

**Sociaal Pædagogisch Centrum Sandhaghe**  
dagverblijven en woonvormen voor verstandelijk gehandicapten

Hogeweg 18  
2585 JD 's-Gravenhage  
Telefoon 070-526200

SPC-SANDHAGHE  
In ontwikkeling

Naar een beheersbare zorg

Herman van der Weide  
's-Gravenhage  
Februari 1989

SPC-SANDHAGHE  
In ontwikkeling

Naar een beheersbare zorg

Herman van der Weide  
's-Gravenhage  
Maart 1989

.....Na een tijd van verval komt het keerpunt. Het krachtige licht dat was verbannen keert terug. Er is beweging, maar niet voortgebracht door een kracht.... De beweging is natuurlijk en ontstaat vanzelf. Daardoor verloopt de omvorming van het oude gemakkelijk. Het oude wordt afgeworpen en het nieuwe naar voren gebracht. Beide handelingen stammen overeen met de tijd; daarom wordt niets geschaad.

- I Ching -

## INHOUD

Inleiding	2
Opbouw van de nota	4
Hoofdstuk 1 De geschiedenis van de zwakzinnigenzorg	5
1.1 Inleiding	5
1.2 Zwakzinnigenzorg in de oudheid	5
1.3 De middeleeuwen	5
1.4 Tot de 19e eeuw	6
1.5 De situatie na 1900	6
1.6 De nieuwe zorg	6
1.7 Het SPC-SANDHAGHE	7
1.8 De financiering	8
1.9 Globale beschrijving organisatie	8
1.9.1 De organisatie-structuur	8
1.9.2 De voorzieningen	10
Hoofdstuk 2 Visies en modellen binnen de zwakzinnigenzorg	11
2.1 Paradigma's in de zorg voor geestelijk gehandicapten	11
2.1.1 Empirisch-Positivistische opvattingen	11
2.1.2 De geesteswetenschappelijke benadering	11
2.1.3 Kritische benaderingen	12
2.2 Consequenties voor de zwakzinnigenzorg	13
2.2.1 Medisch model	13
2.2.2 Ontwikkelingsmodel	13
2.2.3 Acceptatie model	14
2.3 Modellen binnen SPC-SANDHAGHE	15
Hoofdstuk 3 De overheid	17
3.1 Erkenningsseisen	17
3.2 Toetsingsinstrumentarium	17
Hoofdstuk 4 De organisatie-theoretische benadering	19
4.1 De oorsprong	19
4.2 Enkele organisatie-theorieën	21
4.2.1 De Cybernetica	21
4.2.2. Peters en Waterman	22
4.2.3 Minzberg	24
Hoofdstuk 5 De interne- en externe probleemvelden voor SPC-SANDHAGHE	28
5.1 Kwaliteit van zorg als uitgangspunt	28
5.2 Probleemvelden op basis van de organisatie-theorieën	31
5.3 De interne structuur	33

Hoofdstuk 6	Conclusies en aanbevelingen	35
6.1	Conclusies	35
6.2	Aanbevelingen	38
6.2.1	De zorgvisie	38
6.2.2	Bestuurbare deconcentratie	38
6.2.3	Deskundigheid groepsleiding	39
6.2.4	De overheid	40
6.2.5	De invoering	40
6.2.6	Tenslotte	41

## INLEIDING.

De voor u liggende nota wil de richting geven die het SPC-SANDHAGHE de komende jaren als te volgen koers zou kunnen nemen. In deze nota wordt beoogd de hoofdpunten van het beleid aan te geven en die aspecten van beleid die binnen de stichting reeds geruime tijd een bundeling dan wel verdieping behoeven. De uitgangspunten die bijgedragen hebben aan de totstandkoming van deze nota zijn de volgende.

Het SPC-SANDHAGHE heeft voor de uitvoering van haar werkzaamheden in statutaire zin de beschikking over intra- semi- en extra-murale voorzieningen. Over een reeks van jaren heeft de organisatie moeite gehad om m.n. het semi-murale gedeelte zodanig te organiseren dat zowel recht gedaan werd aan de ontwikkeling van de kwaliteit van zorg en de mogelijkheden van controle en bijsturing als aan de behoefte van de voorzieningen om een eigen identiteit te ontwikkelen.

Gevolg is geweest dat er ofwel een zeer centralistische organisatievorm werd gekozen dan wel een gedecentraliseerde die zich kenmerkte door een beheersvorm met permanente werkgroepen die door de verregaande bevoegdheden die men op decentraal niveau had gekregen tot volkomen ontredding van de organisatie leidde.

Van beide vormen kan gezegd worden dat ze niet optimaal gefunctioneerd hebben. Debet zal hier wellicht aan zijn geweest de motieven of de bewustheid waarmee voor een organisatievorm werd gekozen.

Was interne druk de reden om te decentraliseren of was een reeds te ver gedemocratiseerde vorm reden om in allerijl de zaak weer bestuurbaar te maken en daarmee de bevoegdheden uit het werkveld te halen.

Een derde partij die al die jaren over het hoofd gezien is, waar het de te kiezen organisatie vorm betref, is de overheid geweest. Die immers heeft met een vergaand stelsel van erkenningseisen een positie die menig bestuur of directeur zichzelf zou toewensen.

Gevolg is wel dat met een dermate grote overheidsbemoeienis, er voor het management niet veel te managen valt en er alleen iets gezegd kan worden over welk organisatie-niveau welke bevoegdheden moet hebben. Waarbij aangetekend kan worden dat wanneer er te vergaand gedecentraliseerd is, beleidsbepaling en -uitvoering in één hand komt.

Reeds jarenlang meent de overheid dat een verregaande ordening en regelgeving het geëigende middel is om zowel de kwaliteit als de kosten van de hulpverlening te controleren en waar nodig bij te sturen.

Probleemstelling is daarmee: Hoe kan het SPC-SANDHAGHE organisatorisch vorm gegeven worden, zodanig dat alle actoren zich betrokken weten en zicht hebben op de kwaliteit van de hulpverlening?

In de 30 jaar die achter ons liggen is er veel gebeurd in de zorg voor geestelijk gehandicapten.

Naast de traditionele intra-murale voorzieningen zijn er nieuwe zorgvormen bijgekomen. Semi- en extra-muraal en laatstelijk ook de ambulante hulpverleningsvormen als praktisch pedagogische gezinsbegeleiding.

Ook de intra-murale zorg is niet meer het wegstop/verzorgingshuis/dolhuis etc. wat het jarenlang wel is geweest. De verschillende zorgmodellen als medisch, normatief, ontwikkelingsmodel passeerden de revue.

Uit dit alles blijkt dat er onder wetenschappers en werkers in de zwakzinnigenzorg geen eensgezindheid bestaat over doelen en uitgangspunten van de zorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er momenteel nog steeds geen algemeen aanvaard zorgconcept bestaat dat de visie, werkwijze en de organisatie van de zorg in beeld brengt. Het enige uitgangspunt dat momenteel als algemeen aanvaarde norm gehanteerd wordt is dat de gehandicapte centraal in de samenleving dient te staan.

In voorliggende nota wordt aangegeven hoe er vanuit diverse theoretische modellen tegen een organisatie als SPC-SANDHAGHE aangekeken zou kunnen worden.

Dat daarbij de rol van de overheid een andere zal moeten worden is welhaast een uitgangspunt.

Echter ook, in dit geval, het SPC-SANDHAGHE zal een zekere veranderingsbereidheid aan de dag moeten leggen om de zorg en de wijze waarop die zorg georganiseerd is aan te laten sluiten bij de steeds complexer wordende hulpvraag.

Deze nota heeft als leidraad dat visies op de zwakzinnige mens en de daaruit voortvloeiende doeleinden, die aan de zorg worden toegekend, uiteindelijk bepalend zijn voor de wijze waarop vorm gegeven wordt aan de zorg.

Daarnaast is de nota van de Kommissie Onderzoek Direktiestructuur (KOD) bij mijn literatuur onderzoek in de beschouwing meegenomen.

Deze commissie is destijds op initiatief van de ondernemingsraad geïnstalleerd teneinde de directie structuur zoals die April '87 tot stand is gekomen aan een evaluatief onderzoek te onderwerpen.

### Opbouw van de nota.

Hoofdstuk 1 behandelt de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in vogelvlucht. Daarna een korte beschrijving van het SPC-SANDHAGHE.

In hoofdstuk 2 wordt, in vervolg op hoofdstuk 1, ingegaan op de diverse modellen die het kijken vanuit diverse paradigma's voor de zwakzinnigenzorg heeft opgeleverd. Bezien zal worden welk model de afgelopen jaren kenmerkend is geweest voor het SPC-SANDHAGHE.

In hoofdstuk 3 zal een korte beschrijving volgen van de rol die de overheid momenteel binnen een organisatie als SPC-SANDHAGHE speelt en de wijze waarop de kwaliteitsbewaking vanwege de overheid plaatsvindt.

In hoofdstuk 4 worden er, met de systeemtheorie als basis, enkele gedachten vanuit de organisatietheorie geïntroduceerd.

Hoofdstuk 5 geeft op basis van de geïntroduceerde theorie een analyse van SPC-SANDHAGHE en de positie van de overheid daarbinnen.

Hoofdstuk 6 geeft de conclusies en aanbevelingen op basis van het in de nota gestelde.

N.b. Voor de leesbaarheid van de nota wordt steeds de mannelijke vorm gebruikt.



## Hoofdstuk 1.

De geschiedenis van de zwakzinnigenzorg in vogelvlucht.

### 1.1. Inleiding.

Geschiedenis beschrijven roept associaties op met de tijd dat je op de lagere school zat. Slag bij Nieuwpoort en Bonafatius bij Dokkum vermoord zijn namen met erbij horende data die in je geheugen zijn gegrift. Naast de data met erbij horende namen wil ik de zwakzinnigenzorg echter m.n. beschrijven in termen van ontwikkelingen in de hulpverlening op basis van ideeën en gedachten t.a.v. het denken over zwakzinnigen zoals die de afgelopen jaren aan ons voorbij gegaan zijn. Ofwel de referentiekaders, of paradigma's, die bepalend zijn geweest voor de gedachtenvorming naast de vrijwel alles bepalende economische motieven en mogelijkheden.

Duidelijk wordt dat de wijze waarop de zorg momenteel uitgevoerd wordt niet het resultaat is van een bewust proces van denken en uitvoeren. In dit verband is het aardig te bedenken hoe de zorg er over pakweg 10 jaar uit zou kunnen zien. Vanuit het historisch perspectief is vrijwel alles mogelijk. Het enige en waarschijnlijk ook alles bepalende verschil met vroeger is, dat de rol van de overheid alsmaar groter wordt en daarmee valt eigenlijk wel een aardige voorspelling te doen over de zorg zoals die er over 10 jaar uit zal zien.

### 1.2. Zwakzinnigen in de oudheid.

In de Griekse oudheid werden mismaakte en al te zwakke kinderen gedood. Zij konden niet produktief worden in hun latere leven of, zoals bij de Spartanen soldaat worden.

Filosofen als Plato en Aristoteles vonden ook dat er voor deze zwakke mensen geen plaats was in de maatschappij, die ook toen al zijn eisen stelde aan de ingezetenen voor wat maatschappelijk aanvaardbaar gedrag betreft.

Ook de Romeinen en Germanen kenden hun gebruiken waarbij gebrekkige kinderen vlak na de geboorte door de vaders gedood mochten worden.

Het Christendom heeft aan deze gebruiken langzaam aan een einde gemaakt.

### 1.3. De Middeleeuwen.

In zijn "a history of mental retardation" schrijft Scheerenberger over het Europa uit de Middeleeuwen en de Nieuwe tijd: "geestelijk gehandicapten en psychiatrisch gestoorden die behoefte hadden aan de bescherming van een inrichting, werden verzorgd in een van de vele verschillende soorten inrichtingen: kloosters, gasthuizen, liefdadigheidsinstellingen, gevangenissen, armenhuizen, pesthuizen, werkhuisen, pakhuizen en andere gebouwen waarvan de meeste hun oorspronkelijke bestemming verloren hadden".

We weten dat niet iedere zwakzinnige een dergelijke opvang had. Vaak was er geen enkele opvang en zwierf men rond met andere zieken en gebrekkigen waarbij men meestal als een nar werd beschouwd.

Waar men wel zo gelukkig was om in één van bovenstaande voorzieningen te worden opgenomen, was er in ieder geval voldoende eten en een dak boven het hoofd. Deze instellingen kwamen voort uit een religieus motief.

Met werken van barmhartigheid werden de eigen zonden uitgewist, en daarmee een zekere waarborg gecreëerd voor een goed leven na de dood.

#### 1.4. Tot de 19e eeuw.

Bovengenoemde situatie is waarschijnlijk onveranderd gebleven tot aan het begin van de 19e eeuw. In die tijd raakten de gasthuizen in de steden overbezet en ontstond er bezwaar tegen de aanwezigheid van zwakzinnigen die er jarenlang een plaats bezet hielden.

Door geldnood werden er allerlei huizen met elkaar gecombineerd. Bekend was ook de combinatie van een pest- en dolhuis.

Können spreekt in dit verband van het "leprozen-paradigma". Dit is ook de periode die de franse filosoof Foucault omschrijft met "de grote opsluiting". Leprozerieën en pesthuizen werden in toenemende mate door zwakzinnigen bevolkt.

Eerder dan de bestuurders, waren het de artsen die tegen deze situatie protesteerden en de wantoestanden in de openbaarheid brachten. De geestelijk gehandicapte wordt steeds meer beschouwd als een, weliswaar ongeneeslijke patiënt en wordt in ieder geval beter verzorgd.

