

Divisie Volksgezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
Info-VGZ@pg.tno.nl

TNO-rapport

2001.194

**De continuering van gebruik van het
voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de
kleine bij is"**

Datum	November 2001
Auteurs	M.R. Crone M. Verlaan M.C. Willemsen P. van Soelen S.A. Reijneveld T.G.W.M. Paulussen

Aantal pagina's	61
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

Auteurs:

M.R. Crone

M. Verlaan

M.C. Willemsen

P. van Soelen

S.A. Reijneveld

T.G.W.M. Paulussen

Projectnummer

011.60018

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van *f* 34,65 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.8899 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 2001.194.

Samenvatting

In 1997 heeft DEFACTO Rookvrij (voorheen Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro)), in samenwerking met TNO-PG en Universiteit Maastricht, een voorlichtingsprogramma ontwikkeld om het meerroken door jonge kinderen te verminderen onder de naam “Roken? Niet waar de kleine bij is”. Het programma bestaat uit een brochure “Roken? Niet waar de kleine bij is” voor de ouders en een handleiding voor de medewerkers in de jeugdgezondheidszorg. Het accent in de handleiding ligt op de vaardigheden die voor de hulpverlener van belang zijn om het passief roken aan de orde te stellen. Hiervoor is een vijf stappenplan opgenomen in de handleiding. Aan de hand van dit vijf stappenplan kan de hulpverlener de voorlichting geven.

Het voorlichtingsprogramma is in 1998 landelijk ingevoerd. De implementatie van het voorlichtingsprogramma is goed verlopen. Het doel van dit onderzoek is na te gaan of het programma “Roken? Niet waar de kleine bij is” na de implementatie ook gecontinueerd wordt binnen de ouder- en kindzorg en welke factoren daarop van invloed zijn.

De centrale vraagstellingen zijn:

- 1 In welke mate wordt de voorlichting over passief roken door zuigelingen volgens het voorlichtingsprogramma “roken? Niet waar de kleine bij is” gecontinueerd binnen de ouder- en kindzorg?
- 2 Wat zijn de aanknopingspunten voor een mogelijke verbetering van de continuering?

Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase werden er interviews gehouden met een aantal OKZ-verpleegkundigen, CB-artsen en OKZ-managers. Tevens werd in deze fase een literatuuronderzoek gedaan naar determinanten van institutionalisering. De resultaten van deze eerste fase werden gebruikt om het achterliggend theoretisch kader voor de continuering van het voorlichtingsprogramma en vervolgens twee vragenlijsten te ontwikkelen: een vragenlijst voor artsen en verpleegkundigen en een vragenlijst voor OKZ-managers. In fase twee werden deze vragenlijsten verstuurd naar 67 thuiszorgorganisaties. Per organisatie ontving men 16 vragenlijsten: vijf voor CB-artsen, tien voor OKZ-verpleegkundigen en één voor de OKZ-managers.

Theoretisch kader

In het onderzoek is besloten om de continuering zowel op het niveau van de individuele uitvoerder als op organisatieniveau te meten. Voor het meten van gebruik op individueel niveau wordt vooral gekeken naar de volledigheid van het gebruik van het voorlichtingsprogramma en naar het aantal ouders waaraan het programma wordt aangeboden. Dit wordt gedefinieerd als mate van gebruik en is de belangrijkste uitkomstmaat van dit project. De mate van institutionalisatie wordt gezien als verklarende factor voor het gebruik. Voor de mate van institutionalisatie (continuering op organisatieniveau) wordt gebruik gemaakt van het model van Goodman en Steckler: genoemd de Levels of Institutionalization. Volgens dit model moet er institutionalisatie plaats vinden op het gebied van management, productie, ondersteuning en onderhoud. Met productie wordt hier bedoeld de mate waarin de richtlijnen van het voorlichtingsprogramma op papier gezet zijn, het geëvalueerd wordt en het bespreken van het programma vastgelegd wordt. Met onderhoud wordt bedoeld de mate waarin nieuwe medewerkers ingewerkt worden in het voorlichtingsprogramma, met ondersteuning de mate waarin er geld en tijd gereserveerd is voor de voorlichting en met management de mate waarin er een coördinator aangesteld is voor het voorlichtingsprogramma en de evaluaties teruggekoppeld worden aan de uitvoerenden.

De factoren van invloed op de continuering van een vernieuwing worden bekeken aan de hand van de volgende factoren:

- Kenmerken van de organisatie: grootte van de organisatie, werkdruk en leiderschapsstijl
- Kenmerken van de gebruiker: deze factor is gebaseerd op het ASE-model (Attitude Sociale Invloed, Eigen Effectiviteit). Attitudes wordt gevraagd door de samengestelde variabelen: programma specifieke uitkomstverwachtingen, doelgroep specifieke uitkomstverwachtingen, taakopvatting, gepercipieerde voordelen. Sociale invloed wordt gevraagd door de variabelen subjectieve norm van collega's over gebruik van het voorlichtingsprogramma en van ouders, ervaren sociale steun van collega's en modellering of waargenomen gedrag van collega's als het gaat om het gebruik van het voorlichtingsprogramma. Eigen effectiviteit bestaat uit één samengestelde variabele.
- Kenmerken van de vernieuwing: de kenmerken van de vernieuwing bestaat uit één variabele die samengesteld is uit wat de ondervraagden vinden van het voorlichtingsprogramma als het gaat om complexiteit, duidelijkheid, observeerbaarheid, rigiditeit, aantrekkelijkheid, instrumentaliteit en aansluiting op werkwijze.
- Kenmerken van de invoeringsstrategie: deze factor bestaat uit of de variabelen: participatie in adoptiebeslissing, aanwezigheid van training, evaluatie, financiering/tijd en experimenteermogelijkheid.

Resultaten

Van alle respondenten heeft 10% het materiaal horende bij het programma "Roken? Niet waar de kleine bij is" nooit ingekeken of doorgelezen. Van de medewerkers die het programma ooit eens doorgelezen hebben, gebruikt 69% het programma. Er is een significant verschil in gebruik tussen CB-artsen en OKZ-verpleegkundigen. In de eerste groep wordt het voorlichtingsprogramma gebruikt door 53% en in de tweede groep door 75%. Indien hierbij niet alleen gekeken wordt naar de degenen die het programma wel eens doorgelezen hebben, maar ook degenen die het nooit doorgelezen hebben, is het gebruik bij artsen 42% en bij de verpleegkundigen 71%. Het gebruik varieert binnen één organisatie: indien naar bijvoorbeeld de verpleegkundigen gekeken wordt, wil dit zeggen dat binnen één organisatie de ene verpleegkundige het wel gebruikt en de andere niet.

Er is eerst met behulp van logistische regressie nagegaan welke van de bovenstaande factoren van invloed zijn op het wel of juist niet gebruik van het voorlichtingsmateriaal na correctie voor de andere factoren. Bij artsen blijkt modellering positief en het aantal kinderen in de zorg van de TZO negatief samen te hangen met het wel of niet gebruiken van het voorlichtingsmateriaal "Roken? Niet waar de kleine bij is". Bij de verpleegkundigen zijn uiteindelijk modellering, perceptie van de voordelen van het programma positief en het aantal kinderen in zorg van de TZO negatief geassocieerd met het wel of niet gebruiken van het voorlichtingsmateriaal "Roken? Niet waar de kleine bij is".

Vervolgens is gekeken naar de mate van gebruik en de mate van institutionalisatie van het voorlichtingsprogramma.

Wat betreft de mate van gebruik, wordt door 95% van de gebruikende artsen en verpleegkundigen de brochure door hen zelf of door een andere professional in de organisatie gegeven. Drieëndertig procent van de artsen en 82% van de verpleegkundigen geeft aan een meerderheid van de ouders een persoonlijke

voorlichting. De verpleegkundigen geven deze voorlichting met name bij het huisbezoek. Wat betreft de volledigheid van het gebruik van het stappenplan worden de eerste stappen heel redelijk gevolgd echter de laatste stappen over het bespreken van barrières en de follow-up veel minder.

De mate van institutionalisatie van het voorlichtingsprogramma is volgens de artsen en verpleegkundigen lager dan voor de OKZ-managers. De institutionalisatie op het productie niveau wordt als het hoogst ervaren door zowel de OKZ-managers en medewerkers.

Vervolgens is gekeken naar de variabelen die van invloed zijn op de mate van gebruik. Bij de CB-artsen blijkt de mate van gebruik met name een verband te hebben met de mate waarin de arts het een taak vindt om er altijd aandacht aan te besteden. Bij de verpleegkundigen komt naar voren dat de mate van gebruik groter wordt als de ervaren eigen effectiviteit hoger is, als de verpleegkundige het meer een taak vindt om er altijd aandacht aan te besteden, als er een training in het gebruik is geweest en als de gepercipieerde mate van institutionalisering van het voorlichtingsprogramma in het productie niveau hoger is.

Conclusies en aanbevelingen.

Een hoog percentage van de CB-medewerkers gebruikt het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is". De verpleegkundigen gebruiken het wel vaker dan artsen. Ook gebruiken de verpleegkundigen het pakket vollediger.

Bij de artsen zou nagedacht moeten worden of het sowieso als hun taak gezien moet worden om standaard voorlichting te geven over passief roken, vooral omdat de verpleegkundigen deze voorlichting ook al geven.

Bij de verpleegkundigen zal er meer aandacht moeten komen voor eigen effectiviteit en met name de bekwaamheid van verpleegkundigen om alle vijf stappen van het stappenplan te volgen. De verpleegkundigen leggen vooral vast wat het rookgedrag is van de ouders en bespreken kort de gezondheidsproblemen, maar huisregels en barrières worden veel minder besproken.

Een training is wel belangrijk, maar de training zoals die tot nu toe gegeven is, heeft eigenlijk weinig effect gehad op de ervaren eigen effectiviteit van de verpleegkundigen om het voorlichtingsprogramma in bepaalde settings aanbod te laten komen. Vooral het bespreken van huisregels/barrières en ook er op een later moment op terugkomen zou beter naar voren moeten komen tijdens de training.

Verder promoten van institutionalisering op het productie niveau. Zo is de mate waarin het gebruik binnen een organisatie formeel geëvalueerd wordt nog niet zo hoog. Wellicht dat er instrumenten ontwikkeld kunnen worden waardoor het makkelijker wordt om regelmatig te evalueren. Daarnaast is het ook belangrijk de aandacht voor de institutionalisatie in de andere niveau's te verhogen. Zo is de institutionalisering in het onderhoud systeem nog maar minimaal: er zijn nog maar weinig richtlijnen voor het inwerken van nieuwe medewerkers. Door wisselingen in personeel binnen een organisatie verandert het gebruik doordat deze nieuwe medewerkers niet ingewerkt worden in het gebruik van het voorlichtingsprogramma. Tevens zou een verbetering hierbij zijn om het voorlichtingsprogramma standaard in de opleiding van OKZ-verpleegkundige te introduceren. Er zou nagegaan moeten worden in hoeverre er aandacht aan besteed wordt in de opleiding.

Uit het onderzoek blijkt dat er een discrepantie is tussen de waargenomen institutionalisatie door CB-medewerkers en door de OKZ-managers. De institutionalisatie volgens de OKZ-managers blijkt bovendien niet van belang voor de mate van gebruik van de CB-medewerkers en de institutionalisatie volgens de medewerkers zelf wel. Dit gegeven leidt tot de aanbeveling dat er nagegaan moet worden hoe de verschillende onderdelen van de institutionalisatie van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” gecommuniceerd worden naar de werkvloer en hoe deze communicatie tussen management en werkvloer verbeterd kan worden zodat de discrepantie tussen beleid en praktijk kleiner wordt.

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 9
1.1	Het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” — 9
1.2	Doelstelling — 10
2	Theoretisch Kader — 12
2.1	Definities — 12
2.1.1	Continuering — 13
2.2	Het theoretisch kader van het onderzoek — 14
2.2.1	Kenmerken van de organisatie — 15
2.2.2	Kenmerken van de gebruiker — 18
2.2.3	Kenmerken van de vernieuwing. — 20
2.2.4	Kenmerken van de invoeringsstrategie — 20
2.2.5	Achtergrond gegevens — 22
3	Methode — 25
3.1	Opzet — 25
3.2	Onderzoeksinstrument — 25
3.3	Analyse — 30
4	Resultaten van het onderzoek — 33
4.1	Kennis van het voorlichtingsprogramma — 33
4.2	Gebruik(sintentie) — 33
4.3	Determinanten van gebruik — 34
4.3.1	Kenmerken organisatie — 34
4.3.2	Kenmerken van de gebruiker — 35
4.3.3	Kenmerken van de vernieuwing — 39
4.3.4	Kenmerken van de invoeringsstrategie — 39
4.3.5	Factoren van invloed op het wel of niet gebruik — 40
4.4	De mate van gebruik — 40
4.4.1	Invoeringsstrategie — 41
4.4.2	Institutionalisatie — 42
4.4.3	Correlaties van de verschillende factoren met de mate van gebruik — 44
4.4.4	Factoren van invloed op de mate van gebruik — 45
5	Conclusies en aanbevelingen — 49
5.1	Gebruik(sintentie) — 49
5.2	Mate van gebruik — 49
5.2.1	Artsen — 49
5.2.2	Verpleegkundigen — 50
5.2.3	Beperkingen van het onderzoek — 51
5.3	Aanbevelingen — 52
6	Referenties — 55
	Bijlage(n)
	A De vragenlijst voor OKZ-verpleegkundigen en CB-artsen
	B De vragenlijst voor de OKZ-managers
	C Correlaties

1 Inleiding

In 1997 heeft DEFACTO (voorheen Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro)), in samenwerking met TNO-PG en Universiteit Maastricht, een voorlichtingsprogramma ontwikkeld om het meerroken door jonge kinderen te verminderen onder de naam “Roken? Niet waar de kleine bij is”.

