

1 Inleiding

1.1 De voorgeschiedenis van het onderzoek

In november 1988 bracht een foto van Jolanda Venema in de landelijke media in heel Nederland een schok teweeg. Op de foto stond Jolanda, een vrouw met een verstandelijke handicap, ontkleed en vastgebonden. De ouders van Jolanda brachten deze foto in de publiciteit omdat zij vonden dat hun dochter een onmenselijk leven leidde in de instelling waar ze verbleef.

In december 1988 installeerde de hoofdinspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid een Commissie van Deskundigen. De Commissie analyseerde de situatie rond Jolanda Venema en adviseerde over te nemen maatregelen. Volgens de Commissie (Noorda, 1989) was de situatie ontstaan als gevolg van de instellingscultuur. Ten eerste was het zorginhoudelijk beleid sterk gebaseerd op het concept van prikkelreductie, leidend tot extreme versimpeling van het leefmilieu. Ten tweede werd probleemgedrag geaccepteerd als behorend bij de constitutie van de persoon. Ten derde ontbrak een toekomstperspectief gebaseerd op Jolanda's mogelijkheden. Deze aanpak resulteerde in een neergaande spiraal waarin elke oplossing tot een nieuw probleem leidde. De moedeloosheid en wanhoop van de zorgverleners resulteerde in een ontklede Jolanda in een kale ruimte vastgebonden aan een verwarmingselement.

De adviezen van de Commissie bevatten bouwstenen voor een experimenteel opgezet Very Intensive Care project (VIC). Dit project richtte zich op de zorgverlening aan vier bewoners met ernstig probleemgedrag, waaronder Jolanda Venema. In juni 1989 startte het project in het Hendrik van Boeijen-Oord te Assen¹. Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid & Cultuur (wvc)² verstrekke de subsidie.

Het was een breed opgezet interventie- en veranderingsproject met consultatie en case-management als uitgangspunt. De consultants en de medewerkers van de instelling ontwikkelden een werkwijze die was gericht op het herstel van het gewone leven, vermindering van probleemgedrag en optimale ontplooiing van de persoon. In de werkwijze lag de nadruk op de omgang met de persoon en niet zoals voorheen op het beheersen van de situatie. Het analyseren en uitvoeren van de omgang werd ingebed in een

.....

- 1 Inmiddels Stichting Hendrik van Boeijen. Het Hendrik van Boeijen-Oord behoort tot de regio Noord van deze stichting.
- 2 Inmiddels het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws).

ondersteunende organisatie. Over het verloop van het project (organisatie, werkwijze en resultaten) rapporteerden Vriesema, Van der Struik, Wielink & Van Gemert (1993). Voor de beschrijving van het project wordt verwezen naar Van Gemert, Wielink en Vriesema (1995).

Het VIC-project toonde aan dat ondanks ernstige gedragsproblemen een humaner bestaan voor Jolanda en haar medebewoners mogelijk was. De werkwijze, benoemd als orthopedagogische benadering (Van Gemert, 1990), bleek overdraagbaar naar andere zorgverleners. Het VIC-project werd door externe deskundigen geëvalueerd (Schoor, Lock & Swets-Gronert, 1991). Zij concludeerden dat de in het project ontwikkelde expertise succesvol was maar nog onvoldoende geëxpliciteerd en geoperationaliseerd.

1.2 De aanleiding tot het onderzoek

De ondermaatse leefomstandigheden van Jolanda Venema waren de aanleiding om een landelijk inventariserend onderzoek te verrichten naar probleemsituaties rond bewoners in de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten. Dit onderzoek van Schuring, Barnhard, Kardaun, Kramer & Schoep (1990) toonde aan dat de omvang en de ernst van de problematiek omvangrijk waren. In de intramurale zorgverlening verbleven ongeveer 1600 bewoners met extreme of zeer ernstige gedragproblematiek. Het gedrag van de bewoner vormde overwegend een zeer ernstige bedreiging voor de bewoner zelf of voor de omgeving en de getroffen maatregelen hielpen niet of konden een uiterst negatieve uitwerking op het bestaan van de bewoner hebben. Schuring et al. (ibid.) adviseerden onderzoek te doen naar diagnostiek en behandelings- en begeleidingsprogramma's. Onderzoek naar ernstig probleemgedrag bij ernstig verstandelijk gehandicapten in de intramurale zorgverlening bleek een complex en relatief onontgonnen onderzoeksterrein. De overheid erkende dit probleem en beval onderzoek op dit terrein aan (NZr, 1991; wvc, 1992).