De vermenging met andere huizen vindt langzaam zijn einde en de contouren van de krankzinnigen instituten worden zichtbaar. De eerste Nederlandse krankzinnigenwet dateert van 1841. Volgens deze wet behoorden de chronische of ongeneeslijke geesteszieken tot de krankzinnigen en kregen daarmee het recht op een plaats in de nieuwe geneeskundige gestichten voor krankzinnigen.

#### 1.5. De situatie na 1900.

Het eerste echte gesticht voor zwakzinnigen was 's-Heerenloo in Ermelo. De predikant Dr. Mr. Willem van den Bergh heeft dit in 1891 opgericht. Al vrij vlug werd de doelstelling verbreed van verzorgen naar ook onderwijs.

Na de eeuwwisseling kwamen er instituten bij, maar pas na de tweede wereldoorlog kwam er een zeer sterke groei van inrichtingen op gang. De professionalisering nam hand over hand toe. De medici waren de belangrijkste mensen geworden binnen de inrichtingen. Hiermee stond de medische benadering centraal. De zwakzinnige werd gezien als patiënt en moest verpleegd en behandeld worden, het medisch model.

#### 1.6. De nieuwe zorg.

Rond de zestiger jaren kwamen de sociale wetenschappers sterk

opzetten. Pedagogen en psychologen veroverden een plaats binnen de inrichting.

Met hun komst deed ook het "ontwikkelingsmodel" zijn intrede. De zwakzinnige werd niet zozeer gezien als zieke, maar als "mens met tekorten".

Deze visie heeft er in hoge mate toe bijgedragen dat er naast de traditionele inrichtingen andere opvangmogelijkheden gingen ontstaan.

Ook de eerste ouderverenigingen maakten duidelijk wat ze wilden. Kleinschalige, ambulante- en semi-murale voorzieningen om daarmee hun kind zo lang mogelijk thuis te kunnen houden. In ieder geval het contact met het uithuisgeplaatste kind kunnen blijven onderhouden.

Geleidelijkaan ontstonden er nieuwe ideeën over de bouw, ligging en inrichting van de instellingen voor zwakzinnigenzorg.

De opvattingen komen er op neer dat:

- kleinschaligheid wenselijk is dus kleine leefeenheden, meer aandacht voor privacy van de bewoner;
- het huiselijk karakter belangrijk is;
- mannen en vrouwen samen in een instelling moeten kunnen verblijven;
- relatievorming tussen sexen mogelijk moet zijn;
- het onderkennen van de seksualiteit van de zwakzinnige;
- de mogelijkheid voor ontplooiing van de zwakzinnige;
- de neiging van de voorzieningen zich meer en meer als een open systeem te gedragen, waardoor het contact met de omgeving soepeler verloopt.

Voorzieningen die het licht zagen waren:

- socio-huizen
- fase-huizen
- kinderdagverblijven
- dagverblijven voor ouderen
- werkplaatsen
- gezinsvervangende tehuizen.

Dit lijstje is bij lange na niet compleet. Het geeft echter wel een aardig inzicht in wat er allemaal voorhanden is.

### 1.7. Het SPC-SANDHAGHE.

Binnen de ontwikkeling van de zwakzinnigenzorg zoals die in Nederland heeft plaats gevonden, heeft het SPC-SANDHAGHE een eigen plaats verworven.

Het Sociaal Paedagogisch Centrum Sandhaghe, kortweg SPC-SANDHAGHE is een stichting die zich volgens de statuten tot doel stelt om: "de belangen te bevorderen van personen met geestelijke, lichamelijke of verstandelijke afwijkingen". Voor wat betreft de levensbeschouwelijke richting gebeurt dit op algemene grondslag.

Teneinde dit doel te realiseren beschikt de stichting in Den Haag in omgeving over een 20-tal voorzieningen.

Te weten een observatie- en behandelingscentrum (ook wel te noemen inrichting), 17 gezinsvervangende tehuizen (GVT'n) en 2 kinderdagverblijven (KDV'n), in totaal ruim 520 plaatsen (bijlage 1) voor de doelgroep.

SPC-SANDHAGHE kent dus zowel intra- semi- als extra-murale

voorzieningen.

Het intra-murale gedeelte voortkomend uit de gezondheidszorg viel tot voor enkele jaren geleden onder het ministerie van volksgezondheid.

Het semi-en extra-murale gedeelte onder het toenmalige ministerie van CRM. Deze zogenaamde welzijnsfoot van de zwakzinnigenzorg heeft de laatste jaren de wind in de zeilen gehad, waardoor er een geweldige uitbreiding heeft plaatsgehad.

Vanwege deze traditionele scheiding is de bemoeienis van de overheid, hoewel nu onder één ministerie, voor de intra-murale sector een volstrekt andere als de semi- en extra-murale. Dit komt vooral tot uitdrukking in de veelheid van erkenningseisen die een GVT beherende stichting opgelegd krijgt. Deze erkenningseisen zijn er m.n. de reden voor dat deze nota zich zal richten op de semi-murale sector van SPC-SANDHAGHE.

### 1.8. De financiering.

De financiering vindt plaats door middel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die op basis van regelgeving door het ministerie van WVC is ingesteld.

De prijs per dag is gekoppeld aan een aantal minimum en maximum te stellen eisen zoals met name de personeelsopbouw zowel kwalitatief als kwantitatief.

De juiste uitvoering van de wet wordt getoetst door zowel het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) en verbindingkantoor (financieel) als door de Inspektie Geestelijke Volksgezondheid (inhoudelijk). Een en ander betekent dat het totale personele plaatje naar inhoud en structuur van overheidswege vastgelegd is. Dit overigens in tegenstelling tot de intra-murale zorg.

Ingeval niet aan de erkenningseisen voldaan wordt loopt men de kans dat de voorziening geen verlenging van de erkenning krijgt. Hiermee stopt de financiering en dus het voortbestaan van het GVT/KDV.

Voor de beherende instelling betekent e.e.a. dat men niet een eigen beleid kan voeren naar personeel en structuur. Vaak betekent dit onnodig hoge kosten omdat de organisatie mensen in dienst moet nemen die men strikt genomen niet nodig heeft.

### 1.9. Globale beschrijving organisatie SPC-SANDHAGHE.

#### 1.9.1. De organisatie-structuur.

Het SPC-SANDHAGHE kent een algemeen bestuur, dat de eindverantwoording draagt voor de begeleiding en verzorging van de geestelijk gehandicapten, die zijn toevertrouwd aan de zorg van het SPC-SANDHAGHE.

Het bestuur bestaat uit zes leden. Twee als vertegenwoordigers van de ouderverenigingen. Twee vanuit het personeel en twee vanuit de moederstichting SPC.

De directie bestaat uit twee functionarissen, te weten een algemeen directeur en een directeur bewoners- en personeelszaken.

Het centraal bureau.

Dit bureau verricht diensten ten behoeve van de voorzieningen, te weten de GVT'n, KDV'n en Sandhaghe.

Het centraal bureau bestaat naast de genoemde directie uit een secretariaat, een afdeling personeelszaken, een financiële administratie, een technische dienst en bouwzaken, een computerafdeling en de pedagogische- psychologische- medische dienst.

Volgens de erkenningsnormen is een centraal bureau een op ondersteuning van en serviceverlening aan de voorzieningen gericht onderdeel van de organisatiestructuur, waarin die voorzieningen passen.

Daarnaast kan het voorwaarden creëren om te komen tot kwaliteitsverbetering en afstemming van het voorzieningenbeleid in het werkgebied. Als gezegd is het voor het semi- en extra-murale deel van de organisatie niet eenvoudig een eigen beleid te voeren, aangezien de erkenningseisen dermate vergaand zijn dat er van een eigen inkleuring nauwelijks sprake kan zijn.

De totale personeelsbezetting binnen het SPC-SANDHAGHE is, per peildatum 1 januari 1989 op full-time basis 308 medewerkers. (bijlage 2)

De dagelijkse leiding van de organisatie is door bestuur gedelegeerd aan de directie, die tevens tot taak heeft de algemene beleidsvorming voor te bereiden, waar nodig vast te stellen en te coördineren. Verdere taken van directie zijn o.a.:

- het voeren van het overkoepelende bewonersbeleid
- het voeren van het totale personeelsbeleid
- de externe contacten
- het volgen van interne ontwikkelingen (waar nodig bijsturen)
- het volgen van externe ontwikkelingen
- het financieel/economisch beleid
- het bouwbeleid
- het scholings/vormingsbeleid

De contacten naar de voorzieningen lopen via de hoofden.

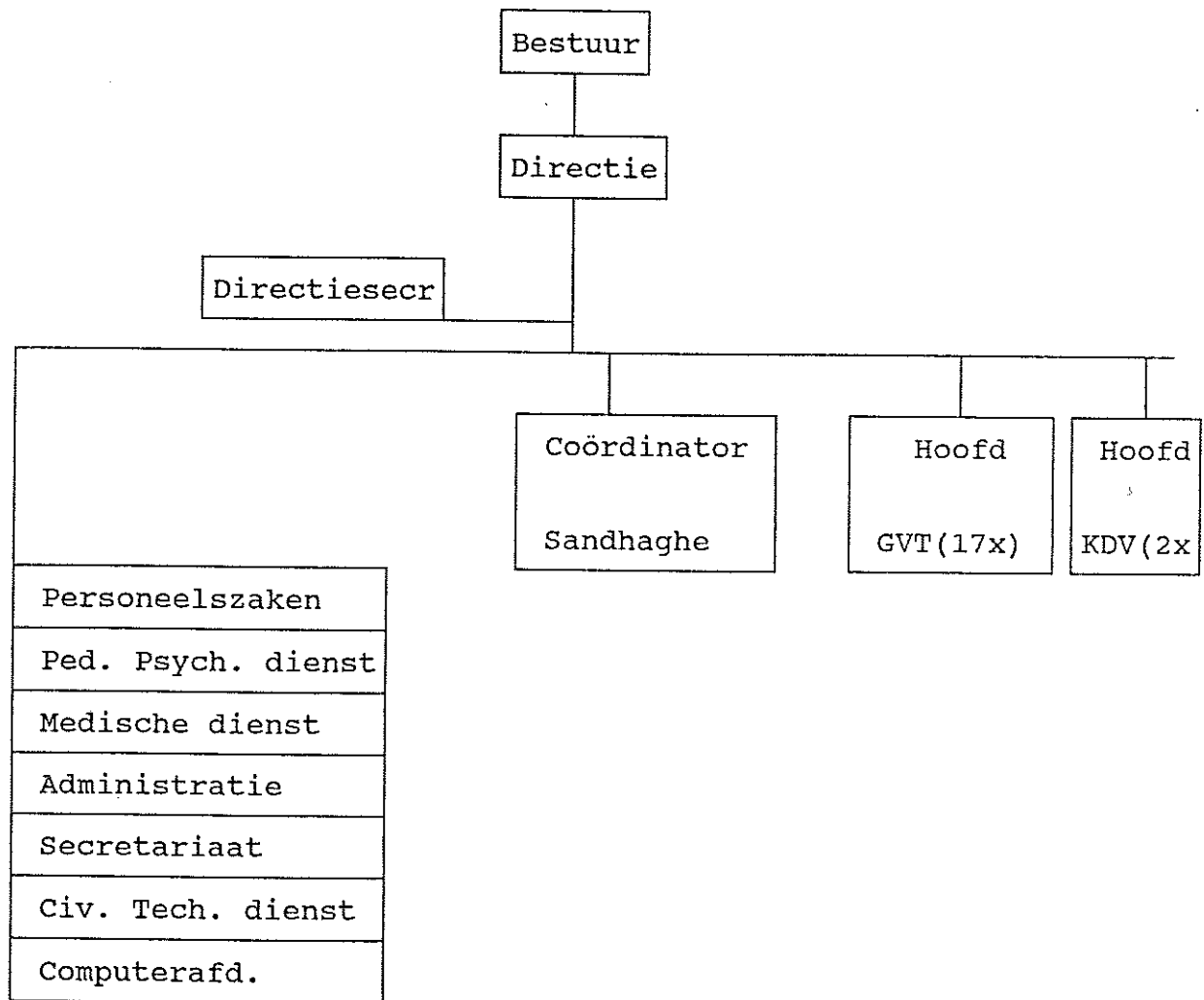
De hoofden geven leiding aan de voorbereiding en uitvoering van alle taken, die in een voorziening vervuld moeten worden, zowel organisatorisch als inhoudelijk. Zij dragen zorg voor de uitvoering van, door het bestuur danwel directie genomen besluiten en zijn tegenover de directie verantwoordelijk voor het gevoerde beleid.

In overleg en in samenwerking met directie, medewerkers en deskundigen leggen zij contacten ten aanzien van de ontwikkeling van het werk. De plaatsvervangende hoofden ondersteunen de hoofden (zodanig vervangen zij deze) en hebben veelal enkele zelfstandige taken.

De pedagogisch/psychologische dienst en medische dienst begeleiden de voorzieningen op hun vakgebieden en kunnen gevraagd en ongevraagd inhoudelijk advies uitbrengen, ook naar de directie.

SPC-SANDHAGHE kent reeds jaren een Ondernemingsraad, terwijl de meeste voorzieningen een ouderraad kennen.

Fig.1 Organogram



### 1.9.2. De voorzieningen.

Sandhaghe (observatie- en behandelingscentrum).

Aan het hoofd staat een coördinator/psycholoog, welke een hiërarchische verhouding heeft met de verschillende hoofden van dienst en groepshoofden.

Kinderdagverblijven (2x).

De twee kinderdagverblijven hebben een hoofd en vnl. agogisch geschoolde groepsleiding.

Gezinsvervangende tehuizen (17x).

De dagelijkse leiding heeft hier net als bij de KDV'n het hoofd van de voorziening. Volgens de erkenningseisen zijn aan een GVT in ieder geval verbonden, naast het hoofd, een waarnemend hoofd en minimaal vijf groepsleid(st)ers. (afhankelijk van het aantal bewoners binnen het GVT).