1.1 Het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is”

Het programma bestaat uit een brochure “Roken? Niet waar de kleine bij is” voor de ouders en een handleiding voor de medewerkers in de jeugdgezondheidszorg. Het accent in de handleiding ligt op de vaardigheden die voor de hulpverlener van belang zijn om het passief roken aan de orde te stellen. Hiervoor is een vijf stappenplan opgenomen in de handleiding. Aan de hand van dit vijf stappenplan kan de hulpverlener de voorlichting geven. Het bestaat uit de volgende stappen die in onderstaande volgorde uitgevoerd worden:

1. Rookprofiel Vaststellen of er in huis en ook in bijzijn van het kind gerookt wordt
2. Kennis Praten over mogelijke gezondheidsgevolgen van passief roken
3. Huisregels Bereidheid van ouders peilen om het meerroken te voorkomen en bespreken van huisregels
4. Barrières Bespreken en wegnemen van obstakels voor het invoeren van huisregels
5. Vervolg Vragen naar het hanteren en naleven van huisregels in een volgend contact

Door deze stappen te volgen kan de hulpverlener ouders eenvoudige oplossingen geven om te voorkomen dat hun baby blootgesteld wordt aan tabaksrook. Hij/zij kan ouders bijvoorbeeld adviseren om buiten te gaan roken of in een ruimte waar het kind bijna nooit komt. De handleiding besteedt ook aandacht aan de situatie dat er binnenshuis niet gerookt wordt. In dat geval wordt aan de situaties buitenshuis extra aandacht geschonken. De informatie die de hulpverlener geeft tijdens het gesprek komt ook terug in de brochure “Roken? niet waar de kleine bij is” voor de ouders.

De handleiding gaat ook in op hoe en wanneer de hulpverleners de voorlichting kunnen geven. De hulpverlener kan het stappenplan op twee momenten verlaten om er tijdens een volgend consult op terug te komen. Aan het eind van een consult waarin (een deel van) het stappenplan is besproken, kunnen er afspraken gemaakt worden voor een volgend consult. In het dossier van het kind kan de hulpverlener noteren of het roken besproken is. Dit kan ook op de interventiekaart die hoort bij het voorlichtingsprogramma: hierop kan eveneens aangegeven worden welke stappen van het stappenplan al gedaan zijn.

Tot slot is in de handleiding een hoofdstuk opgenomen getiteld “De uitvoering door de hulpverlener” en een hoofdstuk “De invoering binnen de ouder- en kindzorg (OKZ)”. Het eerst genoemde hoofdstuk geeft per soort hulpverlener (de verloskundige/gynaecoloog, de kraamzorgverpleegkundige/kraamverzorgende, de docent zwangerschapseducatie, de consultatiebureau-arts, de OKZ-verpleegkundige, de huisarts en de kinderarts/kinderlongarts/kno-arts) specifieke informatie over de uitvoering van het stappenplan. In het tweede genoemde hoofdstuk gaat het over de activiteiten die een OKZ-manager of een andere verantwoordelijke zou kunnen nemen

om het voorlichtingsprogramma in te voeren binnen de thuiszorg. Hierbij komt het trainen van medewerkers, de consultatiefunctie binnen de organisatie (dat wil zeggen de mogelijkheid om aan iemand vragen te stellen) en de evaluatie aan bod.

Uit een eerdere effectevaluatie van dit voorlichtingsprogramma over passief roken blijkt dat de voorlichting ouders bewuster maakt van hun gedrag. Na de voorlichting werden er significant minder sigaretten gerookt in de woonkamer. Er werd ook meer geventileerd en het roken in de auto daalde.¹ Uit een NIPO-onderzoek kwam naar voren dat het percentage huishoudens waar binnenshuis nooit gerookt wordt in een periode van twee jaar gestegen is van 27% naar 39% en het percentage waar niemand meer in huis rookte van 8% naar 21%.² Een TNO onderzoek uit 1999 onder 2534 ouders toonde aan dat sinds de invoering van de voorlichting het percentage gezinnen waarin het bijzijn van het kind in de woonkamer wordt gerookt, gedaald is naar 18%³; in een onderzoek uit 1996 onder 1550 moeders was dit percentage nog 42%.⁴

Deze resultaten tonen aan dat het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” effectief was in de periode van 1997 tot en met 1999.

Het voorlichtingsprogramma is in 1998 landelijk ingevoerd. De invoeringsstrategie bestond uit het aanschrijven van de thuiszorgorganisaties met een exemplaar van het materiaal en er werden tevens trainingen aangeboden. De implementatie van het voorlichtingsprogramma is goed verlopen: uit een evaluatie onderzoek een jaar na de implementatie komt naar voren dat 95% van de ondervraagden het programma gebruikt.²

1.2 Doelstelling

Volgens Rogers is continuering de laatste fase die een nieuw programma doorloopt in een organisatie.⁵ Dan is de implementatie een succes. De ervaring leert echter dat implementatie van een vernieuwing vaak niet blijvend is.⁶ Afspraken dien aangaande worden gemaakt maar deze verwateren na verloop van tijd. De veranderingen dienen verankerd te zijn in de formele organisatiestructuren en –procedures. Dit is ook de reden dat meer dan 50% van de programma's die geïmplementeerd worden binnen een jaar niet meer gebruikt wordt. Een Canadees onderzoek laat zien dat 44% van de 189 onderzochte interventies blijvend geïncorporeerd was in een organisatie, terwijl 35% gedeeltelijk blijvend was en 22% was niet blijvend.⁷

Bevordering van de continuering van een voorlichtingsprogramma is dus belangrijk. Zowel Goodman⁸ als Shediak-Riskallah⁹ geven gefundeerde redenen waarom de continuering sterker bevorderd moet worden tijdens de invoering:

- Een programma moet gedurende voldoende tijd bestaan zodat grote delen van de populatie die het beoogde risicogedrag vertonen voldoende blootgesteld zijn aan en mee kunnen doen met het programma
- Gedragsverandering kost tijd en vindt over het algemeen over een lange periode plaats, herhaalde blootstelling aan de interventie of programma is daarom noodzakelijk.
- De gezondheidsbevordering vereist culturele en sociale veranderingen in de zin van gezondheid en gezondheid gerelateerd gedrag en deze kosten tijd.
- Organisaties die de programma's uitvoeren hebben tijd en energie nodig om een innovatie te integreren in hun missie en handelingen.

- Discontinuatie is kostbaar voor de organisatie die geld en mankracht steekt in de ontwikkeling van nieuwe programma's. En ook voor de klanten en maatschappij is het kostbaar omdat deze rekenen op continuering en ondersteuning.
- Het beëindigen van het programma is niet productief indien de ziekte waar het programma zich op richt voort blijft bestaan of opnieuw voorkomt.
- Continuering is een probleem voor de meeste community interventies: de meeste community-programma's zien hun financiering afnemen voordat het programma zijn vruchten heeft afgeworpen
- Een andere reden waarom het belangrijk is om met de continuering van een programma rekening te houden is dat de community programma's minder zal steunen indien programma's steeds plotseling en onbehoorlijk worden afgebroken.
- GVO programma's zijn vaak gericht op het veranderen van gedrag van een bepaalde groep: vaak zijn dit geen statische groepen, maar komen er steeds weer nieuwe mensen bij. Informatie dient gecontinueerd te worden om de nieuwe personen in een groep te informeren. Neem het huidige voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is". Dit programma wil het verminderen van het roken in het bijzijn van het jonge kind verminderen. Aangezien er steeds weer nieuwe ouders instromen in de zorg is het belangrijk dat de voorlichting door blijft gaan.

Tegen deze achtergrond is in dit onderzoek nagegaan of het programma "Roken? Niet waar de kleine bij is" na de implementatie ook gecontinueerd wordt binnen de ouder- en kindzorg en welke factoren daarop van invloed zijn.

De centrale vraagstellingen zijn:

- 1 In welke mate wordt de voorlichting over passief roken door zuigelingen volgens het voorlichtingsprogramma "roken? Niet waar de kleine bij is" gecontinueerd binnen de ouder- en kindzorg?
- 2 Wat zijn de aanknopingspunten voor een mogelijke verbetering van de continuering?

In het volgende hoofdstuk wordt het onderliggende theoretisch kader van het onderzoek uitgewerkt. Daarna volgen hoofdstukken over de uitvoering van het onderzoek, de resultaten. Het laatste hoofdstuk bevat een bespreking van de resultaten, gevolgd door conclusies en aanbevelingen.

2 Theoretisch Kader

Dit hoofdstuk beschrijft het theoretisch kader van het onderzoek. Het theoretisch kader is gebaseerd op de huidige kennis over de determinanten die van invloed zijn op de invoering van een vernieuwing. Hierbij is met name gekeken naar de literatuur over implementatie en de continuering van een vernieuwing. Het kader is tevens gebaseerd op interviews die in dit onderzoek gehouden zijn met OKZ-verpleegkundigen, CB-artsen en OKZ-managers: de opzet van het onderzoek zal in het volgende hoofdstuk verder worden toegelicht.

2.1 Definities

Een vernieuwing doorloopt volgens Rogers idealiter een viertal fases.⁵ Onder een *vernieuwing* wordt hierbij verstaan een werkwijze, technologie of organisatievorm in een bepaalde situatie die nieuw of anders is dan wat gangbaar is in die situatie. Het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” kan als een vernieuwing gezien worden.

De vier fases van Rogers zijn⁵:

- **Disseminatie** Bepaalde uitkomsten en ideeën van de vernieuwing onder de aandacht brengen van potentiële gebruikers.
- **Adoptie** De potentiële gebruikers verwerken de informatie over de vernieuwing waarna er besloten wordt om de vernieuwing wel of niet te gaan gebruiken.
- **Implementatie** De doelgroep gaat het programma daadwerkelijk gebruiken
- **Continuering** De doelgroep gaat door met het gebruiken van het programma.

Naast continuering worden er in de literatuur nog andere termen gebruikt om het blijvend gebruik van een vernieuwing (innovatie) aan te duiden. Deze termen hebben vaak een net iets andere betekenis. Hieronder worden de meest belangrijkste definities gegeven:

Institutionalisatie is de meest gebruikte term om het volhouden van interventie activiteiten mee uit te drukken. Het verwijst naar het proces waarbij een programma voortgezet wordt binnen een bestaande organisatie¹⁰. Volgens Goodman e.a. betekent institutionalisatie dat het programma geïncorporeerd raakt in een groot gedeelte van de organisatie waarin het gehuisvest is. Indien een programma geïnstitutionaliseerd is, maakt het deel uit van de missie, van het organogram van de organisatie en wordt er jaarlijks geld aan toegekend.^{11 8}

In het Minnesota Heart Health Program werd de term *incorporatie (inlijving, inbedding)* gebruikt om niet gebonden te zijn aan de limieten van het woord institutionalisatie.¹⁰ Incorporatie verwijst naar het blijvend gebruik op individueel niveau. Institutionalisatie wordt vooral gebruikt om de continuering van een programma binnen een organisatie aan te geven.

Routinization ontstaat als een nieuwe activiteit geïncorporeerd raakt in de reguliere activiteiten van een organisatie waardoor het zijn speciale identiteit verliest. De medewerkers binnen de organisatie denken niet langer dat de activiteit nieuw is.⁵

Het volhouden (sustainability) is de capaciteit om een programma te onderhouden op een niveau dat voorziet in continue controle van het gezondheidsprobleem. De mate waarin het programma zijn voordelen kan volhouden.⁹

De verschillen tussen institutionalisatie en routinization zijn marginaal: ze gaan beide over het voortzetten van het programma binnen een organisatie. Bij routinization wordt alleen extra gespecificeerd dat het programma zijn speciale kenmerken verliest doordat het een gewoonte wordt in de dagelijkse gang van zaken in een organisatie. De twee andere definities, incorporatie en sustainability, zijn uitgebreider. Beide gaan ze over de continuering van een programma in een hele omgeving dus niet alleen in een organisatie. Bij sustainability wordt vooral bedoeld dat de effecten van het programma blijven voortbestaan in een populatie.

In dit onderzoek hebben we gekozen om de term continuering te blijven gebruiken. Institutionalisatie zal meegenomen worden als een onderdeel van de continuering. Indien er namelijk institutionalisatie plaats vindt, hoeft dit niet automatisch te betekenen dat de voorlichting gecontinueerd wordt op het niveau van de uitvoerders van de voorlichting. Institutionalisatie wil immers zeggen dat er maatregelen op organisatieniveau genomen zijn. De volgende paragraaf handelt hierover.

2.1.1 *Continuering*

De meeste gezondheidszorginstellingen kunnen getypeerd worden als professionele bureaucratieën waarin gezondheidszorgverleners, individueel en als groep, aanzienlijke autonomie en autoriteit hebben. Voor sommige innovaties is dan ook eerder het individu dan de organisatie verantwoordelijk. Dit is bij een vernieuwing als het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” ook het geval. Het is voor de continuering van het voorlichtingsprogramma belangrijk dat het gecontinueerd wordt door de individuele medewerker. Hij of zij vormt namelijk het eindstation die bepalend is voor of en zo ja op welke wijze de beoogde publieksgroep(en) aan de interventie blootgesteld wordt. Door ondersteuning op organisatieniveau kan de continuering op individueel niveau verbeteren. De continuering zal derhalve zowel op het niveau van de individuele uitvoerder als op organisatieniveau gemeten moeten worden.

Voor het meten van gebruik op individueel niveau wordt gedeeltelijk gebruik gemaakt van “the level of use” framework van Hall & Loucks.¹² Zij onderscheiden twee dimensies van gebruik: volledigheid en niveau van gebruik. In dit onderzoek zal vooral gekeken worden naar de volledigheid van het gebruik en aan naar het aantal ouders waaraan het programma wordt aangeboden. Dit wordt gedefinieerd als mate van gebruik en is de belangrijkste uitkomstmaat van dit project. De mate van institutionalisatie wordt gezien als verklarende factor voor het gebruik.