De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stelde onderzoek voor naar de VIC-expertise. Door de ontwikkeling en uitvoering van de werkwijze te onderzoeken in een wetenschappelijk kader vulde het onderzoek de leemte van begeleidingsprogramma's voor Sterk Gedragsgestoorde Ernstig Verstandelijk Gehandicapten (SGEVG). De in het onderzoek opgedane kennis en ervaring moest overdraagbaar zijn naar andere instellingen waar intensieve zorg wordt verleend aan SGEVG.

In december 1992 werd door het Ministerie van wvc het onderzoeksvoorstel gehonoreerd (Vriesema, 1991). De duur van het onderzoek was viereenhalf jaar. Het onderzoek diende een bijdrage te leveren aan het maatschappelijk vraagstuk, zoals dat is verwoord in de beleidsnotitie 'Ernstig

Probleemgedrag bij verstandelijk gehandicapten' (wvc, 1992). Het onderzoek startte op 1 februari 1993. Het werd uitgevoerd in het Hendrik van Boeijen-Oord door de Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek.

1.3 De onderzoeksomgeving

De afdeling waar het onderzoek werd uitgevoerd, maakt deel uit van het Hendrik van Boeijen-Oord, een intramurale instelling voor mensen met een verstandelijke handicap. Ter bevordering van de overdraagbaarheid van de onderzoeksresultaten naar andere instellingen wordt in deze paragraaf de onderzoeksomgeving beschreven. Achtereenvolgens worden de intramurale zorgverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, het Hendrik van Boeijen-Oord en de onderzoekslocatie beschreven. De beschrijving geeft een beeld van de situatie in de beginjaren negentig.

Intramurale zorgverlening

In Nederland is voor mensen met een verstandelijke handicap een specifieke (catorale) zorgverlening georganiseerd (De Jong, 1994). Daarin wordt een onderscheid gemaakt tussen intramurale (gedurende 24 uur), semimurale (gedurende een groot deel van de dag) en extramurale (kortdurende) zorgverlening. In toenemende mate is het beleid gericht op transmurale zorgverlening. Volgens Magnus (1993) wordt hieronder verstaan: "... het *doorbreken van schotten* tussen de drie van oudsher gescheiden sectoren binnen het circuit voor mensen met een verstandelijke handicap: de intra-, semi-, en extramurale zorg." (pag. 78). Dit vergroot, volgens haar, de mogelijkheid om mensen met een verstandelijke handicap gebruik te laten maken van algemene voorzieningen en diensten.

Intramurale instellingen bieden zorg aan mensen met een verstandelijke handicap van alle leeftijden en van alle niveaus van functioneren (Magnus, *ibid.*). Kenmerkend voor deze zorg is het vervangend maatschappelijk verband dat in het teken staat van zorgverlening met van oorsprong het accent op wonen. Dit is ook de reden waarom er in dit onderzoek vaak over bewoners³ wordt gesproken. Daarnaast worden alle functies (zoals wonen, werken, leren, en vrijetijd) vervuld vanuit een gemeenschappelijke zorgopvatting (Van den Brink, 1993).

Bij mensen met een ernstige verstandelijke handicap en ernstige gedragsproblemen is de zorg thuis vaak op jonge leeftijd vervangen door de

.....

3 Naast bewoner worden typeringingen gebruikt als mens, persoon, cliënt en deelnemer (vaak in het geval van dagbesteding).

intramurale zorgverlening. Het kind is thuis 'uit de omgang gevallen', dat wil zeggen: De relatie tussen het kind en de ander is verstoord of langdurig uit evenwicht (Van den Brink, *ibid.*). Het kan ook zijn dat de verzorging van het kind voor de ouders te zwaar is (Van Berkum & Haveman, 1997).