## Hoofdstuk 2.

In het vorige hoofdstuk werd een schets gegeven van de geschiedenis van de zwakzinnigenzorg.

Voor een beter begrip van de zwakzinnigenzorg, in al haar verscheidenheid, is het zinvol nader stil te staan en ons te verdiepen in de paradigma's en de vele visies, die voor een deel ten grondslag liggen aan de hedendaagse zorg. Het is vooral met het oog op de toekomst dat het zinvol is deze richtinggevende ideeën nader te beschouwen. Deze ideeën immers zijn bepalend bij het maken van beleidskeuzen.

### 2.1. Paradigma's in de zorg voor geestelijk gehandicapten.

Men kan bij het zoeken naar waarheid onderscheid maken tussen de stromingen die zich vooral bezighouden met de wijze waarop kennis tot stand komt (kennistheorieën en kennistheoretische filosofie) en de stromingen die meer levensfilosofisch en wereldbeschouwelijk zijn georiënteerd.

Nadat lange tijd de mens- en de natuurwetenschappen tesamen met het filosoferen waren verbonden tot één wetenschappelijk denken, ontstond er een strijd rond de eigenheid van de kennis omtrent de menselijke gedragingen ten opzichte van de kennis omtrent het gedrag van de materie en de natuur. Verschillende stromingen bestrijden elkaar, maar vullen elkaar soms ook aan.

#### 2.1.1. Empirisch-Positivistische opvattingen.

Het uitgangspunt hierbij is dat ervan uitgegaan wordt, dat de menswetenschappen, evenals de natuurwetenschappen, alleen beoefend kunnen worden op grond van feitelijke kennis, de ordening daarvan en het doen van systematische en functionele uitspraken.

Binnen de menswetenschappen zien we binnen de empirisch-positivistische opvattingen verschillende stromingen die elkaar aanvullen.

B.v. de pragmatische stromingen die de menselijke ontwikkeling, ook in collectief sociaal opzicht, willen zien als biologisch-genetisch-evolutioneel bepaald.

Op basis van onderzoek kan men tot wetmatigheden komen die gedrag veroorzaken en daarmee mogelijkheden krijgen voor gedragsvoorspellingen en gedragsregulatie. Deze wetmatigheden die in de ontwikkeling gevonden worden, leiden tot het ontwikkelen van testmethoden waarmee men zowel de norm als de afwijking van de norm kon vaststellen. Het behaviorisme is hiervan een duidelijke vertegenwoordiger.

#### 2.1.2. De geesteswetenschappelijke benaderingen.

De rationalistische, idealistische stromingen gaan uit van een ingeboren of niet-waarneembare, meer metafysische, a-priori gegeven of ideologisch bepaalde bron van menselijk kennen en menselijk gedrag.

Binnen deze stroming wordt sterk getwijfeld aan de absolute

waarheid van empirische gegevens. Het menselijk gevoel en de innerlijke beleving worden vanuit verschillende invalshoeken sterk benadrukt. (o.a. Kant, Rousseau en Hegel)

De vermogenspsychologie ziet de ontwikkeling van de menselijke vermogens als innerlijk proces. Er is sprake van groei en individualiteit (Piaget). Vermogenspsychologische modellen van menswetenschapsbeoefening leiden tot gestandaardiseerde ontwikkelingsmodellen die een wetmatig verloop hebben. Ook hier speelt de mogelijkheid van testen een grote rol. Tegelijkertijd levert dat de discriminatie van de niet-begaafde of minder-begaafde mens op, tot en met de ontkenning dat dergelijke niet-begaafde personen ook mens zouden zijn.

Iets dergelijks constateert ook van Andel bij zijn bijbels-antropologische overwegingen. Hij zegt dat het een hachelijke zaak is te gaan schrijven over de verstandelijk gehandicapte in het kader van een op de bijbel georiënteerde mensbeschouwing. De verstandelijk gehandicapte zoals wij die kennen komt in de bijbel niet voor. Bovendien moet men vermoeden, dat men hem theologisch en antropologisch niet interessant acht, of wat even bedenkelijk is, dat hij geheel buiten het gezichtsveld van de theologische bezinning ligt.

Tot zover van Andel die overigens zijn betoog beëindigt met een oproep aan ons allen het mens-zijn van onszelf te bewijzen in de omgang met anderen, ook in de ontmoeting met de verstandelijk gehandicapte medemens.

Het existentialisme als filosofische stroming (Kierkegaard) neemt stelling tegen de menswetenschappelijke opvattingen die de mens slechts bepaald wil zien door zijn materiële zijn. De mens wordt dan gezien als meer dan wetmatig bepaald gedrag. Alleen in een intense persoonlijke betrokkenheid tot elkaar is de mens in staat de diepe waarheid van het bestaan weer te kunnen geven (La Senne).

### 2.1.3..Kritische benaderingen.

Binnen de hedendaagse kritische stromingen wordt stelling genomen tegen wetmatige, mechanische menswetenschappelijke opvattingen. Met name de quantum-mechanica heeft aangetoond dat de zogenaamde natuurwetten ook niet absoluut waren. (Ik kom hier bij de beschouwingen rond organiseren nog op terug.)

Popper neemt stelling tegen alle schijnzekerheden.

Voor hem is theorie slechts bruikbaar als zoeklicht op de werkelijkheid.

Die theorie richt zich als zoeklicht op de eigen schepping van de mens die als cultuur- en natuurprodukt zijn eigen geschiedenis schrijft. Het gaat niet om verificatie van die theorie door middel van empirisch onderzoek, maar om het zo snel mogelijk aantonen van onwaarheden in die theorie (falsificatiebeginsel).

Kuhn levert kritiek op Popper in die zin dat hij falsificatie onmogelijk acht. Hij vindt dat wetenschap vanuit zeer vaststaande paradigma's plaats vindt. Deze paradigma's ontstaan vanuit bepaalde filosofische grondstellingen alsmede vanuit de sociale, economische en politieke situatie. Het onderzoek vindt vanuit een bepaald paradigma plaats en kan als theorie niet falen. Levert



het onderzoek desondanks niets op, dan faalt de onderzoeker en niet de theorie.

## 2.2. Consequenties voor de zwakzinnigenzorg.

Het is duidelijk, dat de praktijk van de zwakzinnigenzorg niet direct te herleiden is tot deze wetenschappelijke stromingen. Een abstractie van de wijze van werken binnen de zorg doet drie dominante paradigma's naar voren komen.

Het medisch-, het ontwikkelings- en het acceptatiemodel. Op enige afstand gevolgd door het normalisatie- en integratiemodel. Hoewel in de literatuur niet beschreven, is er toch ook nog het relatie-model.

Natuurlijk komt, voorzover ik althans weet, een zuivere vorm in de praktijk niet voor. Bij alle deskundigheden, die de laatste tientallen jaren de zorg zijn binnen getreden, leven nagenoeg evenzovele opvattingen waar het de theorieën betreft.

### 2.2.1. Medisch model.

Het medisch model legt de nadruk op het gebrek van de zwakzinnige. Daarom wordt het ook wel "defect-model" genoemd. Binnen dit model wordt zwakzinnigheid gedefinieerd als ziekte of stoornis. Er wordt gedacht in termen van verschijnselen, diagnose, recept, genezing.

Het medisch model leidt daardoor vrijwel onherroepelijk tot een passieve, afhankelijke houding van de zwakzinnige. Daarnaast zal vanwege de ziekenhuisachtige structuur van de organisatie dit bovendien op termijn tot hospitalisatie leiden. De werkzaamheden van de groepsleiding zullen veelal uit strikt verzorgende bezigheden bestaan, die ook nog eens verdere deprivatie in de hand werken.

### 2.2.2. Ontwikkelingsmodel.

Onder invloed van de gedragswetenschappers is de invloed van het medisch regiem tanende.

Volgens A. de Swaan is het ziekenhuis waar een patiënt is opgenomen een totale orde, een orde die zijn gehele functioneren beheerst: zijn lichaamsfuncties, maar ook zijn gevoels-huishouding en zijn omgang met anderen. Dit nu is met de komst van pedagogen/psychologen voor wat betreft de zwakzinnigenzorg goeddeels verleden tijd.

Wel moet opgemerkt worden dat de gedragswetenschappers aanvankelijk voor een psychisch regiem gingen zorgen. (Zoals we later zullen zien ook nu nog.) Men gaat bij het ontwikkelingsmodel n.l. uit van het gegeven dat de zwakzinnige dan weliswaar niet ziek is maar wel iemand met tekorten.

Met het hele scala van psycho-diagnostiek worden de tekorten vastgesteld, waarna een behandelingsplan volgde. Ook hier de nadruk op diagnose en recept. In die zin is de kritiek die op het medisch model rustte ook van toepassing op het ontwikkelingsmodel. Dat dit model desondanks op een zekere sympathie kan rekenen is gelegen in het feit dat de accenten in de tijd anders zijn komen te liggen.

Dit "nieuwe" ontwikkelingsmodel gaat uit van de mogelijkheden van de zwakzinnige en benadrukt de overeenkomsten met de "gewone

mens". Het accent ligt op ontwikkeling van de persoonlijkheid, op het aanbieden van ervaringsmogelijkheden, zodat de zwakzinnige kan "leren". Dit leren speelt zich niet zozeer op het cognitieve vlak af, als wel op de mogelijkheid tot ontplooiing en uiteindelijk zelfverwerkelijking (Maslow).

Het door mij reeds genoemde relatie-model vindt zijn bestaansrecht binnen het door Maslow beschrevene.

De stelling is dat de mens tot ontplooiing en zelfverwerkelijking kan komen door in relatie te staan met zijn omgeving, met de mens. Hij leert van de ander door relaties aan te gaan. De ander te "ontmoeten" in zijn menszijn.

Voor zwakzinnigen ligt in deze "ontmoeting" de enige echte mogelijkheid tot ontplooiing en daarmee voor zijn niveau tot zelfverwerkelijking te komen. Duidelijk is dat deze vorm van zwakzinnigenzorg bedrijven een ongelooflijk zware claim legt op de groepsleiding, die daarmee tot de enige echte deskundige binnen de zwakzinnigenzorg is gepromoveerd.

### 2.2.3. Acceptatiemodel.

Volgens Siebesma is acceptatie in dit verband: "Acceptatie betekent het aanvaarden van het zwakzinnig zijn als een eigen manier van leven en beleven: dit willen veranderen houdt een ontkenning in van deze eigenheid en tast de kern van de zwakzinnige als persoon aan".

In het acceptatiemodel wordt "het anders zijn" van de zwakzinnige bewust ervaren. Niet trachten de zwakzinnige aan onze norm te laten voldoen, doch laat hem zijn wie hij wil zijn en maak hem niet als jezelf.

Hieruit vloeit voort dat de zwakzinnige recht heeft op een eigen leefomgeving. Aangepast eventueel aan zijn wensen en behoeften. Je laat hierbij dus de toekomstige bewoner van een voorziening, voor zover mogelijk, zelf bepalen hoe hij of zij wil wonen.

Ook relaties kan hij aangaan met gelijkgestemden want daarmee kan hij zichzelf zijn.

Vanwege de nadruk die ligt op het afwijkende zou je gaan denken dat er een nieuw medisch model het licht heeft gezien. Echter het verschil is dat het acceptatiemodel niet streeft naar een behandeling in welke vorm dan ook.

Het grote gevaar wat dit model met zich meebrengt is, dat de omgeving absoluut niets meer doet om de zwakzinnige te stimuleren. De realiteit zal veelal zijn dat wanneer men dit model vanwege principes ver doorvoert de zwakzinnige in volslagen apathie zal verzanden.

Elke latente ontplooiings mogelijkheid zal, wanneer iemand daar niet op aangesproken wordt, verdwijnen.

Een niet zwakzinnig mens heeft veelal de intrinsieke motivatie die hem tot ontplooiing zal brengen. Veel zwakzinnigen moeten dit node missen en zijn dus aangewezen op hun omgeving. Vaak zullen dit de groepsleiders zijn die binnen voorzieningen werkzaam zijn. De afhankelijkheid van de zwakzinnige ligt dan in feite bij mensen die op basis van eigen ideologieën de zwakzinnige al dan niet op de juiste wijze bij zullen staan.

### 2.3. Modellen binnen SPC-SANDHAGHE.

Kiezen voor een model vindt niet plaats als een op te vatten plan voor de toekomst. Het is meer een middel om tot een analyse te komen van waar men mee bezig is geweest.

De geschiedenis van het SPC-SANDHAGHE gaat lang terug. Waarschijnlijk is men ooit begonnen te werken met het gevoel, iets voor de zwakzinnigen te moeten doen. In de loop der jaren is daar vanuit het veld tamelijk reactionair op gereageerd. Ofwel men zette zich af tegen traditionele opvattingen, ofwel men zette zich juist af tegen collega GVT'n die meenden de barricades te moeten bestormen.

Hierdoor werden haast vanzelfsprekend bepaalde aspecten eenzijdig en overmatig benadrukt ten koste van andere. De visies accentueerden meer de onderlinge verschillen dan de overeenkomsten. Verschillen groeiden uit tot tegenstellingen en deze soms tot tegenstrijdigheden.

De boodschap die gebracht werd kreeg zo een absoluut karakter en moest voor veel mensen voor de hele organisatie opgaan. Het eenzijdig accentueren van een aantal aspecten met verwaarlozing van andere kan zo in een visie resulteren die onvoldoende werkelijkheidswaarde bezit.

De voorzieningen staan zonder dat ze het zelf altijd beseffen bloot aan het gevaar in zo'n doorgesloten zorgvisie te belanden.