Voor de mate van institutionalisatie (continuering op organisatieniveau) zal gebruik gemaakt worden van het model van Goodman en Steckler.⁸ Dit model wordt genoemd de Levels of Institutionalization (zie figuur 1). Volgens dit model verloopt de institutionalisatie van een vernieuwing volgens de mate van routine en innesteling. De eerste stap van de institutionalisatie is de passage: bijvoorbeeld de eerste keer dat een vernieuwing daadwerkelijk geïmplementeerd wordt. De volgende stap is de routine waarmee toenemende permanentie wordt bedoeld, de vernieuwing wordt niet meer als nieuw gezien maar wordt al meer dan één keer gebruikt. En de laatste stap van de institutionalisatie is de innesteling: de maximale uitbreiding/uitzetting van een programma. De vernieuwing wordt gezien als iets wat blijvend aanwezig is binnen de organisatie.

Passage, routine en innesteling vinden plaats op het gebied van management, productie, ondersteuning en onderhoud.

	<i>Passages</i>	<i>routine</i>	<i>innesteling</i>
Productie			
Onderhoud			
Ondersteuning			
Management			

Figuur 1 Levels of institutionalization

Productie

De productie is bezig met de belangrijkste output van het bedrijf: bij de OKZ moet hierbij me name gedacht worden aan OKZ-verpleegkundige en CB-arts. Het gaat hier met name om institutionalisatie activiteiten die gericht zijn op de daadwerkelijk gebruik van de vernieuwing. Zoals de aanwezigheid van richtlijnen over het gebruik.

Onderhoud

Onderhoud is bezig met het versterken van de rollen van de medewerkers in de organisatie, door werving, socialisatie, belonen en straffen. Onderhoud zorgt voor continuering binnen de operaties. Hier kan gedacht worden aan training van personeel.

Ondersteuning

Ondersteuning is meer extern gericht dan de hiervoor beschreven subsystemen. Het helpt bij het vestigen van de rechtmatigheid (geldigheid) en van gunstige organisationele relaties binnen de ruimere sociale omgeving, bijvoorbeeld de mate waarin er tijd of geld ingepland is voor de vernieuwing.

Management

Dit is het gedeelte dat controleert, coördineert en alle andere subsystemen dirigeert. Management is ook verantwoordelijk voor de buitenwereld en voor aanpassingen gemaakt in het hele systeem. Programma's zijn goed geïntegreerd als bijvoorbeeld er regelmatige voortgangsverslagen zijn of als een manager officieel toegewezen is.

2.2 Het theoretisch kader van het onderzoek

De factoren van invloed op de continuering van een vernieuwing zullen voor een deel gebaseerd zijn op de factoren van invloed op de adoptie en implementatie van de vernieuwing. Grol heeft de belemmerende of bevorderende factoren van de implementatie van een vernieuwing in de volgende categorieën samengevat:

- Individueel gebonden (kennis, vaardigheden, attitudes en gewoontes)
- Context-gebonden (gedrag en opvattingen van anderen in de situatie)
- Structuur- gebonden (organisatorische en financiële voorwaarden).¹³

Deze drie categorieën zijn het uitgangspunt voor het theoretisch kader van de factoren van invloed op de continuering. Daarnaast is er nagegaan welke factoren specifiek geassocieerd kunnen zijn met de continuering. Wiefferink e.a hebben een literatuuronderzoek gedaan naar de factoren van invloed op continuering (in hun geval genoemd institutionalisering) van een vernieuwing. De volgende factoren kwamen hieruit naar voren: extra geld en ondersteuning, belangstelling van betrokkenen, beloning (zowel de inhoudelijke opbrengst als de waardering en belangstelling van collega's en leiding als de materiële steun), wisseling van personeel, actieve planning

van voortzetting van de vernieuwing, concurrentie van andere vernieuwingen en zin om weer wat anders te doen en relevantie van de vernieuwing.⁶

Ook Steckler en Goodman (1992) en Shediac-Rizkallah hebben mogelijke factoren die een rol spelen bij de continuering of institutionalisering op een rij gezet. Deze komen voor een groot gedeelte overeen met de categorieën van Grol.^{8; 9; 13} De belangrijkste aanvullingen zijn de kenmerken van de vernieuwing zelf en de kenmerken van de invoeringsstrategie. Voor het huidige onderzoek zijn daarom de volgende vijf categorieën als uitgangspunt genomen :

- Kenmerken van de organisatie
- Kenmerken van de gebruiker
- Kenmerken van de vernieuwing
- Kenmerken van de invoeringsstrategie

Deze categorieën zullen in de volgende paragrafen verder uitgewerkt worden.

2.2.1 *Kenmerken van de organisatie*

De eerst genoemde groep kenmerken bestaat uit eigenschappen van de setting waar de innovatie in praktijk wordt gebracht: in dit geval de thuiszorgorganisatie. De kenmerken van de setting kunnen grofweg in drieën worden ingedeeld, namelijk kenmerken van de structuur, van de cultuur en kenmerken die zijn gerelateerd aan de wijze waarop de organisatie (of andere eenheid) wordt gestuurd.

Structuur

Met structuur wordt bedoeld de manier waarop de organisatie is ingericht om de doelen te bereiken.¹⁴ De volgende reeks structuurkenmerken kunnen volgens de literatuur invloed hebben op de invoering van vernieuwingen.

- De hiërarchische opbouw: hoe hiërarchischer de opbouw van een organisatie, hoe minder overzicht het personeel heeft over het totale productieproces.
- De mate van bureaucratie: hiërarchie gaat vaak gepaard met bureaucratische regelgeving, die top down is. Deze beperking van de bewegingsruimte werkt remmend op het creatieve en probleemoplossend vermogen van het uitvoerende personeel.^{14; 15 5; 16} Naarmate hiërarchie en bureaucratie toenemen, wordt het steeds belangrijker, dat de vernieuwing naadloos aansluit op het geldende beleid, procedures en processen. De reden hiervoor is dat toenemende hiërarchie en bureaucratie leidt tot minder, probleemoplossend vermogen en creativiteit van de werknemer. Dat maakt een vernieuwing vatbaarder voor mislukking, omdat met onvoorziene omstandigheden minder goed kan worden omgegaan.
- De mate van arbeidsdeling: hier wordt bedoeld op de mate van taakdifferentiatie en taakspecialisatie. Een sterke mate van arbeidsdeling leidt tot beperkte mogelijkheden om zelf beslissingen te nemen aangaande het werk. Dit leidt op termijn tot minder overzicht over het totale productieproces, een korte termijn-visie en isolatie van collega's, die misschien wel over de benodigde kennis beschikken^{13 16}.

Men kan ook kijken naar de invloed van de structuur op individueel niveau of functieniveau, want ook op het niveau van de werksituatie zijn er structuuraspecten van invloed op de invoering van vernieuwingen, namelijk:

- De mate van contact met collega's, leidinggevendenden etc.
- De mate van autonomie binnen de functie.
- De mate van werkdruk: werkdruk leidt tot het stellen van prioriteiten, waardoor sommige taken minder of helemaal geen aandacht krijgen.^{13 14}

In het geval van de thuiszorgorganisatie is vooral de werkdruk een belangrijk aspect. De structuur op organisatieniveau is in die zin minder belangrijk omdat de TZO's in Nederland op dit punt niet sterk van elkaar verschillen. De enige variatie die verwacht wordt betreft de werkdruk voor individuele medewerkers.

Cultuur

Een aantal cultuurkenmerken heeft invloed op de implementatie van vernieuwingen. Na een korte definitie van het begrip cultuur, zal een aantal cultuurkenmerken kort worden besproken. Er zijn namelijk ontzettend veel definities van 'cultuur' in omloop. In dit project gaan wij uit van de definitie van Schein. Volgens hem is cultuur een patroon van denken, ideeën, normen en waarden, als resultaat van gedeelde ervaring en gezamenlijk leren.¹⁷

De sterkte van de organisatie cultuur wordt bepaald door de mate van spreiding van de cultuur over de groepsleden en de mate waarin ze het gedrag van haar leden dwingend beïnvloedt. Dus hoe meer spreiding en sturing, hoe sterker de cultuur is. Een sterke cultuur is een facilitator voor innovatie, mits de innovatie qua eigenschappen aansluit op de cultuur. Is dat niet het geval dan is cultuur een grote barrière voor verandering.

De richting van de cultuur verwijst naar de werkelijke inhoud, uitgedrukt in waarden, normen en denkstijlen die worden benadrukt. Het karakter van de omgeving beïnvloedt de waarden en de missie van de cultuur. Wat het meest beïnvloed wordt door de omgeving is wat gewaardeerd wordt. Zo is de simpelheid van de omgeving grotendeels bepalend voor de simpelheid van de organisatie en haar cultuur. Hoe simpeler en smaller de organisatie en haar cultuur, hoe moeilijker de cultuur te veranderen is. De afwisselendheid van de omgeving bepaalt de flexibiliteit en het innovatief vermogen van de organisatie en haar cultuur.^{16; 17} Het is gunstig voor de implementatie van een vernieuwing als men die weet te koppelen aan aspecten uit de cultuur van de gebruikers. Dit kan bijvoorbeeld door middel van beloning van gewenst gedrag, dit ondersteunt de implementatie en institutionalisering, omdat de wijze waarop beloningssystemen worden vormgegeven, directe invloed heeft op normen en verwachtingen van de gebruikers.^{18; 19}

Bij grote of complexe innovaties is cultuurverandering een vereiste. Alleen zo kan de benodigde externe aanpassing en interne integratie binnen de organisatie worden bereikt. Innovaties zorgen voor een verstoring in de balans tussen de verschillende contextfactoren. Als de overige contextfactoren bij een innovatie niet mee veranderen, heeft de organisatie sterk de neiging terug te vallen in het oude gedrag.¹⁴

Aangezien er eigenlijk geen veranderingen in cultuur nodig zijn voor het gebruik van het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is" wordt cultuur voor de rest niet meegenomen. Wel zou de grootte van de thuiszorgorganisatie en het aantal allochtonen in de zorg van de thuiszorgorganisatie van belang kunnen zijn.

Grote thuiszorgorganisaties hebben het over het algemeen drukker en liggen over het algemeen in meer stedelijke gebieden waar de ouders verschillen met die van de minder stadse gebieden, daar in steden meer allochtonen wonen en er steden/wijken zijn waar gemiddeld lager opgeleide ouders wonen. Het deel allochtone kinderen in de zorg van een thuiszorgorganisatie kan een reden zijn waardoor er een cultuur binnen de organisatie heerst om minder met vernieuwingen mee te doen. Vernieuwingen zijn vaak (nog) niet aangepast aan allochtone situaties. Als illustratie van het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is" is gekozen voor Jan, Jans en de Kinderen. Dit beeld zal sterk bijgedragen hebben tot het omarmen van het programma, hoewel dit hier niet werd onderzocht. Voor de (sub)groep allochtonen kan

de keuze (zeker voor 1^e en 2^e generatie) betekenen dat het beeld minder bijdraagt aan de affectieve component van de communicatie.

Deze cultuurfactoren zijn in de praktijk wel moeilijker te veranderen. Mochten zij in dit geval van belang zijn dan geeft dit wel handvatten voor veranderingen in het voorlichtingsprogramma “roken? Niet waar de kleine bij is” zelf of in de wijze van invoering van het programma.

Sturing van de organisatie

Een aantal kenmerken, van invloed op de innovatie, is gerelateerd aan de wijze waarop de organisatie wordt gestuurd. Van belang bij sturing zijn de wijze van communicatie en de wijze van leidinggeven.

Communicatie is het middel om de vernieuwing in de gewenste richting te sturen. De volgende kenmerken van communicatie zijn van belang bij de invoering van een vernieuwing:

- Helderheid, begrijpelijkheid, meer informatie werken stimulerend en onzekerheidsreducerend bij vernieuwingen.
- Gebruik van opinieleiders / sleutelfiguren: hun mening jegens de vernieuwing is belangrijk voor het betrokken personeel. Men zou de opinieleiders kunnen gebruiken om consensus te verkrijgen onder het personeel.
- Concreetheid van de doelen van de innovatie. Hoe concreter de doelen, hoe nauwkeuriger ze worden opgevolgd.
- Mate van evaluatie. Tijdens een vernieuwing is feedback belangrijk. Dit zorgt namelijk voor visualisering van de vooruitgang van de innovatie. Ook voor feedback geldt: hoe meer, hoe beter.
- De richtingen van de communicatie. Het beste kan communicatie zowel horizontaal als verticaal plaatsvinden. Meer communicatie leidt zo tot minder coördinatieproblemen en vergroot het inzicht in het invoeringsproces.
- Het communicatiekanaal. Communicatie via informele kanalen zoals persoonlijke gesprekken, wekt meer vertrouwen dan communicatie via meer formele kanalen zoals memo's
- Het hiërarchische niveau dat de communicatie geeft. Hoe hoger het hiërarchische niveau waar de communicatie vandaan komt, hoe meer vertrouwen de communicatie wekt.
- De door het personeel ervaren tijdigheid, openheid en eerlijkheid van het management. Deze zijn positief gecorreleerd aan het vertrouwen in het management, het vertrouwen in de leiding in het algemeen en in de mate van commitment aan de vernieuwingen.^{14; 20-23}

Er is besloten om niet alle aspecten van communicatie mee te nemen, maar alleen de belangrijkste voor thuiszorgorganisaties. Een belangrijke reden hiervoor was dat de vragenlijst te lang werd als al deze aspecten meegenomen zouden worden. Gekozen is voor vijf kenmerken die gaan over de algemene manier van communicatie binnen een thuiszorgorganisatie maar niet over de manier van communicatie in verband met de vernieuwing. Het betreft:

- duidelijkheid,
- hoeveelheid,
- openheid,
- tijdigheid,
- evaluatie/feedback.

Leidinggeven: tweede belangrijk aspect van sturing binnen een organisatie is de *wijze waarop er leiding wordt gegeven*. Globaal gezien zijn er drie leiderschapsstijlen. Dit zijn participatief, taakgericht en relatiegericht leiderschap.²⁴

Participatieve leiderschapsstijl: in deze stijl biedt de leider inspraak aan de verschillende medewerkers, benut hun capaciteiten en ideeën en delegeert veel verantwoordelijkheid.

Taakgerichte leiderschapsstijl: hier is de leider iemand die inhoudelijke, specifieke en concrete opdrachten geeft aan de medewerkers.