De zorg wordt verleend in reguliere of speciale wooneenheden. In reguliere eenheden wonen twaalf à dertien personen. Speciale eenheden zijn vaak kleiner vanwege intensieve zorgverlening. De groep wordt samengesteld met bijvoorbeeld gedragsproblematiek als criterium. De zorgintensiteit blijkt uit: de verhouding tussen het aantal bewoners en het aantal zorgverleners, de nadruk op planmatig handelen, de mogelijkheid tot meer overleg en de nadrukkelijke bemoeienis van verschillende disciplines. De volgende varianten worden in de literatuur en de praktijk onderscheiden:

- zorgintensieve wooneenheden (intensive care) met zeven tot tien bewoners, waaronder ook bewoners zonder ernstige gedragsproblemen;
- zeer zorgintensieve wooneenheden (very intensive care) met drie tot zes bewoners met (zeer) ernstige gedragsproblemen;
- behandel- en/of observatie-eenheden met gemiddeld vier cliënten met zeer tot extreem ernstige gedragsproblemen;
- categoriale kleine wooneenheden met mensen met een verstandelijke handicap en een stoornis in het autistisch spectrum (zie Van Berckelaer-Onnes, Dijkxhoorn & Van der Ploeg, 1996);
- individuele wooneenheden, veelal aangehaakt aan een wooneenheid voor bewoners met zeer tot extreem ernstige gedragsproblemen.

De instelling heeft de keus om de wooneenheden over het terrein te spreiden of juist in bepaalde gebouwen te concentreren.

Het woonklimaat in speciale wooneenheden wordt vaak sterk beïnvloed door vrijheidsbeperkende en/of beschermende middelen en maatregelen. Er staan destructiebestendige meubelen en plastic planten. Muren zijn geplastificeerd, glad gemaakt of gecapitonneerd en decoraties hangen hoog. Alles wat kapot kan is uit de woon-, en/of slaapruijnte gehaald. Op deze manier wordt geprobeerd schade aan materialen en personen te voorkomen. Soms wordt de bewoner gefixeerd (vastgezet met een 'zweedse band', een 'slingermouw' of iets dergelijks), tijdelijk in zijn eigen kamer opgesloten, of hij⁴ draagt een helm of polsbandjes. Vaak hebben de bewoners geen vrije toegang tot de keuken, de eigen slaapkamer of het toilet. In enkele gevallen bestaat de mogelijkheid een bewoner na een gedragsescalatie te separeren in een alleen daarvoor bestemde ruimte. Zorgverleners beschikken over een alarm- of oproepsysteem waardoor collega's direct kunnen helpen. 's Nachts gaat de zorg-

.....

4 Daar waar hij is geschreven, wordt tevens zij bedoeld.

verlening over op één nachtdienst voor een groot aantal wooneenheden en een elektronisch afluistersysteem. Bewoners worden 's nachts meer dan overdag in hun vrijheid beperkt.

Voor veel bewoners is de dag gevuld met wachten op verzorgingsmomenten zoals eten, drinken, wassen en wandelen. In enkele gevallen worden bewoners betrokken bij huishoudelijke taken of wordt hun geleerd hierin een aandeel te hebben. Dagbesteding ontbreekt meestal of is beperkt tot wekelijks enkele uren.

Het Hendrik van Boeijen-Oord

Bij de start van het onderzoek in 1993 is het Hendrik van Boeijen-Oord een intramurale instelling met 748 erkende plaatsen. De meeste wooneenheden bestaan uit negen à tien bewoners. Er zijn relatief veel kleine groepen van zes of minder bewoners en relatief weinig grote groepen van dertien of meer bewoners. 39,6% van de populatie woont langer dan 30 jaar in de instelling. De leeftijdsopbouw is vergelijkbaar met die van andere intramurale instellingen (deze en volgende vergelijkingen zijn gebaseerd op het Management Informatie Pakket 1992-1994 van de instelling (Nzi, 1995)). Het aantal bewoners van 40 tot 49 jaar is echter uitzonderlijk groot. Gezien de lange verblijfsduur en de leeftijdsopbouw van de populatie woont een groot deel van de bewoners sinds hun kindertijd in de instelling. In de instelling wonen relatief veel mensen met een ernstige verstandelijke handicap, veel mensen met twee of meer handicaps, en een bovengemiddeld aantal met gedragsproblematiek. Er is relatief veel verplegend/verzorgend en medisch-/sociaal-wetenschappelijk personeel in dienst. Ondanks een relatief hoog ziekteverzuim is het verloop onder het personeel laag. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke uitvoerende medewerkers is 33 jaar, die van hun vrouwelijke collega's is 31 jaar. De meesten zijn tussen de 20 en 39 jaar. Dit is overeenkomstig het landelijke gemiddelde. In vergelijking met andere instellingen werken in het Hendrik van Boeijen-Oord veel personeelsleden onder de 20 jaar.

