. Figuur 5 laat een grafische weergave zien van de mening van de respondenten ten aanzien van het formuleren van SMART-doelen. 63% van de respondenten ziet in dat SMART-doelen functioneler zijn voor de behandeling van jongeren. 16% zegt 'het moet vanuit de organisatie', 5% ziet niet in waarom SMART-doelen beter zijn dan de doelen zoals zij die altijd opstellen, 5% zegt 'ik wil alleen met SMART-doelen werken, want dit draagt bij aan een effectievere behandeling en 11% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord.



Figuur 5. Cirkeldiagram: Nut van het formuleren van SMART-doelen ($n = 19$).

Uit de interviews blijkt dat beide respondenten het nut van doelrealisatie inzien, maar het lastig vinden om van gedrag van een cliënt een SMART-doel te maken, omdat gedrag niet altijd meetbaar is. Daarnaast komt naar voren dat er een digitaal cliëntinformatie verwerkingssysteem (IJZA) geïntroduceerd is. De medewerkers dienen hierin verslagen en gegevens te verwerken, maar dit systeem laat bepaalde handelingen niet toe, waardoor het overzicht tussen de verslagen zoek is. De respondenten geven aan dat dit voor veel weerstand zorgt bij de medewerkers.

Conclusie / Discussie

Stichting Flexus is een jeugdzorginstelling waarbij nieuwe methoden worden geïntroduceerd, passend bij doelrealisatie. Deze innovatie heeft als gevolg dat de huidige werkwijze verandert. Een groot aantal werknemers geeft aan dat de doelen die zij opstellen nog niet volledig SMART zijn, maar het SMART- principe wel toe te passen op bepaalde onderdelen. Bij het analyseren van de dossiers komt naar voren dat de meeste doelen die opgesteld worden SMART zijn. Een aantal doelen zijn deels SMART. Dit is positief, gezien de verwachtingen over de problemen bij het invoeren van de nieuwe methodiek en het formuleren van SMART-doelen (Yperen van, Meyknecht & Diephuis, 2004). Wanneer de vignetten uit de vragenlijst worden gebruikt om de mate van het SMART- formuleren te bekijken is echter te zien dat maar een klein deel van de respondenten SMART-doelen formuleert. Zowel het specifiek, meetbaar, aanvaardbaar, realistisch en het tijdgebonden maken van doelen levert moeilijkheden op.

Om goed te werk te kunnen gaan met de nieuwe methodiek, is de informatie en de manier van verkrijgen van deze informatie van essentieel belang. Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat de indicatiebesluiten die de Ambulant werkers ontvangen door velen worden gebruikt. Daarnaast vinden de Ambulant werkers de eigen gesprekken en ervaringen die zij zelf opdoen van de cliënt en het cliëntsysteem ook erg belangrijk. Deze zelf verkregen informatie wordt beschouwd als een aanvulling op het indicatiebesluit. De eigen ervaring wordt ook belangrijk gevonden omdat er aangegeven wordt dat het voorkomt dat bepaalde informatie uit een indicatiebesluit niet overeen komt met de beleving van de cliënt (Elks & Kirkhart, 1993). Wanneer gekeken wordt naar de doelen die beschreven worden, is te zien dat het grootste deel van de doelen die gesteld worden, zowel in het indicatiebesluit als in het hulpverleningsplan, gebaseerd zijn op het zorgdomein 'gedrag'. Naast het zorgdomein 'gedrag' worden er ook veel doelen opgesteld die behoren tot het zorgdomein 'relaties' en 'omgeving'. Wanneer de hulpverleningsplannen vergeleken worden met de indicatiebesluiten, is te zien dat de meeste informatie die uit het indicatiebesluit gehaald wordt, afkomstig is uit het deel 'Plan van aanpak'. Dit is te verklaren door het feit dat in dit deel van het indicatiebesluit de hulpvragen en de doelen beschreven staan. Om goede behandellijnen op te kunnen zetten is het hebben van inzicht in de situatie van de cliënt essentieel. Daarom is een goede samenwerking tussen Bureau jeugdzorg, Stichting Flexus en andere zorginstellingen van groot belang (Harrison, 2005).