Relatiegerichte leiderschapsstijl: deze leider heeft aandacht voor persoonlijke trekken van medewerkers, respecteert individuen. Hij/zij heeft interesse in personen en maakt nauwelijks gebruik van dwang en machtsmiddelen.

Leidinggevendens verschillen in de mate waarin ze van de drie verschillende stijlen gebruik maken. Er is redelijk veel onderzoek gedaan waaruit blijkt dat er een specifieke leiderschapsstijl is, die tot het beste resultaat leidt bij innovaties, ongeacht de omgeving en organisatiekarakteristieken. De eigenschappen van leiderschapsstijlen met een gunstige werking op de innovatie zijn: charisma, creativiteit, werknemers in staat kunnen stellen dingen te doen (enabling), enthousiasme, participatieve houding, pragmatisme, vrouwelijke en verzorgende eigenschappen, weinig agressie en scoort laag op de mate waarin hij / zij negatieve kritiek kan hebben.^{14 16 24} In dit onderzoek zullen vragen over deze drie leiderschapsstijlen meegenomen worden.

2.2.2 *Kenmerken van de gebruiker*

Een tweede groep kenmerken die relevant is voor continuering van een vernieuwing betreft kenmerken van de beoogde gebruiker. Bij deze groep kenmerken met mogelijke invloed op de continuering van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is”, worden de gebruikers op individueel niveau bekeken. Een theorie die inzicht kan geven in de individuele factoren van invloed bij de invoering van een vernieuwing is het Attitude-Sociale invloed-Eigen effectiviteit model (ASE-model).²⁵ Dit model gaat er van uit, dat gedrag van een individu het beste wordt voorspeld, door de intentie van dat individu om het gedrag in kwestie te gaan vertonen. Volgens Paulussen (1994) kan het besluit om een vernieuwing te gebruiken worden gezien als de intentie een bepaald gedrag te vertonen.²⁶ In dit geval wordt met 'gedrag' bedoeld: het gewenste gedrag van het individu na de invoering, namelijk het geven van de voorlichting “Roken? Niet waar de kleine bij is” aan ouders. Volgens het ASE-model wordt de intentie en gedrag het best voorspeld door de individuele attitudes, de sociale invloed en de eigen effectiviteit.

2.2.2.1 *Attitudes*

De attitudes worden gevormd door de gewogen uitkomst van de waargenomen gedragsconsequenties en iemands evaluatie van deze consequenties. In het specifieke geval van de invoering van dit voorlichtingsprogramma zijn de attitudes te ordenen in vier subdimensies. De eerste dimensie betreft de uitkomstverwachtingen van de CB-medewerkers over het voorlichtingsprogramma: hieronder verstaan we programma specifieke uitkomstverwachtingen. De tweede dimensie omvat de verwachtingen over de haalbaarheid van het programmadoel bij specifieke doelgroepen. Medewerkers kunnen namelijk in het algemeen zeer positieve uitkomstverwachtingen van het programma hebben, maar er niet van overtuigd zijn dat dit bij specifieke groepen ouders

gehaald wordt. Ten derde is de taakopvatting van belang. De uitkomstverwachtingen kunnen namelijk positief zijn maar men vindt niet dat het zijn taak is om iets met passief roken door zuigelingen te doen. En last but not least betreft de vierde dimensie de mening van CB-medewerkers over de voordelen van het voorlichtingsprogramma voor hun eigen functioneren. Deze attitudes vormen samen de houding van de CB-medewerkers ten aanzien van het voorlichtingsprogramma.

Programma specifieke uitkomstverwachtingen

De programma specifieke uitkomstverwachtingen worden gevormd door de gepercipieerde belangrijkheid van de veranderingsdoelen die de interventie beoogt bij de ouders en de mate waarin die haalbaar worden geacht met het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is”. De uitkomstverwachtingen zijn ontwikkeld op basis van de nader gespecificeerde leerdoelen van het voorlichtingsprogramma. Per leerdoel wordt gevraagd of men het doel in het algemeen belangrijk vindt en vervolgens of men verwacht dit leerdoel te bereiken met behulp van het programma.

Doelgroep afhankelijk uitkomstverwachtingen

Hierbij zijn naar aanleiding van de interviews ouders verdeeld in vier groepen: allochtone ouders, die wel en niet roken, en autochtone ouders die wel en niet roken. De interviews gaven namelijk aan dat men verschillende meningen had over het effect bij deze groepen. Een persoon met een positievere mening over de uitkomst bij de ouders zal wellicht eerder het beoogde gedrag vertonen.

Algemene taakopvattingen

Het gaat hier om de mate waarin men van mening is dat het geven van voorlichting over passief roken hoort bij het werk van de thuiszorgorganisatie. Indien het niet als taak gezien wordt zal de beoogde invoering van dit specifieke voorbeeld programma veel moeilijker plaatsvinden.

De gepercipieerde voordelen van het voorlichtingsprogramma

Deze factor doelt op de waargenomen kosten en baten van de vernieuwing voor de respondenten zelf. Ze hebben bijvoorbeeld positieve uitkomstverwachtingen van het programma en vinden het ook hun taak, maar de vernieuwing zorgt er voor dat andere activiteiten in het gedrang komen, waardoor de respondent uiteindelijk toch het voorlichtingsprogramma niet gebruikt of op een andere wijze. Het kan ook zijn dat de wijze van voorlichten de gebruiker heel goed van pas komt bij andere voorlichting en de gebruiker dus voordelen ziet aan het gebruik waardoor het voorlichtingsprogramma ook gebruikt wordt.

2.2.2.2 Sociale invloed

Sociale invloed kan op drie manier tot uitdrukking komen, namelijk door de subjectieve norm, de gepercipieerde sociale steun en modellering.

Subjectieve norm

Onder subjectieve norm wordt verstaan de opvattingen van anderen over het beoogde gedrag, in dit geval het gebruik van het voorlichtingsprogramma. Hun opvattingen in combinatie met de invloed die deze personen hebben op de ondervraagden kunnen een rol spelen bij het gebruik. In het geval van OKZ werden de meningen van de volgende groepen personen belangrijk geacht: de OKZ-verpleegkundigen en CB-artsen binnen de

organisatie, de leidinggevende, rokende en niet rokende zowel autochtone als allochtone ouders.

Sociale steun

Het gaat hierbij om de verwachte steun van anderen bij het uitvoeren van het beoogde gedrag. Vooral belangrijk in het geval van “Roken? Niet waar de kleine bij is” is natuurlijk de steun van collega’s en leidinggevenden.

Modelling

Het derde deel van de sociale invloed wordt gevormd door de waarneming van het gedrag van collega’s waaruit ideeën kunnen worden gevormd over hoe zij tegen het werken met het voorlichtingsprogramma aankijken. Hierbij is vooral belangrijk het gebruik van het programma door andere CB-artsen en OKZ-verpleegkundigen binnen de organisatie.

2.2.2.3 Eigen effectiviteit

Met eigen effectiviteit wordt bedoeld de ingeschatte eigen capaciteit van de gebruiker om het gewenste gedrag te kunnen vertonen. Dus in dit geval de inschatting van de CB-medewerkers in hoeverre zij dit voorlichtingsprogramma in een bepaalde setting op de gewenste wijze uit kunnen voeren. Bijvoorbeeld hoe voorlichting te geven over passief roken bij ouders waar het thuis heel duidelijk naar tabak ruikt. Hulpverleners kunnen het moeilijk vinden om aandacht aan te besteden, omdat ze weerstand van de ouders verwachten. De situaties waarna wordt gevraagd zijn gebaseerd op de interviews met verpleegkundigen en artsen en uit gesprekken met Defacto.

2.2.3 Kenmerken van de vernieuwing.

Om tot een succesvolle invoering te komen moet bij de ontwikkeling van een vernieuwing al rekening gehouden worden met een aantal kenmerken. Volgens Rogers e.a. zijn de volgende eigenschappen relevant: complexiteit, probeerbaarheid, observeerbaarheid en aansluiting op werkwijze.⁵ Volgens andere onderzoekers kunnen ook andere kenmerken van invloed zijn op de invoering, namelijk duidelijkheid, aantrekkelijkheid, instrumentaliteit (concreetheid en specificiteit)^{27 28} en rigiditeit²⁹. Bijna al deze aspecten zullen meegenomen worden alleen probeerbaarheid niet omdat deze eigenschap al bij de kenmerken van de invoeringsstrategie meegenomen wordt en in de volgende paragraaf verder beschreven wordt.

2.2.4 Kenmerken van de invoeringsstrategie

Ten vierde hebben kenmerken van de invoeringsstrategie invloed op het verloop van het innovatieproces. Er zijn verschillende strategieën, top-down, bottom-up en combinaties van top-down en bottom-up. Combinatie van de strategieën lijkt het meest kansrijk. Een top-down strategie is vaak niet geschikt, omdat die voorbij gaat aan het belang van de ontwikkeling van gebruikerscapaciteiten en een gedeelde visie. Een bottom-up strategie, aan de andere kant, gaat vaak voorbij aan de behoefte van de gebruikers aan concrete handelingsvoorschriften.³⁰

Een effectieve innovatiestrategie zou aan een aantal kenmerken 'moeten' voldoen. Deze zijn:

- De strategie moet een combinatie zijn van bottom-up en top-down gericht werken.
- Er moet aandacht zijn voor de ontwikkeling van helder en gevalideerd materiaal.
- Er moet bij de invoering van het materiaal aandacht worden besteed aan de specifieke kenmerken in het veld. Een mogelijkheid om dit te bereiken is door middel van participatie uit het veld.

- Er moet voldoende informatie geleverd worden, zodat alle potentiële gebruikers een goed gefundeerde beslissing kunnen nemen, wat weer leidt tot meer commitment.
- Indien nodig moeten er gerichte ontwikkelingsactiviteiten aangeboden worden, zoals bijvoorbeeld opleidingen en trainingen en waar er behoefte aan is, persoonlijk assistentie bij de implementatie.
- De stappen te nemen tijdens de innovatie moeten zo specifiek en zo concreet mogelijk zijn. Dit kan ook gemaakt worden in samenwerking met de gebruikers.
- Er moet sprake zijn van monitoring en evaluatie van de voortgang van de implementatie.
- De innovatiestrategie moet qua vorm en werkwijze aansluiten op de reeds bestaande werkwijze.³⁰

Een deel van deze factoren overlapt met de kenmerken van de vernieuwing uit de vorige paragraaf. Dit betreft bijvoorbeeld concreetheid, aansluiting op werkwijze, en helder en gevalideerd materiaal. Deze horen ons inziens ook meer bij de kenmerken van de vernieuwing en niet bij de kenmerken van de invoeringsstrategie. Specifieke kenmerken van de invoeringsstrategie die bij thuiszorgorganisaties van belang zijn, betreffende participatie van de betrokkenen bij de adoptie van het programma. Indien de vernieuwing te veel top-down geïmplementeerd wordt, kan dit negatief werken op de continuering doordat de uitvoerenden eigenlijk te weinig gemotiveerd zijn om het voorlichtingsprogramma te gebruiken. Ook of er gerichte ontwikkelingsactiviteiten en mogelijkheid tot uitproberen geweest is en of er extra financiering/tijd is toegewezen voor het voorlichtingsprogramma en/of er monitoring/ evaluatie plaatsvindt. Hieronder worden deze kenmerken verder behandeld.

Participatie in de adoptiebeslissing

Als eerste is van belang na te gaan of er op organisatieniveau daadwerkelijk een formele beslissing is genomen om de vernieuwing wel of niet te gebruiken en vervolgens wie er bij betrokken zijn geweest. Er hoeft namelijk geen formele beslissing genomen te zijn: het kan ook zo zijn dat verpleegkundigen of artsen zelf besloten hebben om het voorlichtingsmateriaal te gebruiken en het materiaal direct bij Defacto opgevraagd hebben. Door de CB-medewerkers zelf te betrekken bij deze formele beslissing zal de motivatie om de vernieuwing te gebruiken verhogen. Of dit gebeurt zal voor een belangrijk deel afhangen van de leiderschapstijl van degene die de vernieuwing de organisatie inbrengt.

Gerichte ontwikkelingsactiviteiten

Hier wordt bedoeld op alle activiteiten die het doel hebben de toekomstige gebruikers beter bekwaam te maken met de vernieuwing om te gaan, een voorbeeld van een ontwikkelingsactiviteit is scholing of training. Dit gaat verder dan het informeren van de gebruikers, het kan bijvoorbeeld ook het aanleren van een bepaalde werkwijze of reeks van handelingen zijn. Onder dit kopje valt ook persoonlijke assistentie bij de implementatie. In het huidige onderzoek wordt hieronder verstaan de training, de aanwezigheid van een coördinator en de experimenteerbaarheid met het voorlichtingsprogramma.

Monitoring/evaluatie

Eerder is al gesproken over feedback, maar nu gaat het echt zuiver over het informeren van de gebruikers over de vorderingen met betrekking tot het invoeren van deze specifieke vernieuwing. Het is belangrijk, dat in de gaten wordt gehouden in hoeverre

de gebruikers doen wat van hen wordt verwacht. Het belangrijkste doel van monitoring is dan ook dat de gebruikers snel kunnen worden bijgestuurd in de gewenste richting.