De instelling staat aan het begin van een periode waarin spreiding van de capaciteit van de instelling richting kleinschalige voorzieningen verzevenlijkt moet worden. De 748 plaatsen moeten verdeeld worden over zes locaties. Hierna zal het aantal plaatsen op de hoofdlocatie, waar het onderzoek plaatsvindt, teruggebracht zijn van 668 naar 296. Het is onduidelijk in hoeverre de spreiding in de onderzoeksperiode (september 1993 tot medio 1997) de onderzoekslocatie raakt.

De organisatiestructuur van het Hendrik van Boeijen-Oord is in de beginjaren negentig een divisiestructuur. De locatie waar het zorgprogramma wordt uitgevoerd valt onder de divisie 'behandeling'. Deze bestaat uit: een activiteitendienst, een observatie- en behandelingscentrum, een woon-

afdeling met overwegend Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) en een woonafdeling met overwegend Sterk Gedragsgestoorde Ernstig Verstandelijk Gehandicapten. De afdeling voor SGEVG is de onderzoekslocatie.

De onderzoekslocatie

De woonafdeling waar het onderzoek plaatsvindt, bestaat uit paviljoen A en paviljoen B. Elk paviljoen heeft een aantal inbandige units (wooneenheden). In paviljoen A wonen 38 personen verdeeld over acht units. In paviljoen B wonen 48 personen verdeeld over zes units. In paviljoen A zijn de units kleiner (drie tot zes personen) dan in paviljoen B (zeven tot negen personen).

Op de afdeling werken zo'n 100 medewerkers: (leerling) verpleegkundigen, medewerkers groepsbegeleiding, huishoudelijke- en nachtdienst. Een unithoofd geeft leiding aan de zorgverleners van verschillende units. Paviljoen A heeft drie en paviljoen B twee unithoofden. Het afdelingshoofd geeft leiding aan de unithoofden. Het hoofd van de divisie behandeling geeft leiding aan de afdelingshoofden. De zorgverleners en leidinggevend worden ondersteund door een aan de afdeling verbonden stafverpleegkundige, twee orthopedagogen, een arts, een maatschappelijk werker en medewerkers van de huishoudelijke dienst. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van de overige diensten binnen de instelling.

1.4 Het doel van het onderzoek en de onderzoeksvraag

In de situatie rond Jolanda Venema en haar lotgenoten (een unit in paviljoen A) werd, in termen van Doerbecker (1985), op iteratieve wijze een zorgverleningsstrategie ingevoerd. Deze strategie werd eerst benoemd als VIC-project. Vanaf het moment dat het VIC-project werd gegeneraliseerd naar de afdeling, sprak men in de instelling over het programma voor verstandelijk gehandicapte laag niveau bewoners met gedragsstoornissen.

Volgens Donker (1990) is een programma een: "... samenhangend stelsel van activiteiten en/of maatregelen, waarmee men bepaalde diensten wil verlenen of bepaalde effecten wil bewerkstelligen. Die activiteiten en maatregelen zijn te beschouwen als middelen, die in georganiseerd verband worden ingezet om de doeleinden, oftewel de te leveren diensten of beoogde effecten, te bereiken. Doeleinden en middelen maken beide onderdeel uit van het programma." (pag. 21).