De invoering van doelrealisatie zorgt ervoor dat de werknemers ook mee moeten veranderen. Uit de gegevens blijkt dat er een significant verschil is tussen mensen die boven

de contracturen werken en mensen die aangeven dat dit niet gebeurt. Ook zijn er uitspraken te doen over de mening van de Ambulant werkers ten aanzien van het werken met SMART-doelen. Er wordt aangegeven dat het nut van doelrealisatie en het formuleren van SMART-doelen wel ingezien wordt, maar dat het toepassen van de nieuwe werkwijze moeilijk verloopt, mede door het nieuwe cliënt informatieverwerkingssysteem (IJZA). Vooral mensen die langer in dienst zijn blijken kritisch ten aanzien van de nieuwe methodiek (Prochaska, Levesque, Prochaska, Dewart & Wing, 2001). Opvallend is dat wanneer de verschillende kenmerken van de Ambulant werkers worden bekeken, de mensen die langer in dienst zijn binnen de hulpverlening en bij Stichting Flexus, beter SMART-doelen opstellen dan mensen die minder lang in dienst zijn. Maar bij het verzamelen van de dossiers bleek toch dat de jongere generatie meer modulaire werkplannen beschikbaar hebben dan de oudere generatie. Dus in praktijk blijkt wel dat de mensen die korter in dienst zijn bij Stichting Flexus meer volgens de nieuwe methode werken dan de oudere generatie.

Er is sprake van een kleine n , dit heeft invloed op de gegevens en de resultaten van dit onderzoek. Ook het gegeven dat de medewerkers van het cluster IPT onderzoeksmoe zijn, heeft bijgedragen aan de moeizame verzameling van de data en de lage respons. De resultaten hebben betrekking op de specifieke situatie zoals deze bij Stichting Flexus, binnen het cluster IPT, aan de orde is. Het is niet mogelijk om de uitkomsten te generaliseren naar andere zorginstellingen of andere clusters binnen Stichting Flexus. Er kunnen wel een aantal aanbevelingen gedaan worden. Wanneer er sprake is van innovatie binnen een bedrijf of instelling is het wenselijk dat er voorafgaande aan de invoering van een nieuwe methoden, een duidelijke instructie en uitleg wordt gegeven over de nieuwe werkwijze en de uiteindelijke opbrengst ervan. Ook tijdens het proces dient er voldoende begeleiding te zijn. Dit heeft bij Stichting Flexus wel plaatsgevonden, maar door de moeilijkheden met IJZA is er veel verwarring ontstaan over de verslaglegging.

Het verbinden van doelen aan zorgdomeinen is erg subjectief. De een kan een doel vinden passen bij 'relaties' terwijl een ander persoon het doel vindt horen bij het zorgdomein 'gezin'. De bevindingen van de dossieranalyses zijn daarom niet objectief verkregen, hetgeen de resultaten beïnvloed heeft. Daarnaast bestaat een deel van de dossiers dat geanalyseerd is uit conceptversies.

Verder onderzoek is vereist. Het is daarbij wenselijk een grotere groep respondenten te betrekken in het onderzoek. Ook de validiteit van het onderzoek zal groter worden indien de dossiers die geanalyseerd worden, geen conceptversies zijn. Het kan zijn dat er andere factoren meespelen, zoals de veranderbereidheid en de werkdruk van de medewerkers, die

niet in het onderzoek zijn betrokken, maar die wel een grote invloed uitoefenen op het werken met SMART-doelen.

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in de factoren die meespelen bij het opstellen van SMART-doelen, als onderdeel van doelrealisatie, op de afdeling IPT van Stichting Flexus. Daarbij is er onderzoek gedaan naar de mate van SMART formuleren en de invloed van de kenmerken en de mening van de Ambulant werkers hierop. Daarnaast is er gekeken naar de cliëntinformatie die beschikbaar is bij aanvang van de hulpverlening. Tevens is de inhoudelijke informatie in het indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg en de hulpverleningsplannen die Ambulant werkers opstellen onderzocht. Binnen dit onderzoek is sprake van triangulatie. De gegevens zijn verzameld aan de hand van een vragenlijst, diepte-interviews en dossieronderzoek.