Als gezegd zijn er meerdere factoren aan te wijzen. Allereerst is dit het reactionaire karakter van sommige visies, die als tegenbeweging zijn ontstaan en tot extreme standpunten aanleiding gaven.

Ooit heeft zo'n reactie zin gehad als tegenreactie op vigerende standpunten. Helaas is het maar al te vaak doorgeslagen naar de andere kant.

Ook het afzetten tegen de maatschappij die de zwakzinnige maar niet wil accepteren droeg hier toe bij. Onder het mom, we zullen ze eens even wat laten zien, vonden er situaties plaats die sowieso al tot afwijkend gedrag gerekend moeten worden. Als je dat dan met een groep zwakzinnigen doet is het effect zo mogelijk nog groter.

Een zaak die ook eenzijdigheid in de hand werkt is het absolute vertrouwen in de heersende ideologie binnen de voorziening. Het gaat dan om een waarheid, een vanzelfsprekendheid die geen motivering behoeft. Gemakkelijk kan het belang van de bewoner hieraan ondergeschikt worden gemaakt.

Vanwege m.n. het reactionaire karakter van de verschillende visies kunnen we stellen dat de tegenstellingen minder fundamenteel zijn dan het zich laat aanzien. De mogelijkheid tot een zekere mate van eenduidigheid te komen is dus zeker aanwezig. Daarvoor is nodig dat we op een andere manier met elkaar omgaan. Niet meer polariserend, maar terug naar een gemeenschappelijk uitgangspunt.

We moeten daarvoor in ons denken terug naar af, omdat de stellingen, zoals ze nu veelal zijn ingenomen, onvoldoende ruimte

bieden voor een open benadering.

Hiervoor is nodig het zicht hebben op eigen paradigma's, waarmee de verschillende visies kenbaar gemaakt kunnen worden en hun waarde worden aangegeven. Het ontbreken daarvan en dus ook de onduidelijkheid wie met wie waarover van mening verschilt maakt de kansen op conflicten groter. En die zijn er in het verleden voldoende geweest. Degene die daarvan steeds weer de dupe wordt is uiteindelijk de bewoner van het SPC-SANDHAGHE.

### Hoofdstuk 3.

#### Inleiding.

De overheid heeft in de loop der jaren een steeds belangrijkere rol gekregen in het geheel van krachten, die het gezicht van de zwakzinnigenzorg bepalen.

Dat varieert van aanvankelijk subsidie-gever tot het in hoge mate bepalen van de geboden zorg en de bewaking van de kwaliteit daarvan.

M.n. de voorzieningen die onder de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVMD) vallen zijn in vergaande mate door de overheid omgeven door een stelsel van erkenningen en wetgeving.

#### 3.1. Erkenningseisen.

De financiering van GVT'n als voorziening op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening aan geestelijk gehandicapten vindt sinds de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1976 plaats, op grond van deze verzekeringswet. Alle door het ministerie benodigde beleidsinstrumenten als: indicatiestelling, planning, toelating, erkenning, toezicht en kostennormering staan geregeld in TVMD.

Door de werking van de AWBZ hebben organisaties als SPC-SANDHAGHE tesamen met het Ministerie mede taken en verantwoordelijkheden voor de geboden hulpverlening. De eindverantwoordelijkheid over het beheer van de gelden ligt bij de ziekenfondsradaad. Dit orgaan heeft eveneens een taak met betrekking tot de uitvoering van de ziekenfondswet.

Bovendien heeft de ziekenfondsradaad een zeer grote rol waar het gaat om zaken als: verstrekkingen, erkenningen en principiële beleidsproblemen. De ziekenfondsradaad heeft met daartoe ingestelde verbindingskantoren veel van zijn bevoegdheden gedelegeerd naar plaatselijke functionarissen welke het contact met GVT-beherende instellingen onderhouden.

Erkenning, kostennormering en toezicht op de voorzieningen hangen in de ogen van de overheid ten nauwste met elkaar samen. De eisen waaraan de individuele voorziening behoort te voldoen met betrekking tot de organisatorische opzet, het functioneren, de accommodaties etc., etc., staan geregeld in de algemene maatregelen van bestuur, inhoudende erkenningsnormen voor dagverblijven en GVT'n (staatsblad 1982, 725 en 726).

M.n. het dwingend voorschrijven van de organisatorische opzet doet geen recht aan situationele factoren en leidt wat SPC-SANDHAGHE betreft tot onnodig hoge kosten.

De financiële vertaling van de inhoudelijk geformuleerde kwaliteitseisen geschiedt d.m.v. de richtlijnen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)

#### 3.2..Toetsingsinstrumentarium.

Op basis van de fijnmazige erkenningseisen vindt jaarlijks een

toetsing plaats van de kwaliteit van de geboden zorgverlening in een GVT. Deze controle vindt plaats door de overheid en de uitvoeringsorganen van de AWBZ (het verbindingskantoor). Op basis van een standaard wordt dan bezien of een voorziening nog valt binnen de door de overheid gestelde eisen. Ingeval zulks niet zo zou zijn is men gerechtigd de erkenning als GVT in het kader van de AWBZ te beëindigen.

Met Langemeijer ben ik van mening dat een inhoudelijk standaardmodel op deze wijze een onbereikbaar ideaal is; een communis opinio over wat een gemiddeld kwalitatief peil inhoudt, niet.

## Hoofdstuk 4.

### De organisatie-theoretische benadering.

De theorieën de ik beschrijf hebben op een enkele uitzondering na de systeemtheoretische benadering als basis.

Een benadering die Van Dijck noemt: "de basismethode voor het bevorderen van het integratiekarakter van interventies op personeels- en sociaal gebied.

Daarbij wijst Van Dijck erop dat er nu ten opzichte van het oudere, structuralistische systeemdenken waardevolle elementen zijn toegevoegd die men aanduidt als cultuur of stijl".

M.n Peters en Waterman hebben die laatste aspecten verder uitgediept. Ik kom daar verder op terug.

#### 4.1. De oorsprong.

De systeemtheorie stamt oorspronkelijk uit de biologie. Later heeft deze theorie zich uitgebreid tot het hele terrein van de wetenschappen. B.v. in de nieuwe fysica (quantummechanica) en in de sociologie. (Op zoek naar Schrödingers kat, John Gribbin.)

De algemene systeemtheorie was (en is) niet alleen een nieuwe wetenschappelijke benadering, maar omvatte ook een gehele wereldbeschouwing. Deze theorie bond de strijd aan met de in de westerse wetenschappen dominante mechanistische wereldbeschouwing.

In tegenstelling tot de (Cartesiaanse) mechanistische wereldbeschouwing kan het wereldbeeld dat uit de quantummechanica te voorschijn komt, gekenmerkt worden door woorden als organisch, holistisch en ecologisch.

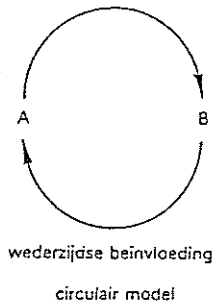
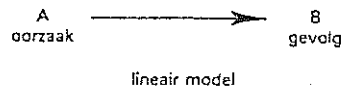
De moderne wetenschap is tot het besef gerijpt dat alle wetenschappelijke theorieën slechts voor een bepaald bereik van verschijnselen geldig is. De vraagstukken die de biologen van tegenwoordig, door de ingeperkte en versplinterde benadering niet kunnen oplossen, hebben allemaal betrekking op het als geheel functioneren van levende systemen en op hun wisselwerkingen met de omgeving (het Keerpunt, Fritjof Capra).

De systeembenadering beschouwt de hele wereld in termen van verwevenheid en integratie. In plaats van zich te concentreren op fundamentele bouwstenen of basisstoffen legt de systeembenadering de nadruk op de organisatie-principes. Ook ik kan mij sterk vinden in de zienswijze van Capra dat binnen sociale systemen de specifieke structuur o.m. veroorzaakt wordt door wisselwerkingen en de onderliggende afhankelijkheid van de samenstellende delen.

Als een systeem hetzij feitelijk hetzij in theorie in geïsoleerde elementen wordt ontleed, worden de systeemachtige eigenschappen vernietigd.

Hoewel in een systeem individuele onderdelen kunnen worden onderscheiden, is de aard van het geheel altijd verschillend van louter de som der onderdelen. Systeemdenken is daarom ook

procesdenken; een vorm wordt met een proces geassocieerd, een onderlinge betrekking met onderlinge wisselwerkingen. Deze manier van denken wordt ook wel het circulaire denkmodel genoemd. (figuur 2)



Nauw verwant aan de systeemtheorie is de communicatietheorie. Wil je volgens de systeemtheorie kijken naar organisaties dan kun je deze niet loskoppelen van de communicatietheorie. Immers via de communicatie treedt het systeem naar buiten en alleen via communicatie is beïnvloeding van het systeem mogelijk.

Bezien vanuit de communicatietheorie dragen de communicatiepatronen binnen een systeem (organisatie) een circulair karakter. Terwijl bij een lineaire benadering gesproken wordt over begin en einde wordt binnen de communicatietheorie het oorzaak en gevolgdenken los gelaten en houdt men zich bezig met de "hoe" vraag en niet zozeer met de "waarom" vraag. Immers: een verschijnsel blijft onverklaarbaar zolang het gezichtsveld niet breed genoeg is.

"Een waarnemer die niet beseft welke verwickelingen er bestaan in de verhouding tussen een voorval en het kader waarin het optreedt wordt geconfronteerd met iets raadselachtigs of ertoe gebracht aan het object van zijn onderzoek bepaalde hoedanigheden toe te kennen die het niet bezit" (citaat uit: pragmatische aspecten van de menselijke communicatie blz.16).

Wanneer vanuit dit gezichtspunt binnen een organisatie een persoon of een groep van personen afwijkend gedrag vertoont, zal men zich niet slechts met de aard van de menselijke geest moeten bezighouden maar zeker ook de observatie richten op de waarneembare uitingen van de betrekkingen; dus op de communicatie.



## 4.2. Enkele organisatietheorieën.

### 4.2.1. De Cybernetica

Vanuit de zojuist beschreven systeem benadering, hebben vooral Beer en Clemson met de cybernetica hier een vervolg aan gegeven.

Clemson vult de eigenschappen van een systeem, m.b.t. een effectieve organisatie, in als zijnde:

- Open, het systeem staat in wisselwerking met zijn omgeving.
- Complex, er zijn zoveel details, dat je nooit alles kunt overzien.
- Dynamisch, het systeem is in beweging; er zijn voortdurend veranderingen in het gedrag en/of zijn structuur.
- Onvoorspelbaar, door de wisselwerking en veranderingen is een systeem nooit geheel te voorspellen.
- Integraal, in belangrijke mate zal het systeem handelen/reageren als een geheel en niet als opzichzelf staande onderdelen.

Deze eigenschappen zijn gebaseerd op Stafford Beer's uitwerking van de cybernetica.

Kernbegrippen van de cybernetica zijn:

- Feedback: (terugkoppeling) dit is beïnvloeding van het systeem in relatie met zijn omgeving.
- Holistische eigenschappen: als je naar het functioneren kijkt van een element in een systeem, moet je dat in zijn sociale context doen.

Deze kernbegrippen en eigenschappen komen terug in drie basiswetten van de cybernetica:

1. Complexe systemen organiseren zichzelf.
2. De output van een complex systeem wordt voornamelijk beïnvloed door de terugkoppeling, terwijl de input, binnen bepaalde grenzen, geen rol speelt.
3. De wet van de vereiste variëteit (wet van Ashby). Een systeem met veel variëteiten heeft, om volledig bestuurd te kunnen worden, een regulator nodig met minstens evenveel variëteiten.

De cybernetica kent verder het Viable System Model (VSM) ofwel vrij vertaald het levensvatbare systeem-model. In dit model komen vijf organisatie elementen voor. Dit model is cruciaal waar het gaat om het ontwerpen en reguleren van organisaties en wezenlijk voor het denken in systemen.

Systeem 1:

- de operationele elementen, ofwel de uitvoerenden die zich bezig houden met het produkt.

Systeem 2:

- Het overall besturingsmodel. Binnen deze functie zijn de procedures vastgelegd.

Systeem 3:

- Het lijn- of operationeel management. In deze functie wordt ingegrepen op de momenten dat het dreigt fout te gaan of fout gaat. Het gaat hier m.n. om het ad-hoc reageren op problemen, zodat het proces zo ongestoord mogelijk kan verlopen.

Systeem 4:

- De verkenning van de omgeving en toekomst van de organisatie.

Systeem 5:

- De zorg voor c.q. het optimaliseren van de interactie tussen de systemen 3 en 4 (waken over vastgestelde doelen en identiteit van de organisatie).

Binnen een dergelijke organisatie moet een tweerichtingsverkeer plaatsvinden in de communicatie. Beer duidt dit in zijn theorie aan met een positieve- en negatieve terugkoppeling (feed-back). Deze feedback is essentieel voor de ontwikkeling van een organisatie.

Met name de negatieve feedback bezorgt de organisatie in eerste instantie een zekere mate van instabiliteit, doch deze is onvermijdelijk als een organisatie in verandering uiteindelijk wil komen in een andere gewenste situatie die zich kenmerkt door stabiliteit. De instabiliteit van een organisatie zorgt er telkens dat een organisatie als een dynamisch systeem gezien kan worden. Een dergelijke organisatie kan direkt inspelen op invloeden van buitenaf.

#### 4.2.2. Peters en Waterman.

Naast de uitwerking die Clemson aan de systeemtheorie heeft gegeven is het goed om even stil te staan bij hetgeen Peters en Waterman over organiseren opmerken.

Het 7-S schema is een beschrijvings- en analysemiddel van organisaties.