Financiering/tijd

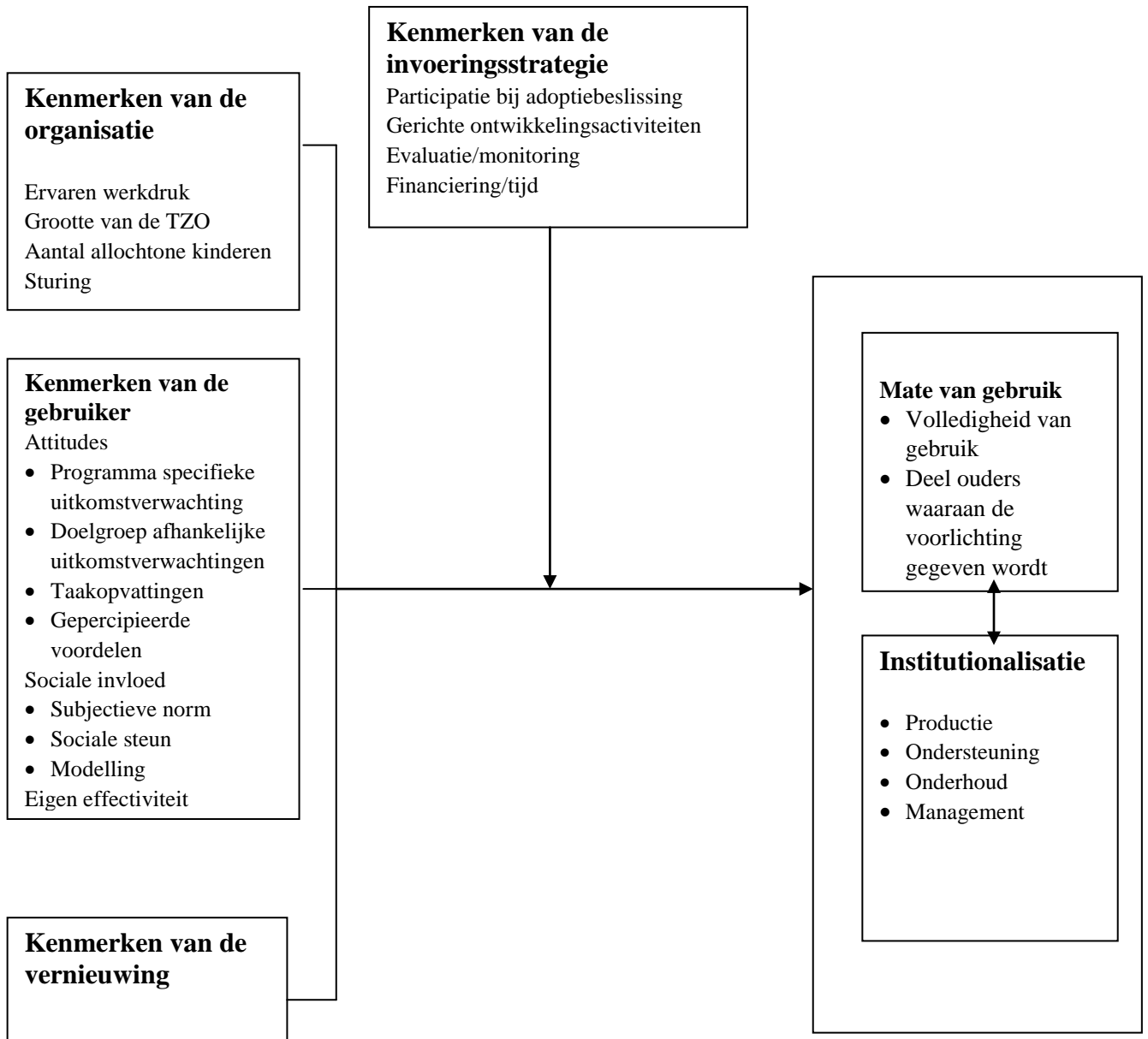
Het feit dat er financiering of tijd beschikbaar is voor de uitvoering van een bepaald programma en waar die financiering/tijd vandaan komt, heeft een directe invloed op de uitvoering van het programma. Allereerst maakt financiering de uitvoering makkelijker. Geld schept mogelijkheden.¹⁴ Als er geen sprake is van financiering of extra tijd en het geven van de voorlichting uit een bestaand potje komt, dan gaat dit ten koste van de financiering/tijd van iets anders. Dit zou tot het stellen van prioriteiten bij het personeel kunnen leiden. Bij een tekort aan tijd zullen prioriteiten moeten worden gesteld, of een programma wordt dan eventueel in aangepaste vorm gegeven.¹³

In figuur 1 wordt het theoretisch kader van dit onderzoek schematisch weergegeven. Het schematische model gaat uit van een longitudinale opzet waarbij de interactie van de invoeringstrategie met de kenmerken van de organisatie, gebruiker en vernieuwing bekeken wordt. In het huidige onderzoek is er sprake van een cross-sectioneel onderzoek, de invoering van het voorlichtingsprogramma heeft in principe al plaatsgevonden. Hierdoor is het niet mogelijk om interactie van de invoeringsstrategie, zoals hier weergegeven, te meten.

2.2.5 *Achtergrond gegevens*

Naast deze verschillende kenmerken is ook naar een aantal achtergrondgegevens van de CB-medewerkers en de OKZ-managers gevraagd. Deze betreffen leeftijd, aantal jaren werkervaring en eigen rookgedrag. Deze achtergrondgegevens kunnen een rol spelen bij de invoering en de continuering van de vernieuwing.

Figuur 1 Schematische weergave van het theoretisch kader



3 Methode

3.1 Opzet

Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase werd een kwalitatief onderzoek, bestaande uit groepsinterviews en face to face interviews, gedaan bij een aantal OKZ-verpleegkundigen, CB-artsen en OKZ-managers. Tevens werd in deze fase een literatuuronderzoek gedaan naar determinanten van institutionalisering. De resultaten van deze eerste fase werden gebruikt om het achterliggend theoretisch kader voor de continuering van het voorlichtingsprogramma te ontwikkelen: het theoretisch kader wordt uitgewerkt in hoofdstuk 2 van dit rapport.

In fase twee werd een kwantitatief onderzoek gedaan aan de hand van vragenlijsten.

Aan de hand van het theoretisch kader uit fase 1 werden twee vragenlijsten ontwikkeld: één voor de OKZ-managers of een andere persoon verantwoordelijk voor disseminatie van vernieuwingen binnen de TZO en één vragenlijst voor CB-artsen en OKZ-verpleegkundigen (bijlage A en B).

Bijna alle thuiszorgorganisaties (behalve degenen die meegedaan hadden met het pretesten van de vragenlijst) in Nederland ontvingen 15 vragenlijsten. De geadresseerde werd gevraagd om de vragenlijsten uit te delen aan vijf CB-artsen en tien OKZ-verpleegkundigen. Daarnaast kreeg elke thuiszorgorganisatie een vragenlijst voor de persoon die verantwoordelijk was voor de invoering van het voorlichtingsprogramma binnen de organisatie: in dit rapport zullen deze personen OKZ-managers genoemd worden. Bij elkaar kregen 67 thuiszorgorganisaties de vragenlijst: er werden 1005 vragenlijst voor OKZ-verpleegkundigen en CB-artsen verstuurd en 67 vragenlijsten voor de OKZ-managers.

3.2 Onderzoeksinstrument

Hieronder wordt kort aangegeven hoe de verschillende concepten van het theoretisch kader gemeten zijn en hoe de schaalconstructie uitgevoerd is. Voor de schaalconstructie is gebruik gemaakt van principale component analyse, homals, en betrouwbaarheidsanalyse (Cronbach's Alfa). De uitgebreide vragenlijsten staan in bijlage A en B. De scores op alle factoren die hieronder beschreven worden zullen in de uiteindelijke analyses zo gecodeerd zijn dat een hogere score een hogere of betere mate van gebruik zou moeten betekenen.

Kenmerken van de organisatie

Ervaren werkdruk

De ervaren werkdruk wordt gemeten aan de hand van één vraag op een tweezijdige 9-puntsschaal, met antwoorden variërend van te druk tot te rustig.

Grootte van de TZO

De *grootte van de organisatie* wordt gemeten aan de hand van het aantal kinderen in de zorg van de thuiszorgorganisatie en het aantal verpleegkundigen en artsen werkzaam in de organisatie. Dit zijn drie continue variabelen. De variabele over het aantal kinderen in de zorg van de thuiszorgorganisatie wordt door 1000 gedeeld voor de regressie-analyse, omdat de aantallen erg groot zijn. Hierdoor worden de resultaten beter interpreteerbaar zonder dat het de significantie beïnvloedt.

Aantal allochtone kinderen

Het *aantal allochtone kinderen* is gemeten aan de hand van één vraag met 8 antwoordmogelijkheden (geen van de kinderen is allochtoon tot alle kinderen zijn allochtoon).

Sturing

Sturing is gemeten aan de hand van zeven stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen. Drie stellingen gaan over leiderschapsstijl en vier over de wijze van communicatie binnen de organisatie. Een voorbeeld van een stelling over communicatie is “ik krijg van mijn directe leidinggevende voldoende nuttige feedback over mijn functioneren”. Een voorbeeld van een stelling over leiderschapsstijlen is “Mijn directe leidinggevende is creatief in het bedenken van oplossingen voor problemen in mijn werk”. Met behulp van PCA en betrouwbaarheidsanalyse is er gekeken in hoeverre deze stellingen samen één dimensie meten. De stellingen stellen één factor voor met een Cronbach's Alfa van 0,91. De somscore van deze zeven vragen wordt in de analyses gebruikt.

Kenmerken gebruiker

Attitudes

De attitudes zijn gemeten aan de hand van vier dimensies: de programma specifieke uitkomstverwachtingen, de doelgroep afhankelijke uitkomstverwachtingen, algemene taakopvattingen en gepercipieerde voordelen.

De variabele *Programma specifieke uitkomstverwachting* bestaat uit de vermenigvuldiging van de gepercipieerde belangrijkheid van de verschillende leerdoelen van het voorlichtingsprogramma met de gepercipieerde haalbaarheid van deze leerdoelen. Een stelling over belangrijkheid gaat als volgt: “Ik vind het belangrijk dat ouders huisregels invoeren waardoor ze zelf minder roken in het bijzijn van het kleine kind”. De bijbehorende stelling over haalbaarheid is: “Ik verwacht dat ik met het voorlichtingsprogramma ‘Roken? Niet waar de kleine bij is’ ouders huisregels kan laten invoeren waardoor ze zelf minder roken in het bijzijn van het kleine kind”. Beide concepten zijn gemeten door vijf stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen. De resulterende vijf vermenigvuldigde variabelen hebben een Cronbach's Alfa van 0,89.

De variabele *Doelgroep afhankelijke uitkomstverwachting* is gemeten met behulp van vier vragen op tweezijdige 7-puntsschalen (Cronbach's Alfa 0,74). Een voorbeeld van een vraag is: “Denkt u dat u met het programma ‘Roken? Niet waar de kleine bij is’ er voor kunt zorgen dat autochtone ouders, die zelf roken, niet meer roken in het bijzijn van het kind?”. Deze vraag wordt ook gesteld voor rokende allochtone ouders en niet rokende autochtone en allochtone ouders.

De variabele *Algemene taakopvattingen* is gemeten aan de hand van vijf stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen. Uit de analyses blijkt dat deze stellingen twee factoren representeren. Één factor representeert de opvattingen dat het een taak is voor de thuiszorgorganisaties, OKZ-verpleegkundige en CB-arts om standaard bij alle ouders aandacht aan het passief roken te besteden: deze drie vragen worden samen meegenomen in de analyses (Cronbach's Alfa 0,58). De volgende factor bestaat uit de twee opvattingen dat de verpleegkundige en/of arts alleen ouders hoort te informeren over de schadelijke gevolgen van passief roken als het kind gezondheidsklachten heeft (Cronbach's Alfa 0,75).

De variabele *gepercipieerde voordelen* van het voorlichtingsprogramma is gemeten aan de hand van vijf stellingen op tweezijdige 7 puntsschalen (Cronbach's Alfa 0,59). De stellingen gaan bijvoorbeeld als volgt: "Het geven van voorlichting volgens 'Roken? Niet waar de kleine bij is' gaat te vaak ten koste van andere taken die ik moet doen".

Sociale invloed

Sociale invloed is vastgesteld aan de hand van de subjectieve norm, sociale steun en modellering (waargenomen gedrag van anderen).

De *Subjectieve norm* is gemeten in relatie tot zeven referentgroepen te weten: OKZ-verpleegkundigen, CB-medewerkers, leidinggevende, autochtone rokende ouders, autochtone niet rokende ouders, allochtone rokende ouders en allochtone niet rokende ouders. Per referentgroep zijn twee vragen gesteld: één vraag naar de mate waarin deze referentgroep het belangrijk vindt dat de respondent het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is" gebruikt en één vraag naar de mate waarin de mening van deze referentgroep belangrijk is voor de respondent (beide op 7-puntsschalen). De antwoorden op deze twee vragen zijn met elkaar vermenigvuldigd. Principale component analyse laat zien de zeven resulterende subjectieve norm variabelen twee componenten representeren. De eerste component representeert de subjectieve norm op het werk voor (Cronbach's Alfa 0,92), bestaande uit de referentgroepen OKZ-verpleegkundigen, CB-artsen en leidinggevende. De tweede component representeert de subjectieve norm van de ouders (Cronbach's Alfa 0,87) die het consultatiebureau bezoeken voor, bestaande uit de referentgroepen allochtone niet en wel rokende ouders en autochtone niet en wel rokende ouders.

Sociale steun is gemeten door twee stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen. Één stelling gaat over of de respondent altijd op de hulp van de leidinggevende kan rekenen mocht hij/zij die nodig hebben met betrekking tot het gebruik van het voorlichtingsprogramma en één stelling over hetzelfde wat betreft de hulp van collega's (Cronbach's Alfa 0,75).

Modelling of waargenomen gedrag is gemeten met behulp van twee stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen. De eerste stelling gaat over hoe groot volgens de respondent het deel verpleegkundigen is dat met het materiaal werkt en de tweede gaat over het deel van de CB-artsen dat met het materiaal werkt (Cronbach's Alfa 0,73).

Eigen effectiviteit

Eigen effectiviteit is gemeten aan de hand van 11 vragen op tweezijdige 7-puntsschalen (Cronbach's Alfa 0,77). Een voorbeeld van een vraag is: "Denkt u dat het lukt om het voorlichtingsmateriaal horende bij 'Roken? Niet waar de kleine bij is' altijd in voldoende voorraad te hebben?".

Kenmerken van de vernieuwing

De kenmerken werden gemeten door negen stellingen op tweezijdige 7-puntsschalen (Cronbach's Alfa 0,79). Een voorbeeld voor complexiteit is de volgende stelling: "Ik vind het programma te ingewikkeld voor mij om er prettig mee te werken".