Bij de start van het onderzoek werd het op het VIC-project gebaseerde programma 'Het zorgprogramma voor SGEVG' genoemd. Dit zorgprogramma is het vertrekpunt van het onderzoek en object van verdere ontwikkeling. In dit proefschrift wordt echter afstand genomen van deze benaming (zie

paragraaf 2.2) en wordt gekozen voor de naam ‘Zorgprogramma voor intensieve zorgverlening aan mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke handicap en (zeer) ernstig probleemgedrag’. In het vervolg wordt, vanwege de leesbaarheid, met de term ‘het zorgprogramma’ dit zorgprogramma aangeduid⁵. In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet waarin een zorgprogramma zich onderscheidt van bijvoorbeeld een behandelings-, een trainings-, of een opvoedingsprogramma. Via dit onderzoek wordt het zorgprogramma geëxpliciteerd, geoperationaliseerd en naar effect geëvalueerd. Het onderzoek richt zich hiermee op het ontwikkelen en toetsen van het zorgprogramma. Het doel van het onderzoek is dan te omschrijven als:

Het ontwikkelen van een effectief zorgprogramma voor intensieve zorgverlening aan mensen met een ernstige verstandelijke handicap en (zeer) ernstig probleemgedrag.

Om dit doel te kunnen realiseren moet eerst duidelijk worden wat het zorgprogramma inhoudt en welke effecten het beoogt. Pas daarna kunnen de effecten van het zorgprogramma worden getoetst. Hiervoor moeten in het onderzoek de volgende twee vragen worden beantwoord:

- Onderzoeksvraag 1
Waaruit bestaat het ontwikkelde zorgprogramma?
- Onderzoeksvraag 2
Heeft het ontwikkelde zorgprogramma het bedoelde effect?

Het antwoord op onderzoeksvraag 1 houdt zowel het beschrijven als het ontwikkelen van het zorgprogramma in. Eerst moet het zorgprogramma op de onderzoekslocatie, het naar de afdeling gegeneraliseerde VIC-project, worden beschreven. Hierin wordt een onderscheid gemaakt in een voorgenomen en een uitgevoerd zorgprogramma. In het voorgenomen zorgprogramma staat hoe men zich de uitvoering van het zorgprogramma voorstelt. Het uitgevoerde zorgprogramma is de wijze waarop daadwerkelijk gestalte wordt gegeven aan de voornemens. De uitvoering komt niet altijd overeen met het voorgenomen programma. Het beschrijven van het voorgenomen en het uitgevoerde zorgprogramma moet duidelijkheid geven over de mate waarin dit het geval is. Door een hierop gebaseerde ingreep moet een te groot

.....

5 Zie voor de betekenis van programma en samenstellingen met het woord programma de verklarende woordenlijst.

verschil tussen het voorgenomen en het uitgevoerde zorgprogramma worden verkleind.

Als de voornemens overeenstemmen met de uitvoering van het zorgprogramma is daarmee nog niet de wenselijkheid van het zorgprogramma bepaald. Om dit te bepalen moet het zorgprogramma op de onderzoekslocatie worden vergeleken met een buiten het zorgprogramma gelegen norm. Ook deze vergelijking maakt een verschil mogelijk. Ook dan is er een ingreep nodig om het verschil tussen het zorgprogramma op de onderzoekslocatie en de daarbuiten gelegen norm te verkleinen. Voor deze externe norm is in dit onderzoek het begrip 'het gewenste zorgprogramma' gereserveerd.

Door de verschillende ingrepen wordt gewerkt aan het ontwikkelen van het zorgprogramma. Hiervoor is in het onderzoek een periode van groei en ontwikkeling van het zorgprogramma nodig. Waarschijnlijk zijn er verscheidene 'proefrondes' nodig. Het gaat steeds om een herhaling van een cyclus, waarin de ingreep op het zorgprogramma telkens wordt beproefd.

Pas nadat het uitgevoerde zorgprogramma op de onderzoekslocatie het voorgenomen en het gewenste zorgprogramma voldoende benadert, wordt onderzoeksvraag 2 beantwoord.

1.5 De opzet van dit proefschrift

In dit hoofdstuk werden de voorgeschiedenis van en de aanleiding tot het onderzoek belicht. Vervolgens werd de omgeving waarin het onderzoek wordt uitgevoerd, beschreven. In de vorige paragraaf werden het onderzoeksdoel en de onderzoeksvraag geformuleerd.