Uitgangspunt van dit schema is, dat de zeven aspecten van de organisatie met elkaar in evenwicht zijn, wil er sprake zijn van een stabiele organisatie die verzekerd is van haar continuïteit. Uiteraard gaat het daarbij niet alleen om de interne consistentie van de zeven aspecten, maar ook om de samenhang tussen de aspecten en de omgeving.

1.

Bovenliggende doelstellingen: Het gaat hier om binnen de organisatie door ieder gedeelte waarden. Deze waarden reiken verder dan een conventionele definitie van ondernemingsdoelen. Een dergelijke ideologie heeft het meeste effect wanneer zij kort en doeltreffend, b.v. een motto, geformuleerd is. Het is ook kort aan te duiden als, wat wil de organisatie, waar staat de organisatie voor.

2.

Strategie: Dit duidt op de voorgenomen acties van het management. Hoe wil de organisatie doeltreffend werken. Welke doelen zijn gesteld en hoe denkt men die te bereiken.

3.

Structuur: Handelt over de wijze van inrichting van de organisatie, b.v. taakverdeling, coördinatie, hiërarchie, informatievoorziening, lijn- en staffuncties. Dit onderdeel is aan nogal wat mode onderhevig. De vorige mode was decentralisatie,

dit vanwege de problemen die voortkwamen uit de grootte en complexiteit van de organisaties.

Peters en Waterman stelden dat nu de matrix-structuur de mode was. Wij weten ondertussen dat ook deze structuur zijn tijd al weer enige tijd heeft gehad.

4.

Staf (personeel): De aandacht voor het personeel wordt vaak beschreven in termen als beoordelingssystemen, salaris, opleiding en selectie zijnde de harde kant. De zachte kant betreft motivatie, moreel en attitude's. Peters en Waterman pleiten ervoor m.n. aandacht te besteden aan de opleiding en vorming van het kader personeel.

5.

Systemen: Hieronder worden de formele- en informele procedures verstaan, waaronder de organisatie functioneert. B.v. administratie- en budgetteringssystemen. Klachtenbehandeling, planning, informatiesystemen, job-rotation etc.

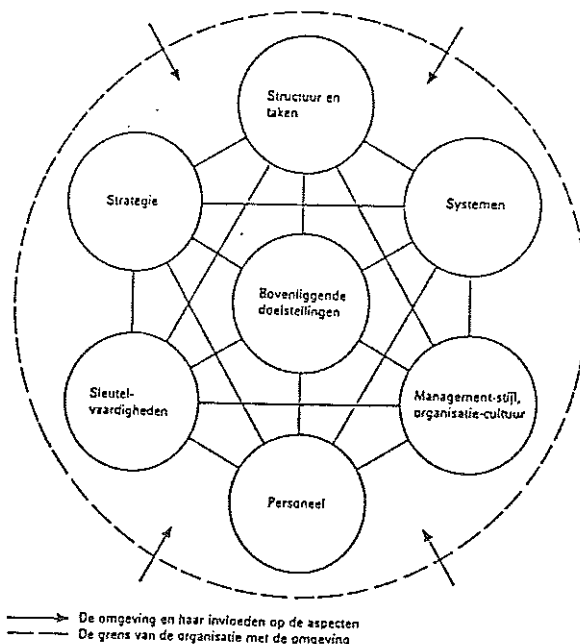
6.

Sleutelvaardigheden: Wat kan de organisatie goed? Dat kan dienstverlening zijn, innovatievermogen, marketing, degelijkheid etc. Een van de moeilijkste problemen van een doeltreffende organisatie is het afschaffen van achterhaalde vaardigheden en de daarmee samenhangende systemen, structuren en dergelijke, om zodoende ruimte te scheppen waarin nieuwe vaardigheden wortel kunnen schieten.

7.

Stijl: De stijl komt tot uiting in het gedrag van management en medewerkers. Het is de manier van (samen)werken die kenmerkend is voor de organisatie, zich uitend in kleine en grote dingen, b.v.:  
 - snel aanpakken van moeilijkheden of eerst alle risico's doorrekenen.  
 - duur, goed verzorgd meubilair of een sobere inrichting.

Fig. 3.



#### 4.2.3. Mintzberg.

Naast de systeembenadering verdient ook de visie van Mintzberg de aandacht.

Met zijn boek "the structuring of organisations" heeft hij een geweldige bijdrage geleverd om organisaties op hun wijze van werken te kunnen analyseren.

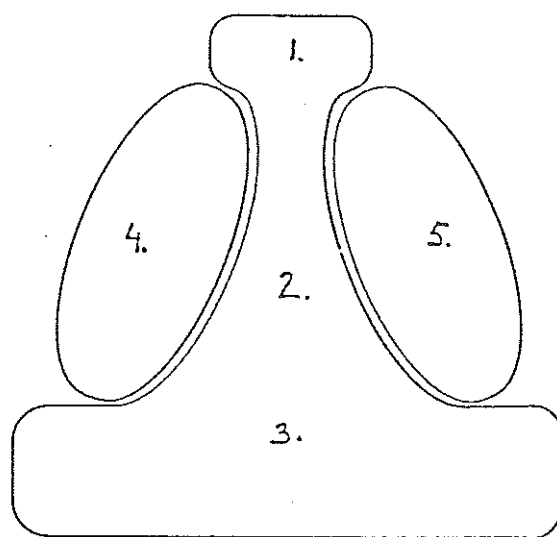
Mintzberg werkt met ideaaltypische structuren.

Het centrale doel van structuur is het coördineren van werk dat op verschillende manieren is verdeeld; de manier waarop coördinatie wordt bereikt is bepalend voor de vorm van de organisatie. Daarnaast ziet hij een wetmatigheid waar het de groei van de organisatie betreft: groei van een organisatie leidt tot specialisatie; specialisatie vereist coördinatie; coördinatie werkt bureaucrativering in de hand.

Hij beschrijft in zijn boek vijf ideaaltypische configuraties: de eenvoudige structuur, de machine-bureaucratie, de professionele bureaucratie, de divisie-structuur en de adhocratie. In de meest zuivere vorm komen we deze niet tegen. Steeds zal het een mengvorm betreffen.

Mintzberg onderscheidt vijf onderdelen in een organisatie:

fig. 4.



1. de strategische top (strategic apex)
2. het middenkader (middle line)
3. de uitvoerende groep (operating core)
4. de ondersteunende staf (techno structure)
5. de dienstverlenende staf (support staff).

Niet in elke organisatie zullen deze onderdelen eenvoudig te herkennen zijn, of zelfs maar aanwezig zijn. Ook zal niet altijd één groep domineren; onderdelen kunnen elkaar in evenwicht houden.

Elke groep, elk onderdeel heeft de voorkeur voor een bepaald coördinatiemechanisme, dat het meest overeenkomt met hun belangen, verantwoordelijkheden en specifieke vaardigheden.

Vervolgens schetst Mintzberg de coördinatiemechanismen. Afhankelijk van grootte, complexiteit en organisatieonderdeel kiest men voor een bepaald coördinatiemechanisme.

B.v. in de eenvoudige structuur neemt de strategische top een sleutelpositie in en vindt coördinatie plaats door direct toezicht.

De coördinatie in een machine-bureaucratie gebeurt door standaardisatie van werkprocessen, waarbij de standaards door de technostructuur ontwikkeld worden.

In de professionele bureaucratie heeft de uitvoerende groep de sleutelpositie. Deze groep bestaat vooral uit professionals, b.v. een RIAGG (Regionaal Instituut Geestelijke Gezondheidszorg).

Daarnaast kent dit type een sterk ontwikkelde ondersteunende staf. Coördinatie vindt plaats door standaardisatie van vaardigheden. Dat gebeurt voor het grootste deel extern, in de langdurige opleiding. Het wijkt hiermee af van indoctrinatie welke veelal intern wordt gegeven.

Bij een divisie-structuur hebben de managers van het middenkader grote autonomie en coördinatie wordt bereikt door standaardisatie van outputs van de divisies. De adhocratie tenslotte, is een organisatie waarin professionals met verschillende achtergronden samenwerken. Coördinatie moet hier bereikt worden door wederzijdse afstemming.

#### 4.2.3.1

Mintzberg beschrijft vervolgens de vijf ideaal-typen van organisatievormen.

In het kader van deze nota zijn de eenvoudige structuur, de machine-bureaucratie en de adhocratie het minst interessant. De eenvoudige structuur komt het meest voor bij jonge, innovatieve en kleine organisaties.

Machine-burocratiën zijn over het algemeen oudere, grote, logge, geformaliseerde organisaties, waar het werk gespecialiseerd is. De adhocratie is een jonge, innovatieve, professionele en weinig geformaliseerde organisatie.

Organisaties voor zwakzinnigenzorg zijn het best getypeerd met de professionele bureaucratie en de divisie structuur. In figuur 5 wordt een korte beschrijving gegeven van deze twee vormen.

Binnen de professionele bureaucratie wordt dus gewerkt met professionals, die na jarenlange opleiding een aantal vaardigheden beheersen.

Deze vaardigheden zijn vaak sterk gestandaardiseerd waardoor de werker een grote autonomie kan ontwikkelen.

De ondersteunende diensten zijn sterk ontwikkeld, maar de technostructuur (die het werk plant en structureert) is veel

minder ontwikkeld. In die ondersteunende diensten wordt routinematig gewerkt.

Fig. 5.

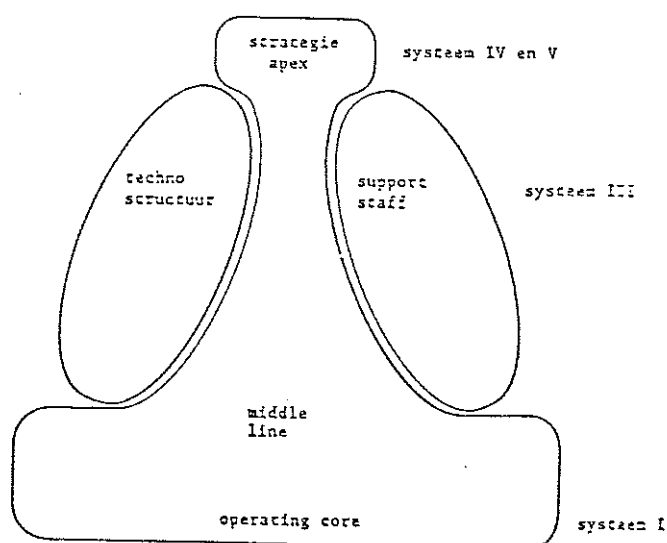
	Professionele bureaucratie	Divisie-structuur
Belangrijkste coördinatiemiddelen	Standaardisatie van vaardigheden	Standaardisatie van outputs
Belangrijkste onderdeel van de organisatie	Uitvoerende groep	Middenkader
<u>Structuurkenmerken</u>		
- Specialisatie van het werk (horizontaal en verticaal)	Veel horizontale specialisatie	Enige horizontale en verticale specialisatie (tussen divisies en hoofdbureau)
- Training en socialisatie (indoctrinatie)	Veel training en indoctrinatie	Enige training en indoctrinatie (van divisie-managers)
- Formalisatie van gedrag- bureaucratisch/ organisch	Weinig formalisatie- bureaucratisch	Veel formalisatie (binnen divisies)- bureaucratisch
- Formeren van eenheden	Functionele en marktgerichte eenheden	Marktgericht
- Grootte van de eenheden	Groot ' onderaan', verder klein	Groot aan de top
- Planning- en controle-systemen	Weinig planning en controle	Veel gedragscontrole
- Verbindingslijnen (liaison devices)	Verbindingen in administratie	Slechts enkele verbindingslijnen
- Decentralisatie (horizontaal en verticaal)	Horizontale en verticale decentralisatie	Gelimiteerde decentralisatie
<u>Omgevingskenmerken</u>		
- Leeftijd en omvang	Varieert	Typisch oud en erg groot
- Technostructuur	Niet complex of regulerend	Deelbaar, maar anders dan in de machine-bureaucratie
- Omgeving	Stabiel en complex	Relatief simpel en stabiel; variërende markten
- Macht	Controle door de professionele werker; modieus	Controle door middenkader; modieus

De professionele bureaucratie kent dus decentralisatie (autonomie) voor het werk van de professionals, en centralisatie voor het werk van de ondersteunende diensten.

De divisie-structuur werkt met vrij zelfstandige eenheden. Deze zijn veelal geformeerd rond een specifieke technologie. Deze eenheden hebben vaak hun eigen ondersteunende diensten. Vaak bestaat de tendens zulke min of meer autonome afdelingen geografisch te spreiden: deconcentratie.

Voor en koppeling van de Mintzberg-configuraties en het 7-S schema zie figuur 6.

Fig. 6.



## Hoofdstuk 5.

De interne- en externe probleemvelden voor SPC-SANDHAGHE.

### 5.1. Kwaliteit van zorg als uitgangspunt.

Kwaliteit van zorgverlening is geen vaststaand gegeven. Het is maar vanuit welke paradigma's je welke criteria gaat stellen om te bepalen wat nu goede en wat minder goede zorg is.

Volgens sommige auteurs hangt kwaliteit samen met gedragsveranderingen van bewoners (Seys) en Catshoek vindt dat kwaliteit samen hangt met "normalisatie".

Ook binnen het SPC-SANDHAGHE is er in de loop van de jaren kritiek op elkaars visie en geleverde kwaliteit.

Kwaliteit hoe ook gedefinieerd, zou de alles bepalende factor moeten zijn van het werken binnen de voorzieningen. Gebouwen, grootte van de voorziening en organisatie zijn dan slechts hulpmiddelen om die omschreven kwaliteit te ontwikkelen en vorm te geven.

Kwaliteit vergt een coherente visie. Het betekent dat welzijn van de bewoners niet uitgedrukt wordt in het jaarlijks aantal vakanties dat men naar Torremolinos of de Alpen gaat.