Kenmerken invoeringstrategie

Participatie in adoptiebeslissing

De participatie in de adoptiebeslissing werd gemeten door twee vragen: één vraag over of er een formele adoptiebeslissing geweest is om het voorlichtingsprogramma wel of niet te gaan gebruiken en een andere vraag over of de respondent daarbij betrokken is geweest. Beide vragen zijn dichotoom gemeten.

Gerichte ontwikkelingsactiviteiten

Aanwezigheid van *training* is gemeten door één vraag met zes antwoordmogelijkheden variërend van wel een training tot geen training: deze vraag is uiteindelijk dichotoom meegenomen in de analyses (wel of geen training gehad).

De aanwezigheid van een *coördinator* is gemeten door één vraag met drie antwoordmogelijkheden (ja, nee, weet ik niet): deze variabele is gedichotomiseerd door de personen die het niet weten bij antwoord “nee” in te delen. *Experimenteerbaarheid* is gemeten met behulp van twee stellingen op tweezijdige 7 puntsschalen (Cronbach's alfa is 0,66). De stelling “Toen het programma “Roken? Niet waar de kleine bij is” werd ingevoerd heb, heb ik ruim voldoende gelegenheid gehad om uit te proberen op welke wijze het geven van de voorlichting mij het beste beviel” is een voorbeeld.

Evaluatie en financiering/tijd

De aanwezigheid van extra *tijd/financiering* en de aanwezigheid van *evaluaties* van het gebruik zijn beide door één vraag gemeten en net zoals met de aanwezigheid van training door middel van drie antwoordmogelijkheden (ja, nee, weet ik niet). Deze twee variabelen zijn ook dichotoom meegenomen in de analyses.

Gebruik(sintentie)

Gebruik(sintentie) is gemeten door één vraag met vijf antwoordmogelijkheden: A) geen gebruik, B) geen gebruik maar wel van plan binnen 6 maanden of C) binnen één maand, D) wel gebruik en E) heeft het wel gebruikt, maar gebruikt het nu niet meer. Voor de analyses zijn de antwoorden gedichotomiseerd in wel of geen gebruik.

Mate van gebruik

De mate van gebruik is berekend door de variabele over het aantal ouders waaraan de de CB-medewerkers de voorlichting geven te vermenigvuldigen met de volledigheid van gebruik van het voorlichtingsprogramma indien de CB-medewerkers de voorlichting geven.

De vraag over het aantal ouders waaraan de voorlichting gegeven wordt, bestaat uit één vraag met 7 antwoordcategorieën. Uit homals bleek dat het beter was om de antwoorden te reduceren naar vier categorieën omdat de afstanden tussen een aantal antwoorden erg klein waren. Dit resulteerde in de volgende antwoorden: de voorlichting wordt aan (bijna) niemand gegeven, aan een minderheid, een meerderheid en aan (bijna) alle ouders.

Volledigheid van gebruik is gemeten aan de hand van zes stellingen, elk met 5 antwoordcategorieën. De stellingen zijn gebaseerd op het stappenplan van de voorlichting “Roken? Niet waar de kleine bij is”, bijvoorbeeld voor stap 1 van het stappenplan is de stelling: “Ik stel vast wat het huidige rookgedrag is van de ouders en hun bezoek”. Per stap wordt gevraagd de mate waarin de CB-medewerker deze volgt

indien zij ouders voorlichting over passief roken geven. Uit homals blijkt dat twee antwoordcategorieën overlappen, namelijk de antwoorden vaak en regelmatig. Deze twee antwoorden worden daarom samengevoegd. De zes stellingen hebben een Cronbach's Alfa van 0,78. Per respondent worden de antwoorden op deze zes stellingen bij elkaar opgeteld. De resulterende variabele stelt de volledigheid van gebruik van de voorlichting voor en wordt vermenigvuldigd met de variabele aan hoeveel ouders de voorlichting gegeven wordt.

Institutionalisatie

Institutionalisatie werd gemeten door in zowel het productie, als het ondersteuning, als het onderhoud, als het management subsysteem van het model "Levels of Institutionalisation" te meten in hoeverre er routine en innesteling heeft plaats gevonden. Door Steckler en Goodman zelf worden 45 vragen gebruikt om deze concepten te meten. Deze worden vervolgens gereduceerd tot 8 schalen: twee schalen voor elk subsysteem.^{8; 31}: voorbeelden van vragen over innesteling en routine zijn:

- Hoeveel jaren wordt een formele procedure al gevolgd, hoe lang zijn er al specifieke doelen op papier gezet (routines)?
- Hoe blijvend worden de verschillende aspecten gezien (innesteling): bijvoorbeeld hoe blijvend wordt de financiering van het voorlichtingsprogramma gezien of wat is er in de richtlijnen voor het gebruik van het voorlichtingsprogramma op papier vastgesteld?

In dit onderzoek hebben we niet alle vragen van Steckler en Goodman gebruikt, omdat deze in het kader van dit onderzoek niet altijd even toepasbaar waren. Zo was het niet nodig om te vragen of er permanent een ruimte toegewezen is aan de vernieuwing. Het voorlichtingsprogramma wordt gegeven in principe gegevens tijdens het normale bezoek van de ouders aan het CB en er is dus geen nieuwe ruimte nodig. Voor elk subsysteem zijn hieronder weergegeven welke aspecten wel gevraagd zijn.

Productie

De mate waarin de richtlijnen van het voorlichtingsprogramma op papier gezet zijn
 De mate waarin het programma geëvalueerd wordt
 De mate waarin het bespreken van het programma vastgelegd wordt.

Onderhoud

De mate waarin nieuwe medewerkers ingewerkt worden in het voorlichtingsprogramma

Ondersteuning

De mate waarin er geld en tijd gereserveerd is voor de voorlichting "Roken? Niet waar de kleine bij is".

Management

De mate waarin er een coördinator aangesteld is voor het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is".
 De mate waarin de evaluatie van het voorlichtingsmateriaal teruggekoppeld wordt aan de uitvoerenden.

Per onderwerp is een routine- en een innestelingsvraag gesteld. De antwoorden op de vragen over routine werden ingedeeld in de volgende vier categorieën⁸:

- Geen passage: wat in het management subsysteem bijvoorbeeld wil zeggen dat er geen coördinator ingesteld is,
- Passage met één iteratie (iteratie staat voor herhaling): wat in dit geval wil zeggen dat er wel een coördinator is en dat deze maximaal een 1/2 jaar aanwezig is,
- Twee of drie iteraties: de coördinator is al 1 tot 2 jaar aanwezig.
- Vier of meer iteraties: de coördinator is al meer dan 2 jaar aanwezig.

De antwoorden op de vragen over innesteling werden ingedeeld in vier categorieën namelijk:

- Geen innesteling: in het geval van de coördinator, wil dit zeggen dat de coördinator niet als blijvend gezien wordt
- Minimale innesteling: de coördinator wordt misschien als blijvend gezien
- Gemiddelde innesteling: de coördinator wordt als blijvend gezien
- Maximale innesteling: de coördinator wordt als zeer blijvend gezien

De antwoorden op de routine en innesteling vragen vertoonden in sommige gevallen scheve verdelingen: bijvoorbeeld op de vraag over de innesteling van financiering/ tijd voor het voorlichtingsprogramma antwoordt 93% dat er geen innesteling is. Door deze scheve verdelingen zijn de correlaties tussen de variabelen binnen één schaal uiteindelijk minder hoog dan bij Steckler en Goodman.⁸ De correlaties zijn nog wel significant.

Per subsysteem zijn vervolgens somscores berekend van de vragen over routine en de vragen over innesteling. Voor elk subsysteem is er een hoge correlatie tussen de somscores op de routine en innesteling schaal gevonden (zie tabel 1). Er is daarom besloten om per subsysteem de somscores op de routine en innesteling schaal samen te nemen. Dit heeft geresulteerd in vier schalen voor institutionalisatie: productie, ondersteuning, onderhoud en management.

Tabel 1 Correlates tussen routine en innesteling in de subsystemen

	Routine productie	Routine Ondersteuning	Routine onderhoud	Routine management
Innesteling productie	0,87***	0,16**	0,18**	0,19***
Innesteling ondersteuning	0,15*	0,90***	0,28***	0,12*
Innesteling onderhoud	0,24***	0,30***	0,95***	0,21***
Innesteling management	0,36***	0,14*	0,17**	0,81***

*: p < 0,05. **: p < 0,001. ***: p < 0,0001.

3.3 Analyse

Zowel CB-medewerkers die het voorlichtingsprogramma niet gebruiken als die het wel gebruiken konden de vragenlijst invullen. De niet-gebruikers hoefden/konden hierbij een gedeelte niet in vullen. De OKZ-managers kregen een kortere vragenlijst, waarin met name de vragen over de kenmerken van de gebruiker en de mate van gebruik verwijderd waren. In onderstaande tabel wordt aangegeven welke gedeeltes van de vragenlijst door wie zijn ingevuld.

Tabel 2 Verdeling van vragen

Kennen het programma niet		Niet-gebruikers (kennen het wel)	Wel-gebruikers	OKZ-Managers
Kenmerken van de organisatie	van de	Kenmerken van de organisatie	Kenmerken van de organisatie	Kenmerken van de organisatie Zonder de vragen over leiderschapstijl
		Kenmerken gebruiker	Kenmerken gebruiker	
		Kenmerken vernieuwing	Kenmerken vernieuwing	Kenmerken vernieuwing
		Kenmerken invoeringsstrategie	Kenmerken invoeringsstrategie	Kenmerken invoeringsstrategie
		Participatie in adoptiebeslissing	Participatie in adoptiebeslissing	Participatie in adoptiebeslissing
			Ontwikkelingsactiviteiten	Ontwikkelingsactiviteiten
			Evaluatie	Evaluatie
			Tijd/financiering	Tijd/financiering
		Gebruik(sintentie)	Gebruik(sintentie)	Gebruik(sintentie)
			Mate van gebruik	
			Institutionalisatie	Institutionalisatie

Voor de analyses zijn eerst met behulp van principale componentenanalyse, betrouwbaarheidsanalyse en Homals de verschillende variabelen geconstrueerd: zoals in de voorafgaande paragraaf beschreven is. Vervolgens is met variantieanalyse bekeken bij welke variabelen de gemiddelde scores significant verschilden tussen wel en niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma. En bij de CB-medewerkers die het voorlichtingsprogramma gebruikten is met behulp van spearman correlaties nagegaan wat de correlaties zijn tussen de variabelen en de mate van gebruik.

De data zijn vervolgens met multilevel logistische en lineaire regressie geanalyseerd. Met logistische regressie werd gekeken naar welke factoren van invloed zijn op het wel of niet gebruik en met lineaire regressie naar de mate van gebruik van het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is". Door multilevel te gebruiken kon nagegaan worden of er sprake was van een intraklasse correlatie. Multilevel analyse gaat er namelijk vanuit dat effecten op een lager niveau mede worden beïnvloed door hiërarchisch hogere niveaus. In dit project betekent dit dat factoren op organisatieniveau een invloed kunnen hebben op het gebruik van de voorlichting. Uitkomsten worden daarbij gemeten op het niveau van de CB-medewerker. Factoren op het niveau van de organisatie waar men werkzaam is, bleken niet of nauwelijks van invloed op gebruik op het niveau van de individuele CB-medewerkers. Vandaar dat analyses verder uitgevoerd zijn met gewone logistische en lineaire regressie analyses (stepwise). Als eerste is nagegaan wat de invloed van de kenmerken van de gebruiker en de vernieuwing is, vervolgens zijn de invoeringskenmerken en de institutionalisatie schalen toegevoegd en als laatste de kenmerken van de organisatie.

4 Resultaten van het onderzoek

In dit hoofdstuk zal eerst gekeken worden naar de variabelen van invloed op het wel of niet gebruik van het voorlichtingsprogramma en vervolgens naar de variabelen van invloed op de mate van gebruik.

In totaal hebben 516 CB-medewerkers (respons 51%) en 47 TZO-managers (respons 70%) meegedaan met het onderzoek. De 516 CB-medewerkers komen uit 55 thuiszorgorganisaties (82% van de thuiszorgorganisaties). In 45 organisaties vulde ook de OKZ-manager de vragenlijst in. De vier grote steden van Nederland zijn ook vertegenwoordigd in de respons van de CB-medewerkers. Van de 516 CB-medewerkers is 31% arts en 69% verpleegkundige. Ongeveer de helft (53%) is meer dan 10 jaar werkzaam in de thuiszorg, de andere helft is minder dan 10 jaar werkzaam in de thuiszorg. Tien procent van de CB-medewerkers rookt zelf en 33% heeft ooit gerookt. In de volgende paragraaf worden de resultaten over kennis van het voorlichtingsprogramma gepresenteerd

4.1 Kennis van het voorlichtingsprogramma

Van alle respondenten heeft 10% het materiaal horende bij het programma “Roken? Niet waar de kleine bij is” nooit ingekeken of doorgelezen. De OKZ-verpleegkundigen hebben significant vaker het voorlichtingsmateriaal wel ooit doorgelezen dan de CB-artsen: respectievelijk 95% en 81% ($\chi^2=31,5$; $p=0,000$).

Tabel 3 Kennis van het materiaal van het programma “Roken? Niet waar de kleine bij is”

Kennis van het materiaal	Verpleegkundigen # N=358	Artsen N=157	Totaal N=515*
Kent het programma niet, heeft het ook nooit gezien	1%	6%	3%
Heeft er wel over horen praten of wel eens gezien, maar nooit ingekeken	5%	13%	7%
Heeft het materiaal ooit in grote lijnen doorgelezen	33%	41%	35%
Heeft het materiaal ooit grondig doorgelezen	62%	40%	55%

* Van één respondent is niet duidelijk of het een arts of een verpleegkundige was.

Door afronding tellen niet alle percentages op tot 100.