Alvorens de onderzoeksmethode te expliciteren waarlangs het onderzoeksdoel bereikt kan worden, is het eerst nodig om de in het doel opgenomen termen te omschrijven. Zo moet duidelijk worden wie er tot de doelgroep behoren. Het zijn mensen met een (zeer) ernstige verstandelijke handicap en (zeer) ernstig probleemgedrag. Wat typeert hen en volgens welke criteria behoren ze tot de doelgroep? In de literatuur valt na te gaan met welke problematiek men in de zorgverlening bij deze doelgroep wordt geconfronteerd. Voor het in kaart brengen van de problematiek is het nodig deze in een context te plaatsen waarin de omgang tussen de zorgverlener en de bewoner en de optimale ontplooiing van de bewoner centraal staan. Hiermee is een belangrijk kenmerk gegeven van het te ontwikkelen zorgprogramma en wordt afstand genomen van de zorgopvatting waarin het actueel beheersen van een ongewenste situatie het uitgangspunt is (zie paragraaf 1.1). Inzicht in de problematiek is nodig om richting te kunnen geven aan de inhoud van het zorgprogramma. De bespreking van termen en concepten verwijst naar de inhoud van het zorgprogramma. Daarmee is de vorm ervan nog niet belicht.

Ook uit de definitie van een programma volgens Donker (zie paragraaf 1.4) blijkt niet uit welke onderdelen een programma behoort te bestaan en hoe deze zich tot elkaar verhouden. In hoofdstuk 2 wordt daarom ingegaan op de doelgroep, de aan de doelgroep gerelateerde problematiek, intensieve zorgverlening en de onderdelen van een zorgprogramma.

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet beschreven. De onderzoeksvragen worden uitgewerkt in onderzoeksdeelvragen. Daarna kan worden bepaald welk type onderzoek geschikt wordt geacht om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Uit de vragen blijkt dat het beschrijven, het ontwikkelen en het toetsen van het zorgprogramma de kernactiviteiten van het onderzoek zijn. Voor het in en met de praktijk uitvoeren van deze activiteiten is programmaevaluatie het geschikte type onderzoek. De ingrepen op het voorgenomen en het uitgevoerde zorgprogramma vereisen een zich ontwikkelend onderzoeksontwerp. Daarin is een oriëntatiefase, een ontwikkelingsfase en een toetsingsfase opgenomen. Per fase en afhankelijk van het onderzoeksverloop zijn verschillende metingen mogelijk. Het onderzoeksdoel blijft ongewijzigd. Het precieze verloop is afhankelijk van onvoorspelbaarheden, weerstand en andere zaken die dwingen tot aanpassen aan de omstandigheden.

Om onderzoeksvraag 1 (Waaruit bestaat het ontwikkelde zorgprogramma?) te kunnen beantwoorden moet eerst een gewenst zorgprogramma worden beschreven. Zo kan het voorgenomen zorgprogramma op de onderzoekslocatie worden vergeleken met het gewenste zorgprogramma. Voor de inhoud en vorm van dit gewenste zorgprogramma zijn in hoofdstuk 2 richtlijnen geformuleerd. De richtlijnen voor de vorm worden in hoofdstuk 3 getoetst aan de voorschriften van theoriegestuurde programmaevaluatie. Vervolgens kan een model worden geformuleerd dat ten grondslag ligt aan een gewenst zorgprogramma. In hoofdstuk 4 wordt het gewenste zorgprogramma beschreven. Hiermee is de norm gegeven waarmee het zorgprogramma op de onderzoekslocatie wordt geconfronteerd.

De hoofdstukken 5, 6 en 7 vermelden de empirische resultaten van dit onderzoek in respectievelijk de oriëntatiefase, de ontwikkelingsfase en de toetsingsfase. In de hoofdstukken 5 en 6 wordt aan de hand van de resultaten van meerdere metingen onderzoeksvraag 1 beantwoord. In hoofdstuk 7 wordt onderzoeksvraag 2 (Heeft het ontwikkelde zorgprogramma het bedoelde effect?) beantwoord.

In hoofdstuk 8 wordt geconcludeerd of het doel van het onderzoek is gerealiseerd. Daarna wordt ingegaan op de bruikbaarheid van het zorgprogramma in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap in het algemeen. Afsluitend worden aanbevelingen gegeven voor praktijk, beleid en onderzoek.