Wel in de aandacht en zorg die de bewoners in het GVT kunnen verwachten. Vindt de groepsleiding het fijn om te "zorgen", of "hoort het er nu eenmaal bij" en richt men zich op zaken als vakanties.

Zodra we ons afvragen wat kwaliteit van zorg voor onze organisatie in zou moeten houden, wanneer we het willen hebben over optimale omstandigheden voor de bewoners, dan zullen we ons moeten bezinnen op onze uitgangspunten, op de doeleinden van de zorg die we wenselijk achten, op onze visie.

Een bewust toewerken naar een zorg die getoetst kan worden op kwaliteit vereist voor iedere voorziening van SPC-SANDHAGHE dat vanuit de ontwikkelde zorgvisie, kwaliteitscriteria ontwikkeld worden.

De noodzaak tot het ontwikkelen van zorgvisies is altijd een impliciete geweest. Een aantal voorzieningen hebben weliswaar beleidsplannen gemaakt, maar in die plannen wordt veelal amper melding gemaakt van een ontwikkelde visie op zorg.

Meestal zijn het beschrijvingen van wat men binnen een voorziening kan verwachten aan regels en procedures.

In de nota van de kommissie onderzoek directiestructuur (KOD) wordt dan weliswaar gezegd dat, veel medewerkers ideeën hebben over zorg, echter in de openbaarheid zijn die in feite nooit gekomen.

Ook binnen het geheel van de stichting zag de ene na de andere nota het licht op basis van eerdere problemen binnen de organisatie. Een nota waarin de visie en kwaliteit van zorg verwoord is ben ik niet tegen gekomen.

Nu moet er gesteld worden dat er ook weinig is wat de organisatie dwingt zijn produkt, de hulpverlening aan geestelijk gehandicap-



ten, nauwkeurig te onderwerpen aan een kwaliteitstoets.

De organisatie is er niet afhankelijk van.

De overheid/verbindingskantoor is vnl. geïnteresseerd in de "harde" gegevens en de vraag naar het produkt neemt alleen maar toe.

De produktafnemers, de bewoners met hun ouders zijn veelal niet in de positie om eisen te stellen aan de kwaliteit van de zorg. Men is over het algemeen al lang blij een plekje te hebben gevonden.

In die afhankelijke situatie zullen bewoners en/of ouders niet gemakkelijk met hun wensen en ideeën komen. Tegelijkertijd zal de organisatie zich niet geroepen voelen ouders als toetssteen te gebruiken voor de kwaliteit van de gegeven zorg.

Vanwege de afstand die er is tussen ouders en directie zullen eventuele klachten nauwelijks doordringen.

Echter, het ontbreekt niet alleen bij SPC-SANDHAGHE aan een visie, ook binnen het geheel van de zwakzinnigenzorg ontbreekt het aan een leidende, richtinggevende visie.

Het halfslachtige beleid van de overheid is hier mede debet aan. Voorzover de overheid al een visie heeft, zal dat een financiële zijn.

Niet de zorgideeën overheersen binnen het denken van de overheid, doch het geld.

Daarnaast is er de acceptatie van de maatschappij. De mate van integratie wordt immers niet bepaald door voorzieningen in woonwijken te plaatsen.

De vele problemen die telkens rijzen als er ergens een voorziening gebouwd gaat worden moge dit illustreren. De idee van waardevermindering van het eigen huis gaat boven het zichzelf verplaatsen in de zwakzinnige, die de nieuwe buurman wordt.

Ook de werkers in de zorg zijn debet aan de veelal geringe acceptatie.

Vanuit de emotie vond men vaak dat de buurt het hoe dan ook dient te accepteren, desnoods met veel publiek geweld.

Dit alles betekent dat met datgene dat op korte termijn niet verandert, creatief omgegaan moet worden.

Bij het ontwikkelen van een zorgconcept zou de overheid een andere rol kunnen spelen.

Het vreemde doet zich n.l. voor dat waar de overheid/verbindingskantoor zich alle moeite getroost om de naleving van de erkenningen stipt te controleren en eventueel sancties op te leggen, het niet op papier hebben van visie en kwaliteitscriteria geen probleem is.

De toetsing van de kwaliteit van zorg gebeurt door de overheid nauwgezet als men is, op basis van de erkenningseisen. Zo kan het gebeuren dat de bewoners objectief gezien ernstig tekort komen, doch de controlerende instantie een permanente erkenning weigert af te geven op basis van een niet functionerend slot op een archiefkast.

De erkenningseisen hebben ongelooflijk veel geregeld, maar laten alles open waar het kwaliteit van zorg in termen van welzijn en achterliggende visies betreft.

Nu komt het mij voor dat dit ook niet de taak van de overheid zou dienen te zijn. Het primaat voor kwaliteitsontwikkeling en de controle daarop zou door de organisatie zelf ter hand genomen moeten worden.

Om nu die kwaliteit te kunnen ontwikkelen heeft een organisatie, met een omvang als SPC-SANDHAGHE, nodig dat het management die zaken kan aanpakken die men daarvoor wenselijk vindt.

De organisatiestructuur door Mintzberg zo naar voren gehaald en bij Peters en Waterman een onlosmakelijk deel van de 7-S'n is door de overheid in feite bepaald. Die schrijft n.l. voor welke medewerkers op welke niveaus op welke plaats moeten functioneren. In mijn beleving gaat het niet aan dat een externe instantie zich zo ingrijpend met de interne organisatie bezig houdt. Het dood creativiteit en jaagt de kosten op zonder dat er wezenlijke kwaliteit tegenover hoeft te staan.

Het maakt dat twee van de 7-S'n t.w. structuur en systemen door een externe instantie ingevuld worden. Zoals we gezien hebben moeten we de 7-S'n als onlosmakelijk zien. Waar nu twee onderdelen door het interne management niet te besturen vallen, geeft dit veel problemen om de andere vijf onderdelen in balans te houden en daarmee de organisatie als geheel op koers te houden.

De overheid geeft op deze manier veel geld uit en komt vervolgens de rekening bij de geestelijk gehandicapten presenteren in de vorm van wachtlijsten.

De grootte van wachtlijsten, maar ook bezuinigingen geven meer druk op de organisatie. Zoals vaak gebeurt bij organisaties, hebben deze als de druk toeneemt, de neiging te centraliseren (Mintzberg) om zaken snel en goed te kunnen regelen.

Procedures gaan afstemming via overleg vervangen en de contacten worden formeler. Er komt daardoor meer nadruk op organisatorische kwesties dan op inhoudelijke. Door de ondergeschikte rol van inhoudelijke zaken wordt de rol van de inhoudelijke staf lam gelegd.

Het heeft zijn weerslag op de geringe inhoudelijke inbreng van hoofden bij de hoofdenvergaderingen, en daarmee op de motivatie om sowieso nog deel te nemen aan deze vormen van overleg.

Tenslotte zal het ongetwijfeld zijn negatieve weerslag hebben op de inhoudelijke kwaliteit van het werk binnen de voorzieningen. Elke groepsleider, elk hoofd en elk staflid zal zo goed mogelijk trachten die kwaliteit te waarborgen en het werk verder te verbeteren, maar ieder zal dat moeten doen zonder steun of stimulans vanuit de organisatie en velen zullen het idee hebben, dat, hoe goed ze ook werken, weinigen dat zullen opmerken en waarderen.

Het is dan ook begrijpelijk dat er een interne gerichtheid blijft bestaan wat betreft de eigen voorziening.

Dit zou o.a. een verklaring kunnen zijn voor de weinige binding die er is met de organisatie als geheel.

Daarmee dreigt de voorziening een gesloten systeem te worden.

## 5.2. Probleemvelden op basis van de organisatie-theorieën.

### Relaties binnen de organisatie.

Het organogram (zie fig.1) geeft naar de aard een verdeling van verantwoordelijkheden weer.

Het is geen weergave van wat, waar moet gebeuren om de doelstelling van de organisatie nu en in de toekomst zo efficiënt en effectief mogelijk te bereiken.

De systeemtheorie in zijn algemeenheid en de cybernetica in het bijzonder maken gewag van terugkoppelkringen (feedback) teneinde de communicatie goed te laten verlopen.

Daarnaast stelt de wet van Ashby dat de hoeveelheid informatie, die het management kan verkrijgen, een veelvoud is van wat het kan bevatten. Daarom moeten er filters gebruikt worden om de relevante informatie van de rest te scheiden.

Aan de andere kant, als het management informatie doorgeeft, kan dit nooit aan iedereen, daarvoor zijn dan weer versterkers nodig.

Bij SPC-SANDHAGHE worden de voornaamste filters/versterkers gevormd door:

- de directie tussen bestuur en de rest van de organisatie en waar het de contactlegging met de externe instanties betreft.
- de hoofden in het traject uitvoerend werk in de voorzieningen naar directie.

Een filter moet zodanig werken dat het management te weten komt of:

- een voorziening gezond is
- de voorziening doet wat het behoort te doen.

Volgens Clemson hangt het gezond zijn van een sub-systeem samen met de kwaliteit van de medewerkers, de samenwerking, de motivatie, de middelen, de informatievoorziening en de besluitvorming.

Het probleem hierbij is dat het van veel factoren afhankelijk is (paradigma's) of je iets als gezond danwel ongezond moet typeren. Breevoord, van Dongen en Maas geven in hun studie over "verstoord en onverstoord administreren" een benadering van de vraag of een afdeling gezond danwel ongezond is.

De schrijvers stellen dat iedere medewerker in een organisatie zijn eigen doelstellingen en belangen heeft. Deze zijn meestal geen onderwerp van discussie. Daarom zijn er zo op het oog geweldige verschillen in beoordeling van een wel of niet gezonde organisatie.

Hun studie wijst uit dat er veel meer eensgezindheid bestaat over zaken die niet in orde zijn. Dat deze beoordeling meestal ingegeven is vanuit het individueel perspectief en dus qua motivering niet altijd even helder is, maakt het lastig organiseren.

Dit blijkt volgens de auteurs vanwege het feit dat bij het vaststellen van knelpunten, de belangen niet direct van betekenis zijn. Deze spelen pas een grotere rol bij het vaststellen van de oorzaken daarvan. Op dat moment zal er ook weinig consensus meer zijn.

Het is dus van het grootste belang dat er een gemeenschappelijk stelsel van normen en waarden ontwikkeld wordt, waarbij de

betrokkenheid van mensen voorop staat.

De kommissie onderzoek direktiestructuur (kod) zegt daarover in zijn recent verschenen nota: "...is het van essentieel belang dat er wordt ingespeeld op de perceptie van de problemen door de individuele medewerker".

Het is een taak van de directie (systeem 4 vlgs. Clemson) om tot een aantal geaccepteerde afspraken te komen om de vraag of de voorziening doet wat het behoort te doen meetbaar te maken. Bij deze meting gaat het niet om details, wel om een redelijk beeld van de voorziening te krijgen. Essentieel is hierbij dat niet de hoeveelheid contact tussen een voorziening en directie doorslaggevend is, maar vooral hoe de terugkoppeling plaatsvindt.

De directie heeft een relatief kleine capaciteit om informatie door te geven. Als er informatie doorgegeven moet worden heeft de directie versterkers nodig. Men is daarvoor aangewezen op de hoofden van de voorzieningen. Om dit contact goed te kunnen laten functioneren is een zeker commitment van de hoofden met de directie een noodzakelijke voorwaarde.

De hoofden op hun beurt moeten zich gesteund weten door de directie.

Wat betreft de communicatie van voorziening naar directie zijn er de bezettingsoverzichten, kasoverzichten en rapportage d.m.v. de kwartaalverslaggeving. Voor het overige is de directie aangewezen op het contact met de hoofden.

Voor de "overall" (systeem 2) besturing is er het procedureboek naast uiteraard de formele organisatiestructuur.

Het werken met geestelijk gehandicapten kan gezien de aard van dat werk overigens maar zeer ten dele "geregeld worden". De organisatie functioneert wat dat betreft bij de gratie van de creativiteit en informele activiteiten van de bij de zorg betrokken medewerkers.

Het onderzoek van de KOD laat ook zien dat er in de communicatie tussen directie en voorzieningen de nodige hiaten zitten. Bij de knelpunten wordt opgemerkt dat: "het verder inhoud geven aan de communicatielijnen binnen de organisatie m.n. waar het gaat om de gedachtenvorming rondom het beleid van het SPC-SANDHAGHE en het oplossen van problemen binnen de organisatie".

Peters en Waterman geven net als Clemson aan dat je het geheel van de organisatie moet bezien. Dat, waar je een bepaald onderdeel nader beziet, je dat in relatie met de andere onderdelen moet doen.

Als je de hoofden van de voorzieningen als een sub-systeem neemt is duidelijk dat bij de communicatie met de directie (terugkoppelsysteem) dit systeem beïnvloedt en zelf beïnvloed wordt. De vraag rijst in hoeverre deze beïnvloeding doorwerkt binnen de voorziening en binnen het algemene beleid.

De hoofden zijn vaak niet in staat geweest voor voldoende informatie zorg te dragen, enerzijds omdat men te weinig gestimuleerd werd, anderzijds omdat de hoofden te veel gericht zijn op het dagelijks reilen en zeilen van de voorzieningen. De KOD voegt daar nog aan toe dat er nauwelijks formele "schakelmomenten" zijn.

Clemson waarschuwt voor het gevaar dat in dit geval de onderdelen van de organisatie zichzelf regelen in een richting die niet gewenst is, gezien vanuit de doelstelling van de organisatie. Hierdoor is het slechts een kwestie van tijd alvorens je kunt vaststellen dat de directie alle zicht op de voorziening is kwijt geraakt. Hierdoor gaat het systeem zichzelf nog meer reguleren en is de vicieuze cirkel compleet.