Aangezien de respondenten die het programma niet kennen of nooit ingekeken hebben de vragenlijst voor het grootste gedeelte niet konden invullen, zullen zij in de analyses over gebruik en mate van gebruik niet meegenomen worden.

4.2 Gebruik(sintentie)

Van de medewerkers die het programma ooit eens doorgelezen hebben, gebruikt 69% het programma (zie tabel 4). Er is een significant verschil in gebruik tussen CB-artsen en OKZ-verpleegkundigen. In de eerste groep wordt het voorlichtingsprogramma gebruikt door 53% en in de tweede groep door 75% ($\chi^2=29,8$; $p=0,000$). Indien hierbij niet alleen gekeken wordt naar de degenen die het programma wel eens doorgelezen hebben, maar ook degenen die het nooit doorgelezen hebben, is het gebruik bij artsen

42% en bij de verpleegkundigen 71%. Gezien deze verschillen in gebruik zullen de resultaten van de verpleegkundigen en artsen apart gepresenteerd worden. De medewerkers zijn ook gevraagd of ze denken dat ze over twee jaar nog met het voorlichtingsprogramma werken. Als het om de gebruikers gaat, geldt dat 10% van de gebruikende artsen twijfelt over of ze het programma over twee jaar nog steeds gebruiken en bij de gebruikende verpleegkundigen twijfelt 11% hierover (0,4% weet zeker dat ze het over twee jaar niet meer gebruiken).

Tabel 4 Gebruik van het voorlichtingsprogramma “roken? niet waar de kleine bij is”.

Gebruiksintentie	Verpleegkundigen N=338	Artsen N=128	Totaal N=466
Niet van plan te gebruiken	8%	26%	13%
Binnen een maand tot een half jaar	4%	6%	5%
Gebruikt het programma	75%	53%	69%
Heeft het gebruikt, maar nu niet meer	12%	15%	13%

Het gebruik varieert binnen één organisatie: indien naar bijvoorbeeld de verpleegkundigen gekeken wordt, wil dit zeggen dat binnen één organisatie de ene verpleegkundige het wel gebruikt en de andere niet. Op organisatieniveau is het gebruik van de verpleegkundigen als volgt:

- In 1 organisatie wordt het voorlichtingsprogramma niet gebruikt en daarvoor ook niet.
- In 1 organisatie wordt het voorlichtingsprogramma niet gebruikt, maar is het vroeger wel gebruikt
- In 16 organisaties wordt het programma door alle deelnemende verpleegkundigen gebruikt
- In de overige 38 organisaties varieert het gebruik van het voorlichtingsprogramma tussen de volgende percentages 19% en 89% (gemiddeld gebruik is 66%).

4.3 Determinanten van gebruik

4.3.1 Kenmerken organisatie

Ervaren werkdruk

Gemiddeld ervaren de respondenten hun werk als druk. Er zijn geen verschillen tussen de gebruikers en niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma in de ervaren werkdruk. De artsen ervaren hun werk over het algemeen als drukker dan verpleegkundigen ($F=5,15$, $p=0,020$).

Grootte van de organisatie

Er zijn gemiddeld per thuiszorgorganisatie ongeveer 11000 kinderen van 0 tot 4 jaar in zorg. De meeste respondenten geven aan dat een minderheid van de kinderen in hun zorg van allochtone afkomst is. Vier procent geeft aan dat bijna alle kinderen van allochtone afkomst is. Vooral het aantal verpleegkundigen dat werkt binnen een thuiszorgorganisatie en het aantal kinderen in de zorg van de thuiszorgorganisatie hangt samen met gebruik. Bij beide geldt dat bij de niet-gebruikers er gemiddeld meer werkzaam zijn (zie tabel 5).

Tabel 5 De gemiddelde grootte van de organisatie naar gebruik van het programma en uitgesplitst naar functie

	Verpleegkundigen n=338			Artsen n=128		
	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Aantal artsen werkzaam Min. 4 max. 43	17,6	17,4	17,7	16,3	17,1	15,7
Aantal verpleegkundigen Werkzaam Min. 8 max. 87	35,1	37,9	34,2	35,2	39,1	31,7*
Aantal kinderen in de zorg van TZO Min. 2625, max. 34500	10923	12020	10566*	11262	13184	9566**
Deel allochtone kinderen Score 1 t/m 8	5,3	5,4	5,3	5,4	5,5	5,3

* verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers is significant, $p < 0,05$; ** $p < 0,001$.

Sturing

Er zijn bij zowel de verpleegkundigen als artsen geen significante verschillen in ervaren sturing gevonden tussen wel en niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma. De verpleegkundigen scoren wel significant hoger op de gepercipieerde sturing binnen de organisatie dan de artsen ($F=5,42$, $p=0,020$). Een hogere score is gunstiger voor de invoering van “Roken? Niet waar de kleine bij is”.

4.3.2 Kenmerken van de gebruiker

4.3.2.1 Attitudes

Programma specifieke uitkomstverwachtingen

De scores op de programma specifieke uitkomstverwachting worden in tabel 6 weergegeven. Zowel bij de verpleegkundigen als bij de artsen hebben de gebruikers een positievere uitkomstverwachting dan de niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma. De verpleegkundigen hebben een significante hogere uitkomstverwachting dan de artsen .

Tabel 6 Score op de attitudinale variabelen naar wel of niet gebruik en uitgesplitst naar functie.

	Verpleegkundigen n=338			Artsen n=128		
	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Programma specifieke uitkomstverwachtingen Schaalrange 1 t/m 49	34,7 ^a	33,1	35,2 ^b	33,0	31,7	34,2 ^c
Doelgroep afhankelijke uitkomstverwachtingen Schaalrange -3 t/m +3	0,8 ^a	0,8	0,8	0,5	0,4	0,6
Taakopvatting alle ouders Schaalrange -3 t/m +3	2,0 ^a	1,9	2,0	1,8	1,8	1,8
Taakopvatting alleen bij indicatie Schaalrange -3 t/m +3	-1,6 ^{aa}	-1,5	-1,6	-1,0	-0,9	-1,1
Gepercipieerde voordelen Schaalrange -3 t/m +3	0,7 ^{aa}	0,3	0,8 ^{bb}	0,1	0,1	0,2

^a Significant verschil tussen verpleegkundigen en artsen, ^a = p<0,05; ^{aa} = p<0,001.

^b Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende verpleegkundigen, ^b = p<0,05; ^{bb} = p<0,001.

^c Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende artsen, ^c = p<0,05; ^{cc} = p<0,001.

Doelgroep afhankelijke uitkomstverwachtingen

Op de samengestelde variabele van de doelgroepafhankelijke uitkomstverwachting zijn geen verschillen tussen gebruikers en niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma (zowel bij verpleegkundigen als bij artsen): zie tabel 6. Er zijn wel significante verschillen in de gemiddelde score tussen verpleegkundigen en artsen ($F=11,02$, $p=0,001$). De verpleegkundigen zijn positiever dan artsen over de uitkomsten van het voorlichtingsprogramma bij de onderscheidde groepen ouders. Het grootste verschil in uitkomstverwachting zit bij de niet-rokende allochtone ouders. Artsen hebben daar minder hoge uitkomstverwachtingen van dan verpleegkundigen. In het algemeen zijn de uitkomstverwachtingen bij rokende ouders wel lager dan bij niet-rokende ouders. Als het om rokende ouders gaat denken zowel artsen als verpleegkundigen minder vaak dat ze met het programma er voor kunnen zorgen dat er niet meer gerookt wordt in het bijzijn van het kind. De scores op de afzonderlijke items van de variabele doelgroep afhankelijke uitkomstverwachtingen worden weergegeven in tabel 7.

Tabel 7 Score op de afzonderlijke items van de variabele doelgroep afhankelijke uitkomstverwachtingen naar wel- of niet-gebruik en uitgesplitst naar functie.

	Verpleegkundige n=338			Artsen n=128		
	Totaal	Geen Gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Denkt u dat u met het programma er voor kunt zorgen dat er niet meer wordt gerookt in het bijzijn van het kind bij onderstaande personen? Schaalrange -3 t/m +3						
Autochtone ouders, die zelf roken	0,4	0,4	0,4	0,3	0,2	0,3
Autochtone ouders, die zelf niet roken	1,7 ^a	1,6	1,7	1,5	1,3	1,6
Allochtone ouders, die zelf roken	0,1 ^a	0,1	0,05	-0,2	-0,3	-0,2
Allochtone ouders, die zelf niet roken	1,0 ^{aa}	1,0	1,0	0,6	0,4	0,7

^a Significant verschil tussen verpleegkundigen en artsen, ^a = p<0,05; ^{aa} = p<0,001.

^b Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende verpleegkundigen, ^b = p<0,05; ^{bb} = p<0,001.

^c Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende artsen, ^c = p<0,05; ^{cc} = p<0,001.

Algemene taakopvattingen

Achttennegentig procent van zowel de artsen als de verpleegkundigen vindt passief roken een belangrijk onderwerp waarover voorlichting gegeven hoort te worden door alle thuiszorgorganisaties (bestaande uit de antwoorden, enigszins mee eens, mee eens en volledig mee eens). Verpleegkundigen vinden significant vaker dan artsen dat een CB-arts standaard alle ouders moet informeren over passief roken. Artsen vinden vaker dat een CB-arts ouders alleen hoort te informeren over passief roken bij indicatie (zie tabel 8).

Tabel 8 Percentage verpleegkundigen en artsen die enigszins tot volledig eens zijn met de verschillende stellingen over taakopvattingen eens waren.

	Verpleegkundigen N=338	Artsen N=128
Ik vind het de taak van een OKZ-verpleegkundige om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen	94%	94%
Ik vind het de taak van een CB-arts om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen	74%	59% **
Ik vind dat een OKZ-verpleegkundige alleen ouders hoort te informeren over de schadelijke gevolgen van passief roken als het kind gezondheidsklachten heeft	10%	9%
Ik vind dat een CB-arts alleen ouders hoort te informeren over de schadelijke gevolgen van passief roken als het kind gezondheidsklachten heeft	17%	40% **

** verschil tussen artsen en verpleegkundigen is significant $p < 0,0001$.

Uit de analyses met de samengestelde variabelen komt ook naar voren dat verpleegkundigen het vaker dan artsen een taak vinden om alle ouders standaard te informeren over passief roken ($F=5,17$, $p=0,023$) en minder vaak dat er alleen bij indicatie aandacht aan besteed moet worden ($F=15,24$, $p=0,000$). Er zijn geen verschillen in taakopvattingen tussen gebruikers en niet-gebruikers van het voorlichtingsprogramma (tabel 6).

Gepercipieerde voordelen van het voorlichtingsprogramma

De OKZ-verpleegkundige ziet significant vaker voordelen aan het voorlichtingsprogramma dan de CB-arts. Tevens is erbij de verpleegkundigen een verschil tussen gebruikers en niet-gebruikers in hoeverre zij voordelen zien aan het voorlichtingsprogramma (tabel 6). De gebruikers geven vaker aan voordelen aan het programma te zien. Bij de artsen is dit verschil er niet.

4.3.2.2 Sociale invloed

Subjectieve norm

De niet-gebruikers ervaren minder sociale druk op het werk en van ouders om het voorlichtingsprogramma te gebruiken dan de gebruikers (tabel 9). Alleen bij artsen geldt dit niet als het gaat om de sociale druk van de ouders: hierin verschillen gebruikende en niet-gebruikende artsen niet. Tevens ervaren artsen in het algemeen minder dan verpleegkundigen de sociale druk van collega's en ouders om het programma te gebruiken.

Sociale steun

Een meerderheid geeft aan dat ze op steun van collega's (70%) en leidinggevende (63%) kunnen rekenen mochten ze die nodig hebben met betrekking tot het gebruik van "Roken? Niet waar de kleine bij is". Hier geldt dat alleen onder de artsen de verwachte sociale steun hoger is bij gebruikers dan niet-gebruikers (tabel 9).

Modelling

Er zijn verschillen in de gemiddelde scores op modelling tussen respondenten die wel het voorlichtingsprogramma gebruiken en de respondenten die dat niet doen: zowel bij de verpleegkundigen als bij de artsen. Dit wil zeggen dat zowel artsen als verpleegkundigen die het voorlichtingsprogramma gebruiken vaker denken dat collega's het programma ook gebruiken. Er zijn geen verschillen in gemiddelde scores tussen verpleegkundigen en artsen: wat wil zeggen dat artsen en verpleegkundigen ongeveer dezelfde mening hebben over het gebruik van andere collega's (tabel 9).

Tabel 9 Scores op de sociale invloed factoren, naar wel en niet gebruik van het voorlichtingsprogramma en naar verpleegkundige of arts.

	Verpleegkundigen n=338			Artsen n=128		
	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Subjectieve norm werk Schaalrange -21 t/m +21	7,4 ^{aa}	5,1	8,0 ^b	4,8	2,4	6,9 ^{cc}
Subjectieve norm ouders Schaalrange -3 t/m +3	1,3 ^{aa}	0,3	1,6 ^b	-0,6	-0,9	-0,3
Sociale steun Schaalrange -3 t/m +3	1,0	0,9	1,0	0,9	0,6	1,2 ^c
Modelling Schaalrange -3 t/m +3	0,9	0,1	1,1 ^{bb}	0,9	0,1	1,5 ^{cc}

^a Significant verschil tussen verpleegkundigen en artsen, ^a = p<0,05; ^{aa} = p<0,001.

^b Significant verschil tussen gebruikende en niet-gebruikende verpleegkundigen, ^b = p<0,05; ^{bb} = p<0,001.

^c Significant verschil tussen gebruikende en niet-gebruikende artsen, ^c = p<0,05; ^{cc} = p<0,001.

4.3.2.3 Eigen Effectiviteit

De Gerapporteerde eigen effectiviteit verschilt binnen de groep verpleegkundigen significant tussen de personen die het voorlichtingsprogramma gebruiken en degenen die het niet gebruiken. De niet-gebruikers achten zich minder bekwaam om het voorlichtingsprogramma te gebruiken dan de gebruikers (tabel 10). Tevens scoren verpleegkundigen significant hoger op eigen effectiviteit dan artsen.