De doelen die opgesteld worden, zijn voor een groot deel SMART. Een groot aantal Ambulant werkers geeft aan de doelen nog niet volledig SMART te maken maar het SMART-principe wel toe te passen op bepaalde onderdelen. Uit de gegevens blijkt dat Ambulant werkers vooral gebruik maken van eigen gesprekken en ervaringen met de cliënt en het cliëntstelsel. Ook wordt er veel gebruik gemaakt van indicatiebesluiten. Deze worden gezien als aanvulling op de eigen ondervindingen van de Ambulant werkers. De doelen die opgesteld worden in de indicatiebesluiten zijn vooral gebaseerd op de zorgdomeinen ‘gedrag’, ‘relaties’ en ‘omgeving’. Dit geldt ook voor doelen die opgesteld worden in de hulpverleningsplannen. Het nut van doelrealisatie wordt door het merendeel van de Ambulant werkers onder ogen gezien, maar het toepassen van de nieuwe methodiek is niet eenvoudig. Er wordt dan ook aangeraden om de werknemers goed te begeleiden en in te lichten over de nieuwe werkwijze zodat deze goed geïmplementeerd kan worden.

Referenties

Åmo, B. W. (2006) Employee innovation behaviour in health care: the influence from management and colleagues. *International nursing review*. 53, 231-239.

Baarda, D.B. Goede, de, M.P.M. & Kalmijn, M. (2000) Enquêteren en gestructureerd interviewen. *Praktische handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van gestructureerde interviews*. Groningen: EPN.

Baarda, D.B. Goede, de, M.P.M. & Dijkum van, C.J. (2003) Basisboek statistiek met SPSS. *Handleiding voor het verwerven en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens*. Groningen: Wolters- Noordhoff.

Cox, R., & Amsters, D. (2002) Goal Attainment Scale: An effective outcome for rural and remote health. *Australian Journal of Rural Health*, 10, 256-261.

Dassen, W.N. & Keuning, F.M. (1998) *Lezen en beoordelen van onderzoekspublicaties*. Baarn: HB Uitgevers.

Earls, F. & Reich, W. (1987) Rules for making psychiatric diagnoses in children on the basis of multiple sources of information: Preliminary strategies. *Journal of abnormal child psychology*. 15, 6.

Elks, M. A. & Kirkhart, K. E. (1993). Evaluating effectiveness from the practioners perspective. *Social Work*, 38, 554-563.

Evink, W. D. (2007) *Doelrealisatie binnen de pleegzorg en de residentiële hulpverlening van Stichting Flexus*. Unpublished master thesis, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland.

Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Moscickli, E. K., Schinke, S. Valentine, J. C. & Ji, P. (2005) Standards of Evidence: criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.

Gilsdorf, J.W. (1992) The new generation. *Older workers. Training and development*. 46, 77.

Harrisson, S. (2005) Child protection database will help agencies share crucial information. *Nursing standard*. 20, 6.

Hessel, I. J., Hoeijmans, F., & Werkhoven, M. van . (2007). *Standaarddoelenlijst*. Rotterdam: Interne publicatie Stichting Flexus.

Hoeijmans, F. & Hessel, I. (2006) Effectief werken binnen Flexus. *Plan van aanpak doelrealisatie en effectmeting*. Rotterdam: Stichting Flexus.

Horn, M. van der, & Groenenboom, S. (2008) Vragenlijst 'Mate van problemen met SMART-doelen'. Utrecht: Universiteit Utrecht. (vragenlijst te verkrijgen bij auteurs).

Intranet Stichting Flexus november 2007 / mei 2008

www.flexus.org

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968) Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.

Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002) Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*, 57, 105-177.

McLean, M., Calhoun, M., Staley D. & Hughes L. (1989) The relationship of age, level of formal education, and duration of employment toward attitudes concerning the use of computers in the workplace. *Journal of medical systems*. 13, 1-9.