Elke voorziening gaat zijn eigen werkwijze ontwikkelen en zijn eigen doelen nastreven. Het organisatiebelang komt op de zoveelste plaats. De hele ontwikkeling van het gemeenschappelijke beleid komt steeds verder af te staan van de uitvoering. Directie en voorziening dreigen ieder hun eigen weg te gaan. Reden waarom een KOD in haar rapport kan concluderen dat medewerkers geen notie hebben van de standpunten en strategische concepties die de directie inneemt.

In de informatievoorziening spelen de hoofden, naast de directie, een belangrijke rol, dit is reeds eerder gememoreerd. Tevens is duidelijk geworden (zie ook Nota KOD) dat dit door een aantal oorzaken niet voldoende lukt. Toch wordt het een kwestie van vertrouwen genoemd dat de juiste signalen doorkomen.

De mechanismen zoals die bij de terugkoppelkringen aan de orde zijn, maken duidelijk dat zoiets niet één onderdeel valt toe te rekenen.

Het is logisch, dat, indien de formele overlegorganen niet voldoen, steeds meer informeel geregeld gaat worden. Evenzeer is het begrijpelijk dat in deze situatie het informele informatie-circuit welig tiert.

Dit informele circuit heeft een uitlaatklepfunctie, maar kan nooit structureel bijdragen tot wederzijdse afstemming. In die zin verschilt dit circuit dan ook fundamenteel met hetgeen Mintzberg met wederzijdse afstemming bedoeld.

Het hoofdenoverleg en de reeds eerder genoemde rapportage beogen dit alles te voorkomen. Echter ik sluit me hier aan bij de KOD die vaststelt dat de groep te groot is en daarnaast de oriëntatiekaders mist.

### 5.3 De interne structuur.

Al diverse malen is vastgesteld dat de voorzieningen m.n. intern gericht werken. Een defensieve houding is in een aantal gevallen kenmerk van de betrokken voorziening. Het gevolg is dat er maar een fractie gebruikt wordt van alle kwalitatieve krachten, die in de organisatie schuil gaan.

De energie wordt nu verbruikt aan het zo goed mogelijk regelen van de alledaagse problemen van de eigen voorziening. Iedereen lost zijn eigen problemen los van anderen op en zoekt zijn eigen koers.

Dit is een vorm van decentralisatie, die leidt tot de situatie, dat de organisatie niet meer als één geheel kan reageren op externe ontwikkelingen. Men voelt dat, afgaande op de bevindingen van de KOD als: "onduidelijkheid voor wat betreft de strategische positie die de directie inneemt als het gaat om externe en interne problemen die van invloed zijn op zowel de inhoud van het beleid als op de organisatie van het werk".

Buitendam signaleert dat hierbij een mechanisme van gedragsontwikkeling optreedt, waarbij b.v. hulpverleners ideeën krijgen over carrière en werkgelegenheid en de oorspronkelijke doelstelling, hulpverlening, ondersneeuwt. Het is dan de vraag of de hulpverlening nog effectief is en of zij nog op reële behoeften inspeelt.

Het feitelijke gedrag, motivatie en inzet van de medewerkers is vanuit het oogpunt van kwaliteit, naast de éénduidige visie, van vitaal belang. Binnen de zorg voor geestelijk gehandicapten vormen de medewerkers verreweg het belangrijkste middel ten aanzien van het verwezenlijken van de doelstelling.

Ten positieve is, dat, met de installatie van de huidige directie, een principiële keus is gemaakt om het organisatorische-, het economische-, het inhoudelijke-, en het personele/sociale beleid als alle vier even belangrijke aspecten te waarderen. Het één kan niet los worden gezien van het ander (Peters en Waterman).

Het in gang gezette deskundigheidsbevorderingsprogramma, alsmede de functioneringsgesprekken zijn indicatoren dat er een verandering ten goede is gekomen.

Op elk niveau in de organisatie moet de confrontatie tussen beleid en werkelijkheid vorm worden gegeven. Men moet in staat zijn op multi-paradigmatische wijze naar het handelen van de omgeving te kijken. Alleen op die manier zal men, op welk niveau dan ook, tot een afgewogen oordeelsvorming komen.

Ofwel: "Wij kunnen en moeten veel van elkaar leren. Beiden zijn wij grote, mooie, maar bedreigde vogels. Het verschil tussen ons is dat jullie geleerd hebben te vliegen, maar niet een nest te bouwen en bij ons ligt dat precies andersom. Daarom hebben wij elkaar veel te bieden" (citaat uit: Adviseren bij organiseren, Edu Feltmann).

## Hoofdstuk 6.

### Conclusies en aanbevelingen.

#### 6.1. Conclusies.

Een constatering die gemaakt kan worden is, dat de wisselwerking tussen de organisatie en haar omgeving (open systeem) en de wisselwerking tussen de sub-systemen, de structuur en het functioneren sterk beïnvloedt.

Over het algemeen genomen is de situatie per voorziening goed te noemen. Echter het ontwikkeld hebben van een eigen werkwijze per voorziening, betekent tegelijkertijd dat de organisatie af en toe als los zand aan elkaar hangt.

Medewerkers éénmaal in dienst van de stichting kiezen heel bewust voor de voorziening waar men aanvankelijk is gaan werken. Niet in de laatste plaats omdat de verschillen aanzienlijk zijn.

Regels en procedures die voor de gehele organisatie gelden worden per voorziening anders geïnterpreteerd.

Het is geen geheim dat je als groepsleider in voorziening A. beter uit bent dat in voorziening B.

Als gezegd zijn de hoofden van de voorzieningen veelal teveel gericht op het dagelijks reilen en zeilen van de eigen voorziening.

Daarmee verstopt de informatielijn naar de directie en ontbreekt de mogelijkheid een bijdrage te leveren aan het stichtingsbeleid. Naast al het andere is dit ook te verklaren uit het gegeven dat een hoofd nu een akelige dubbelrol moet bekleden.

Hij is zowel beleidsvoorbereidend, beleidsmakend (op voorzieningen niveau) als uitvoerend. Dit nu maakt dat het hoofd continu in een spanningsveld zit, hetgeen op termijn tot grote problemen aanleiding kan zijn. Bekend is dat slechts weinig hoofden in dienst van de stichting de 65-jarige leeftijd halen.

Vanaf ongeveer 55 jaar is het voor veel hoofden te zwaar om nog te blijven functioneren.

Afgezien van de extra kosten die dit met zich meebrengt, gaat veel deskundigheid op die manier vroegtijdig verloren.

Waarschijnlijk vindt hetzelfde plaats op het niveau van de leefgroepen. Problemen in de uitvoering worden van geval tot geval ad-hoc opgelost, waardoor men geen zicht krijgt op het veralgemeniseren en daarmee structureel oplossen van de problemen. De coördinatie ontbreekt deze erboven te verheffen en collectief aan te pakken.

Het reactionaire denken dat tussen voorzieningen onderling en tussen voorzieningen en directie veelal heerst zal m.b.v. de gezamenlijk ontwikkelde zorgvisie tot het verleden moeten behoren. Vraagstukken van de organisatie moeten beantwoord worden op basis van de constante cyclus van informatie door de hele organisatie heen (terugkoppelkringen).

Volgens Mintzberg moeten we ons afvragen welke structuur het

meest geschikt is voor de organisatie. Mintzberg vraagt naar de omstandigheden, naar de omgevingskenmerken van de organisatie. Daarmee wordt, net als in het zojuist beschrevene, de aandacht weer primair gericht op de uitgangspunten, de visies en doeleinden van de organisatie.

De KOD constateert dit, zij het minder vergaand, in feite ook.

Sinds het einde van het medisch model als dominante benadering in de zwakzinnigzorg, is de invloed van de medische professie afgenomen.

Ook binnen het SPC-SANDHAGHE is er een toegenomen aandacht voor wonen en leven. Dat er geen éénduidige visie is doet daar niets aan af.

Dit maakt dat de opvatting over hoe begeleiding door een agoog eruit zou moeten zien, aan het veranderen is. De groepsleiding wordt zelf meer en meer deskundig, waar het de benadering van de bewoners betreft.

De agoog zal zich meer dienen te richten op visie-ontwikkeling en teambegeleiding.

De agoog draagt dan vaardigheden aan, zonder standaardisatie.

Hiermee komt de agoog veel duidelijker in de techno-structuur wat hem de ruimte geeft om deze zaken aan te pakken.

In de traditionele rol zat de agoog veel dichter bij het uitvoerende werk, maar weer niet dicht genoeg om diep van gedachten te kunnen wisselen over individuele bewoners.

De onduidelijkheid, of de agoog nu bij het uitvoerende niveau dan wel de techno-structuur hoorde, heeft zonder dat men zich dat altijd realiseerde voor veel begripsverwarring gezorgd.

Ook het nog niet helemaal kunnen loslaten van het medisch model door de agogen heeft de verwarring groot gemaakt. Immers, regelmatig nemen psychologen en pedagogen tests af en stellen behandelings- c.q. begeleidingsprogramma's op.

De paradox is dus, dat, waar vroeger de agoog het medisch model bestreed, hij het op zijn eigen wijze opnieuw heeft ingevuld en in stand houdt.

Wat het inhoudelijk beleid verder betreft is de conclusie dat het ontbreken van "zorgvisie" gemaakt heeft dat het aan toetsingskaders ontbreekt en daarmee aan coherent beleid.

De KOD komt tot éézelfde gedachte, echter naar mijn stellige overtuiging zijn met name de voorzieningen de aangewezen organisatie-onderdelen om dit te realiseren. De directie zou "slechts" het voortouw kunnen nemen.

Volgens Mintzberg is de professionele bureaucratie het meest geëigend voor een organisatie als de onze, omdat deze in een complexe en stabiele omgeving functioneren.

Damen is van mening dat organisaties als de onze gekenmerkt worden door een instabiele omgeving.

Het beheersingsmechanisme van de professionele bureaucratie: standaardisatie van vaardigheden doet echter geen recht aan de individuele problematiek van de bewoner.

De nadruk wordt gelegd op het hele menszijn. Vanuit deze invalshoek zijn gestandaardiseerde vaardigheden niet wenselijk en ook niet mogelijk.

Het is dus niet goed mogelijk met behulp van Mintzbergs ideaal-



typische benadering de meest wenselijke organisatie-structuur te verkrijgen. Zijn begrippenkader is niet voldoende toegesneden op de situatie zoals wij die kennen.

Afgezien van de omgeving die als instabiel gekenmerkt moet worden, bestaat het uitvoerende werk uit de omgang met de bewoners. Hoewel de handelingssituaties dus complex zijn, wordt dit werk door niet-professionals gedaan.

Als reeds opgemerkt hebben de professionals een begeleidende taak. De complexiteit noodzaakt verder tot een zekere mate van autonomie van de voorziening.

Zoals meestal hangt het van vele situationele factoren af wat de beste organisatievorm is. Het "dakpansgewijs" voortborduren op de bestaande organisatievorm lijkt, ook gezien de bevindingen van de KOD, de meest aangewezen weg.

Peters en Waterman vragen naast de "harde" benadering ook aandacht voor de "zachte" aspecten van de organisatie. Zeg maar de cultuur.

Zij beschouwen cultuur als een kwaliteitskenmerk. Een excellente onderneming kent een eigen, sterk ontwikkelde cultuur.

Binnen onze organisatie wordt steeds meer de nadruk gelegd op het leven binnen de voorzieningen. Daar, in de omgang met de bewoners, wordt de essentiële kwaliteit van de zorg bepaald.

Het handelen van de groepsleiding is dus het belangrijkste moment in de keten van hulpverlening.

Naar mijn gevoel is de cultuur van de organisatie mede-bepalend voor dat handelen van de groepsleiding. Naarmate het handelen van groepsleiding minder instrumenteel wordt, ofwel naarmate een professionele benadering (b.v. strikt medisch of psychologisch) minder invloed op dat handelen, op de omgang met de bewoners uitoefent, wordt de organisatiecultuur bepalender. Door beïnvloeding van de cultuur kan dus wezenlijk bijgedragen worden aan kwaliteitsverbetering binnen een voorziening.

Overigens, ook daar waar het handelen wel een instrumenteel karakter draagt, is de betrokkenheid van het personeel, de motivatie voor het te verrichten werk, van belang voor de kwaliteit van de uitvoering. Maar vooral in de omgang met mensen zijn subjectieve aspecten uiterst bepalend.

Dat de overgang tussen kwaliteits- en coördinatieproblematiek bij het cultuurbegrip vloeiend is, wordt duidelijk uit het cultuurkenmerk "bovengestelde doelen". Peters en Waterman maken duidelijk dat het "wij gevoel", de motivatie van werknemers als integratiemechanisme kan dienen.

De organisatieleiding kan, door "alle neuzen één kant op te richten", door duidelijk te maken "waarom het gaat", van cultuur een management-instrument maken.

## 6.2. Aanbevelingen.

Uitgangspunt voor de aanbevelingen is dat het niet zinnig is met een volstrekt nieuwe organisatie-structuur te verschijnen. De structuur die SPC-SANDHAGHE nu heeft is opzichzelf een goede. De organisatie moet aangepast worden aan de eisen des tijds. Eisen die zowel de omgeving als ook de interne organisatieleden stellen. Dit betekent het "dakpansgewijs" voortborduren op de bestaande organisatie vorm.

Ik kies daarbij voor een vorm van "kwalitatieve professionaliseringsstrategie", waarin geprobeerd wordt de kwaliteit van de zorgverlening zelf te verbeteren.

Het wil een werkbaar compromis vinden tussen identiteit van de voorzieningen en stichtingsidentiteit.

Dit kan plaats vinden door verandering van de structuur van de organisatie en door beïnvloeding van de cultuur.

### 6.2.1. De zorgvisie.

Teneinde de zorgvisie en de daarbij behorende kwaliteitscriteria te ontwikkelen stel ik mij voor dat er per voorziening vanuit een gemeenschappelijke visie de doeleinden van de zorg vastgesteld worden.

Met behulp van deze doeleinden kunnen kwaliteitscriteria worden vastgesteld en eventueel kwaliteitstoetsen ontwikkeld worden.

Dit alles kan vorm krijgen in zogeheten "zorgconcepten". Het eenmaal ontwikkelde zorgconcept zal aanleiding moeten zijn voor verdere ontwikkeling daarvan door betrokkenen.

Voor de directie ontstaat op die manier een mogelijkheid tot gerichte bijsturing. De directie op haar beurt legt dan verantwoordelijkheid af over de gegeven hulpverlening aan de overheid.

### 6.2.2. Bestuurbare deconcentratie.

Reeds op diverse plaatsen in deze nota heb ik aangegeven dat de organisatie als geheel geen hechte structuur bezit.

Ook het binnen het onderzoek van de KOD heeft men het gevaar van versnippering en verkokering herkend en men vindt het noodzakelijk dat er samenhang en samenwerking tussen de organisatieonderdelen aangebracht wordt.

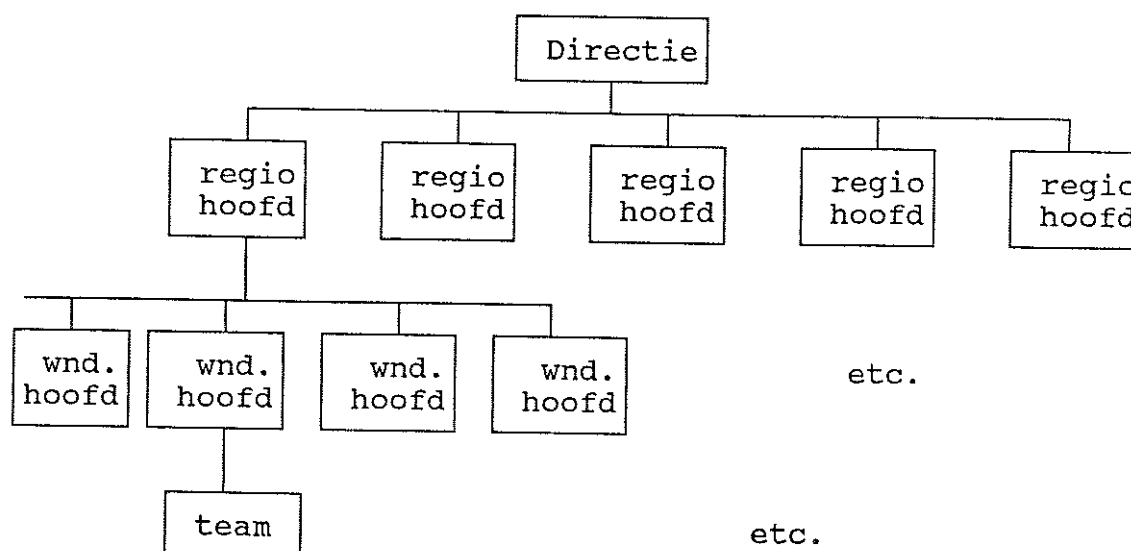
Door zowel naar de "harde" als de "zachte" kanten te kijken kan de samenhang aangebracht worden die nodig is om de organisatie per voorziening en als geheel optimaal te laten functioneren.

Dit d.m.v.:

- een systeem van job-rotation
- personele unies
- verplichting deel te nemen aan permanente-educatie voor alle medewerkers die niet gebruik maken van een reguliere opleiding.
- het verder ontwikkelen van het systeem voor funktionerings-gesprekken.
- het werken in regio's wat betekent dat een aantal voorzieningen aan elkaar geclusterd worden.

Een regio zou uit vier voorzieningen dienen te bestaan met aan het hoofd daarvan een regio-hoofd. Teneinde te voorkomen dat er een "bureaucratisch waterhoofd" van een managementstructuur ontstaat, betekent dit dat de hoofden per voorziening verdwijnen. Deze krijgen de functie van regio-hoofd. Het plaatsvervangend hoofd van nu zal, om niet in dezelfde problemen te geraken als de hoofden nu, in beperkte mate opgevaardigd worden. Dit betekent wél meer verantwoording binnen de voorziening voor het plaatsvervangend hoofd, maar nadrukkelijk niet beleidsbepalend zijn. Dit aspect blijft, zoals dat nu ook is, bij de hoofden die dan regio-hoofd zijn. Hiermee wordt het onderscheid dat er is tussen operationeel en tactisch niveau, ook in de structuur gehonoreerd.

Fig. 6



### 6.2.3. Deskundigheid groepsleiding.

De complexiteit van het werken binnen de voorzieningen stelt specifieke eisen aan de medewerkers. Om iedere bewoner met zijn problemen te kunnen helpen moeten er groepsleiders met verschillende achtergronden in de voorzieningen werkzaam zijn. Het criterium bevoegd- of onbevoegd doet in dit verband geen recht aan de specifieke problemen.

SPC-SANDHAGHE zou de ruimte dienen te krijgen een wervings- en selectie-beleid te hanteren dat voorziet in de specifieke problematiek binnen de voorzieningen.

#### 6.2.4. De overheid.

Al eerder is gesteld dat systemen binnen de systeemtheorie een open karakter hebben. De open verbintenis met de omgeving en de ontwikkelingen die daarin plaatsvinden, vragen om een organisatie die hierop efficiënt en flexibel weet in te spelen. Echter ook van het andere systeem, in dit geval de overheid, mag verwacht worden dat men zich open en flexibel opstelt.

De voorstellen, zoals die naar voren gekomen zijn, vragen op onderdelen een overheidsstellingname die SPC-SANDHAGHE de mogelijkheid geeft de organisatie naar de eisen des tijds en met eigen managementinzichten te ontwikkelen.

In deze notitie is eerder naar voren gekomen dat door de rol van de overheid de zorg onnodig duur wordt gemaakt. Hoewel de hoofden en plaatsvervangend hoofden er in hun nieuwe rol qua inkomsten op vooruit gaan zal het werken met regio's een flinke besparing opleveren, met naar mijn opvatting een betere zorgverlening. Deze besparing zou de geestelijk gehandicapten ten goede kunnen komen die nu nog op een onafzienbare wachtlijst staan.

Zowel het werken met regio-hoofden als het loslaten van de beginselen van bevoegd- en onbevoegd groepsleider wijkt af van de erkenningseisen. De overheid zou bereid moeten zijn, erkenningseisen die ooit met een bepaald beeld voor ogen ontwikkeld zijn, te heroverwegen.

Dat dit tot een kostenverlaging leidt is meegenomen, doch belangrijker is dat de ontwikkeling van de zwakzinnigenzorg er mee gebaat is.

#### 6.2.5. de invoering.

Wat betreft de invoering van de voorstellen stel ik mij voor dat er op basis van de verschillende deskundigheden binnen de stichting een stuurgroep geformeerd wordt welke, waar nodig, de aanbevelingen verder uitwerkt en voorstellen doet voor concrete invulling.

Alvorens dit aangepakt zal worden zullen er gesprekken met overheid/verbindingskantoor gevoerd moeten worden. Dit om de "ins" en "outs" vanuit het perspectief van de overheid nader te bezien.

Ik stel mij voor dat waar de overheid op experimentele- danwel definitieve basis akkoord zou gaan, er een gemeenschappelijke commissie geïnstalleerd wordt van overheid en SPC-SANDHAGHE om zodoende de kwaliteit van zorg te waarborgen.

#### 6.2.6. Tenslotte.

Volgens Lammers is de excellente onderneming niet meer en ook niet minder dan een organisatie met organisch regiem en een hechte samenhang gebaseerd op een specifiek cultuurpatroon. Een dergelijke organische organisatie kenmerkt zich onder andere door flexibiliteit, coördinatie door middel van overleg, collectieve verantwoordelijkheid en decentralisatie.

Indien SPC-SANDHAGHE in de mogelijkheid geplaatst wordt om de aanbevelingen uit te werken zal blijken dat de kwaliteiten van de medewerkers, niet meer opgesloten in de beperktheden van de eigen voorziening, een kans krijgen zich verder te ontwikkelen, nieuwe initiatieven te ontplooien en de "zorg" nieuwe impulsen te geven.

## OVERZICHT BEWONERS/BEZOEKERSGEGEVENS PER 31.12.1988

LEEFTIJD t/m	GVT-en	KDV-en	Sandhaghe	Totaal
0 - 10	-	53	44	97
11 - 20	2	16	23	41
21 - 30	67	-	-	67
31 - 40	99	-	-	99
41 - 50	74	-	-	74
51 - 60	81	-	-	81
61 en ouder	70	-	-	70
Totaal	393	69	67	529

OVERZICHT PERSONEELS-GEGEVENS PEILDATUM 1 januari 1989

	GVT/KDV	Sandhaghe	Totaal SPC
algemeen personeel	52,36	9,85	62,21
verpleegkundige personeel		11,00	11,00
groepsleiding algemeen	177,83	44,69	222,52
therapeutisch personeel	2,17	5,90	8,07
medisch personeel	0,63	0,50	1,13
wetenschappelijke staf	2,00	2,05	4,05
<b>totaal medewerkers op full-time basis:</b>	<b><u>234,99</u></b>	<b><u>73,99</u></b>	<b><u>308,98</u></b>

verdeling medewerkers in de hoofdfuncties

directie en directie sekretariaat	2,00		2,00
financiële administratie	4,00		4,00
personeelszaken	3,00		3,00
civiele- en technische dienst	36,48	9,45	45,93
automatisering	2,00		2,00
overig algemeen personeel	4,88		4,88
gediplomeerde verpleegkundigen		11,00	11,00
verpleegkundigen in opleiding		16,90	16,90
opleiding		1,00	1,00
overig verzorg./verpl./opvoedk.personeel		25,79	25,79
leiding GVT/KDV	37,00		37,00
gediplomeerde groepsleiding <u>met</u> VSID	49,58	1,00	50,58
gediplomeerde groepsleiding <u>zonder</u> VSID	33,60		33,60
groepsleiding bezig met opleiding	15,00		15,00
ongediplomeerde groepsleiding	42,65		42,65
fysiotherapeutisch personeel	0,83	0,80	1,63
bewegingstherapeutisch personeel		0,30	0,30
maatschappelijk werkende		0,80	0,80
logopedistisch personeel	0,91	0,30	1,21
bezigheids- kreativit.- en speltherap.pers.	0,43	3,70	4,13
apotheek-personeel		0,40	0,40
artsen	0,63	0,50	1,13
psycholoog / ortho-pedagoog	2,00	2,05	4,05
	<b><u>234,99</u></b>	<b><u>73,99</u></b>	<b><u>308,98</u></b>

LITERATUUROVERZICHT.

- Andel van, C.P., Bijbels-antropologische overwegingen. In: Tussen verlangen en werkelijkheid, J. Stolk, M. Egberts (red) Boom Meppel/Amsterdam 1985
- Breevoord R.A., C. Dongen, H.J. van Maas, A.J.J.A., Onverstoord Administreren, Stenfert Kroese, Leiden/Antwerpen, 1983
- Buitendam, A. Organisatievraagstukken van de zwakzinnigenzorg. In: Van de Berg (red) (1976) Sociologie en welzijn. Groningen, Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen.
- Capra, Fritjof, Het Keerpunt Contact Amsterdam 1984
- Clemson B., Cybernetics: a new management tool, Abacus Press, Tunbridge Wells, 1984
- Kommissie onderzoek direktiestructuur SPC-SANDHAGHE, Den Haag, 1988
- Damen, Dr. P.C. (1972) Organisatie en technologie. Lochem, De Tijdstroom.
- Dijck J.J.J. van, Vernieuwing van personeelsmanagement, uit Bedrijfskunde, jrg. 59, 1987/2
- Erdsieck G. Voorbij...de feitelijkheid, de Tijdstroom, Lochem, 1987.
- Feltmann Edu, Adviseren bij organiseren Proefschrift, Tilburg 1984
- Gribbin J., Op zoek naar Schrödingers kat, Quantumfysica en de werkelijkheid, Contact, Amsterdam, 1985.
- Jak T., Armen van geest, Jacob van Campen, Amsterdam 1988.
- Jong de G.R.A. Effectief personeelmanagement, Kluwer, Deventer 1988
- Können, Dr. E. Schaalproblemen op het vlak van de planning. Een vergelijking tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen. In: T.P.W.M.. van der Krogt e.a. (red.) (1987)
- Lammers, Prof. Dr. C.J. De excellente onderneming als organisatie-model. In Harvard Holland Review, no.8, 1986
- Langemeijer, K.F.P. Mr. Artikel in FIAD forum, jaargang 01, Februari 1988
- Mintzberg H., The structuring of organizations, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1979
- Peters, Thomas J. en Waterman, Robert H., Excellente ondernemingen, Veen, Utrecht/Antwerpen, 1985.
- Piaget, J., Genetische epistemologie. Boom, Meppel 1976.



- Popper, K., De armoede van het historisme, Aula, 532, 1978.
- Seys, D. en P. Duker, Modificatie van agressief destructief gedrag. Tijdschrift voor zwakzinnigheid en zwakzinnigen zorg, 1974, 77
- Siebesma, Peter (1983) Een blijvende zorg. Lochem, De tijdstroom.
- Swaan de A., Het medisch regiem, Meulenhoff Amsterdam, 1985.
- Timmers-Huigens, Drs. Dorothea (1982) Vreugde beleven aan je menszijn. Lochem, De Tijdstroom.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie. Van loghum Slaterus Deventer, 1970.
- Werkgroep functiemode Gezinsvervangende Tehuizen voor geestelijk gehandicapten, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk, September 1983.