Metselaar, J., Knorth, E. J., Noom, M. J., Yperen, van, T. A. & Konijn, C (2004) Treatment planning for residential and non-residential care: A study on indication for treatment statements as input to the care process. *Child and youth care forum*, 33, 151-173.

Morrisson, E. W. & Phelps (1999) Taking charge at work. Extra role efforts to initiate workplace change. *Academy of management journal*. 42, 403-419.

Nederlands Jeugdinstituut (NJI), november 2007

<http://www.nji.nl>.

Prochaska, J. M., Levesque, D. A., Prochaska, J. O., Dewart, S. R. & Wing, G. R. (2001) *Mastering Change: A Core Competency for Employees*. Oxford: Oxford University Press.

Verheij, F. (2003) *Behandelingsplanning in de jeugdzorg en het speciaal onderwijs*. Amsterdam: Uitgeverij SPW.

Welling, M. (2007) Beleid en politiek kunnen sturen op vraaggericht werken. *Jeugdbeleid*,

nummer 4.

Werkgroep methodiekbeschrijving (2007) *Methodiekbeschrijving Intensieve Pedagogische Thuishulp* (IPT). Rotterdam: Stichting Flexus.

Werkgroep Prestatie-indicatoren (2006) *Prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: Interprovinciaal Overleg

Werkhoven, M. van. (2007). *Reaching Goals*. Unpublished master thesis, Universiteit Utrecht, Utrecht, Nederland.

Yperen, T. van,. (2003) *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van,. (2004) *Doelrealisatie. Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II. GGZ Nederland, Maatschappelijke ondernemersgroep*. Utrecht: De Smaakmakers Communicatie, de Meern.

Yperen, T. van, Booij Y. & Veldt, van der, M.C. (2003) *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van, Loeffen, M. Berg, van den, G. & Lekkerkerker L. (2005) *Jeugdzorg op orde. Ontwerp van een ordeningsmodel voor preventieve, curatieve en repressieve interventies*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van, Meyknecht, G & Diephuis, K. (2004) *Werken met doelrealisatie. Handreiking formuleren en evalueren van hulpverleningdoelen. In GGZ Nederland / Maatschappelijke Ondernemersgroep, Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: NIZW.

Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (2006) *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Deel I, II en III. Utrecht: NIZW.

Bijlagen

Standaarddoelenlijst

Lichaam

- L1. Lichamelijke functies
- L2. Motoriek en houding
- L3. Groei en gewicht
- L4. Gezondheid
- L5. Zelfverzorging
- L6. Seksualiteit

Cognitie

- C1 Denken
- C2 Aandacht
- C3 Taal en spraak
- C4 Leren
- C5 Waarneming, bewustzijn

Emoties

- E1 herkennen van emoties
- E2 uiting van emoties
- E3-1 reactie op emoties
- E4 omgang met belangrijke gebeurtenissen

Gedrag

- G1 impulscontrole verbeteren
- G2 dagelijkse routine / structuur
- G3 sociale vaardigheden uitbreiden
- G4 spel-, leer- of werkhouding verbeteren
- G5 financiën

Persoonlijkheid

- P1 identiteit en zelfwaardering
- P2 kenmerken
- P3 Geweten / normbesef

Relaties

- R1 gezin
- R2 familie
- R3 vrienden
- R4 partner
- R5 opleiding
- R6 werk
- R7 omgeving

Omgeving

- O1 sociaal netwerk
- O2 maatschappijvaardigheden verbeteren
- O3 vrijetijdsbesteding
- O4 school-, werkgedrag verbeteren
- O5 hulpverlening

Gezin

- Ge1 opvoedingsvaardigheden
- Ge2 toepassen opvoedingsvaardigheden
- Ge3 acceptatie en perspectief
- Ge4 omgaan met ouderrol bij opvoedingsvariant pleegzorg
- Ge5 opvoedingsvaardigheden pleeggezin
- Ge6 onderlinge relaties in het pleeggezin
- Ge7 sociaal netwerk pleeggezin

Bijlage 2

Schematisch overzicht hulpverlening