Tabel 10 Gemiddelde score op eigen effectiviteit naar gebruik en uitgesplitst naar functie.

	Verpleegkundigen n=338			Artsen n=128		
	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Eigen effectiviteit	0,9 ^a	0,7	0,9 ^b	0,4	0,4	0,5
Schaalrange -3 t/m +3						

^a Significant verschil tussen verpleegkundigen en artsen, ^a = p<0,05; ^{aa} = p<0,001.

^b Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende verpleegkundigen, ^b = p<0,05; ^{bb} = p<0,001.

^c Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende artsen, ^c = p<0,05; ^{cc} = p<0,001.

4.3.3 Kenmerken van de vernieuwing

In tabel 11 worden de gemiddelde scores weergegeven op de verschillende kenmerken van de vernieuwing. Met name op de observeerbaarheid scoort men relatief het laagst en op de instrumentaliteit relatief het hoogst. De verpleegkundigen scoren over het algemeen hoger op deze kenmerken dan de artsen.

Tabel 11 Gemiddelde scores op afzonderlijke items van de variabele kenmerken van het voorlichtingsprogramma en op de samengestelde variabele naar functie

Schaalrange -3 t/m +3	Verpleegkundigen			Artsen		
	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik	Totaal	Geen gebruik	Wel gebruik
Complexiteit	1,2 ^a	0,8	1,4 ^{bb}	0,8	0,9	0,8
Duidelijkheid	1,4	1,3	1,5	1,4	1,2	1,5 ^c
Observeerbaarheid	0,6	0,2	0,7 ^b	0,5	0,4	0,6
Rigiditeit	1,3 ^{aa}	0,9	1,4 ^{bb}	0,8	0,7	0,8
Aantrekkelijkheid	1,6 ^a	1,4	1,7 ^b	1,4	1,3	1,5
Aansluiting op werkwijze	1,3 ^{aa}	0,9	1,4 ^{bb}	0,8	0,8	0,8
Instrumentaliteit	1,9	1,7	2,0 ^b	1,8	1,6	2,0 ^c
Totale schaalscore	1,2^{aa}	0,9	1,3^{bb}	0,9	0,8	1,0^c

^a Significant verschil tussen verpleegkundigen en artsen, ^a = p<0,05; ^{aa} = p<0,001.

^b Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende verpleegkundigen, ^b = p<0,05; ^{bb} = p<0,001.

^c Significant verschil tussen gebruikende en niet- gebruikende artsen, ^c = p<0,05; ^{cc} = p<0,001.

Op de samengestelde score van de kenmerken van de vernieuwing is er zowel bij de OKZ-verpleegkundigen als bij de CB-artsen een significant verschil tussen de gebruikers en niet-gebruikers van het voorlichtingsmateriaal.

4.3.4 Kenmerken van de invoeringsstrategie

Op de vraag of er binnen de thuiszorgorganisatie officieel is besloten om wel of niet met het programma te gaan werken antwoordt 83% bevestigend. Achttien procent van hen geeft aan dat ze zelf betrokken geweest zijn bij de beslissing om het wel of niet te gaan gebruiken. Bij de meeste thuiszorgorganisaties is een stafverpleegkundige, stafarts of een persoon uit het management betrokken geweest bij de beslissing om het programma wel of niet te gebruiken.

In de groep wel gebruikers geeft 85% van de respondenten aan dat er een officiële beslissing genomen is om het voorlichtingsprogramma wel of niet te gebruiken. In de groep niet-gebruikers is dit 76% ($\chi^2=4,89$, $p=0,039$). Zowel bij de groep verpleegkundigen als bij de groep artsen is dit verschil aanwezig. Er is geen verschil

tussen de artsen en verpleegkundigen in het percentage dat aangeeft dat er een beslissing genomen is om wel of niet het voorlichtingsprogramma te gebruiken.

4.3.5 *Factoren van invloed op het wel of niet gebruik*

In deze paragraaf wordt een multivariate logistische regressie analyse besproken waarin de factoren van invloed op het wel of juist niet gebruik van het voorlichtingsmateriaal bekeken zijn. De afhankelijke variabele is hier het wel of niet gebruik van het voorlichtingsprogramma en de onafhankelijke variabelen de kenmerken van de organisatie, van de gebruiker, van de vernieuwing en van de invoeringsstrategie. Hierbij is gecorrigeerd voor achtergrondvariabelen zoals leeftijd, ervaringsjaren en rookgedrag. De resultaten worden apart weergegeven voor verpleegkundigen en artsen. In de regressie zijn alleen de factoren meegenomen die significant geassocieerd waren met wel of niet gebruik in de univariate analyses. De resultaten worden in tabel 12 weergegeven. In de tabel worden uiteindelijk alleen de variabelen gepresenteerd die in het regressiemodel geselecteerd werden.

Tabel 12 Factoren geassocieerd met het wel en niet gebruik van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” door verpleegkundigen en artsen.

N=467	Gecorrigeerde OR Verpleegkundigen N=338	P	Gecorrigeerde OR Artsen N=128	P
Leeftijd respondent	0,97 (0,93-1,00)	0,062		
Kenmerken organisatie				
Aantal kinderen in zorg van TZO	0,94 (0,89-0,99)	0,041	0,81 (0,72-0,91)	0,000
Kenmerken gebruiker				
Gepercipieerde voordelen v/h voorlichtingsprogramma	1,54 (1,05-2,27)	0,029		
Subjectieve norm werk	1,05 (0,99-1,12)	0,114		
Modelling	1,84 (1,41-2,41)	0,000	5,43 (2,91–10,11)	0,000

Bij artsen blijkt modelling positief en het aantal kinderen in de zorg van de TZO negatief samen te hangen met het wel of niet gebruiken van het voorlichtingsmateriaal “Roken? Niet waar de kleine bij is”.

Bij de verpleegkundigen zijn uiteindelijk modelling, perceptie van de voordelen van het programma positief en het aantal kinderen in zorg van de TZO negatief geassocieerd met het wel of niet gebruiken van het voorlichtingsmateriaal “Roken? Niet waar de kleine bij is”.

4.4 De mate van gebruik

Indien het voorlichtingsprogramma gebruikt wordt, wil dit niet zeggen dat deze overal in dezelfde mate gebruikt wordt. Hieronder wordt aangegeven hoe de brochure en de persoonlijke mondelinge voorlichting gegeven wordt.

Brochure

Tweeëntwintig procent van de artsen geeft zelf aan een meerderheid van de ouders de brochure en 65% van de verpleegkundigen. Drie en tachtig procent van de artsen dat aan een minderheid of aan geen enkele ouders de brochure geeft, geeft aan dat andere professionals binnen de organisatie de brochure verspreiden: vooral de kraamverpleegkundigen en OKZ-verpleegkundigen worden genoemd als professionals

die de brochure verspreiden. Volgens 95% van de artsen wordt de brochure door hen of andere professionals binnen de organisatie verspreid onder ouders.

Van de verpleegkundigen die de brochure niet of aan een minderheid van de ouders verspreid geeft 75% aan dat een andere professional dat doet. Hierbij wordt ook de kraamverpleegkundigen en andere OKZ-verpleegkundigen genoemd. Volgens 96% van de verpleegkundigen wordt de brochure door hen of door iemand anders binnen de organisatie verspreid onder ouders.

Persoonlijke voorlichting

Drieëndertig procent van de artsen en 82% van de verpleegkundigen geeft aan een meerderheid van de ouders een persoonlijke voorlichting te geven op basis van één of meer richtlijnen van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is”. De verpleegkundigen geven deze voorlichting met name bij het huisbezoek: 96% geeft het bij het huisbezoek aan de ouders. De arts geeft de voorlichting vooral bij een later bezoek van de ouders aan het CB, wat logisch is omdat hij/zij geen huisbezoek doet. In tabel 13 wordt weergegeven in hoeverre, indien er voorlichting gegeven wordt, de verschillende stappen van het stappenplan gevolgd worden.

Tabel 13 Score de afzonderlijke onderdelen van de volledigheid van gebruik naar functie

Schaalrange 0 t/m 4 0= nooit en 4= altijd	Volledigheid van gebruik	
	Verpleegkundigen N=255	Artsen N=68
Ik stel vast wat het huidige rookgedrag is	3,5	2,6**
Ik schrijf in het dossier van het kind of ik het passief roken besproken heb	2,5	2,5
Ik bespreek de gezondheidsgevolgen	3,2	2,8**
Ik bespreek mogelijke huisregels	2,9	2,3**
Ik bespreek de barrières	2,7	2,1**
Bij een later contact vraag ik hoe het gaat	2,0	1,9
Ik schrijf op de interventiekaart wat ik besproken heb#	1,1	0,3**

* Verschil tussen artsen en verpleegkundigen is significant: * p<0,05; ** p<0,001

Deze laatste vraag is niet meegenomen in de analyses.

De uiteindelijke mate van gebruik is het resultaat van de vermenigvuldiging van de variabele aan hoeveel ouders de persoonlijke voorlichting gegeven wordt met de variabele volledigheid van gebruik. De respondenten kunnen minimaal 0 punten en maximaal 96 punten op de mate van gebruik hebben. De gemiddelde score op de mate van gebruik bedraagt voor verpleegkundigen 53 en voor artsen 35: dit verschil is significant (F=45,0, p=0,000).

4.4.1 *Invoeringsstrategie*

Naast de variabele over de participatie bij de adoptiebeslissing zijn er bij de gebruikers van het voorlichtingsprogramma nog een aantal extra kenmerken van de invoeringsstrategie meegenomen. Bij de gebruikers is gevraagd naar ontwikkelingsactiviteiten zoals de aanwezigheid van training, een coördinator en experimenteermogelijkheid en naar de beschikbaarheid van geld/tijd voor en de evaluatie van het gebruik van het programma “Roken? Niet waar de kleine bij is”. In tabel 14 wordt weergegeven welke invoeringsactiviteiten gedaan zijn of worden in het kader van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is”.

Tabel 14 Invoeringsstrategie activiteiten volgens de CB-medewerkers.

	OKZ-verpleegkundigen N=255	CB-artsen N=68
Tijd of geld ingeruimd voor het programma	9%	4%
Training	52%	65%
Aanwezigheid coördinator	30%	21%
Evaluatie	28%	27%

Twee procent van de CB-medewerkers geeft aan dat voor het voorlichtingsprogramma al deze invoeringsactiviteiten gedaan zijn en 29% geeft aan dat geen enkele van deze activiteiten uitgevoerd zijn.

De verpleegkundigen scoren in de univariate analyse significant hoger op de mate van gebruik als er een training heeft plaatsgevonden, als er een coördinator binnen de organisatie aanwezig, als de invoering van het programma geëvalueerd wordt of als er extra geld en/of tijd vrijgemaakt is voor het voorlichtingsprogramma. Bij de artsen hangen deze kenmerken niet samen de mate van gebruik (Tabel 15).

Tabel 15 Gemiddelde score op de mate van gebruik naar wel of niet aanwezigheid van de kenmerken van de invoeringstrategie (schaalrange 0 t/m 96)

	Mate van gebruik Verpleegkundigen N=255 Gem. score	Sign.	Mate van gebruik artsen N=68 Gem. score	Sign.
Aanwezigheid Coördinator				
Nee	51		35	
Ja	57	0,024	33	0,777
Aanwezigheid Training				
Nee	47		38	
Ja	57	0,000	33	0,279
Aanwezigheid evaluatie				
Nee	50		34	
Ja	58	0,007	37	0,611
Aanwezigheid extra tijd/ financiering				
Nee	52		34	
Ja	62	0,013	46	0,312

4.4.2 Institutionaliserie

Een belangrijke factor in dit onderzoek is de mate van institutionalisering van het voorlichtingsprogramma in een organisatie. In tabel 16 worden de scores op de mate van institutionalisering weergegeven voor artsen en verpleegkundigen. Er zijn geen verschillen tussen artsen en verpleegkundigen in de mate waarin zij denken dat het voorlichtingsprogramma geïnstitutionaliseerd is. De mate van institutionalisering is relatief het hoogste in het productiesubstelsysteem en het laagste in de subsystemen ondersteuning en onderhoud.

Tabel 16 Gemiddelde scores op de vier subsystemen van institutionalisering naar functie

	Verpleegkundigen # N=255	Artsen # N=68
Productie	1,9	1,9
Ondersteuning	1,2	1,1
Onderhoud	1,3	1,2
Management	1,6	1,5

1= geen institutionalisatie tot 4 = maximale institutionalisatie. * betekent dat er significante verschillen zijn tussen de OKZ-manager en CB-medewerker

De mate van institutionalisering is naast aan de CB-medewerkers ook gevraagd aan de OKZ-managers. We zijn nagegaan hoe deze beide groepen (CB-medewerkers en OKZ-managers) tegen de mate van institutionalisering aankijken en of hier verschillen in zijn. Hiervoor is per organisatie de gemiddelde score van CB-medewerkers vergeleken met die van de bijbehorende OKZ-manager (zie tabel 17). In de vergelijking zitten minder thuiszorgorganisaties dan daadwerkelijk meedoen met het onderzoek omdat deze analyse alleen mogelijk was met de thuiszorgorganisaties waar zowel een score van de OKZ-manager als een score van de CB-medewerkers bekend was.

Tabel 17 Gemiddelde scores op de vier subsystemen van institutionalisering volgens de CB-medewerkers (gemiddelde binnen de TZO) en de OKZ-manager

	Institutionalisatie	
	Gemiddelde score CB-medewerkers (N=36)	Score OKZ-manager (N=36)
Productie	1,9 (0,6)	2,6 (0,8)*
Ondersteuning	1,2 (0,3)	1,7 (0,8)*
Onderhoud	1,3 (0,4)	1,8 (1,2)*
Management	1,6 (0,5)	2,4 (1,0)*

1= geen institutionalisatie tot 4 = maximale institutionalisatie. * betekent dat er significante verschillen zijn tussen de OKZ-manager en CB-medewerker

De mate van institutionalisering in de vier subsystemen van Steckler en Goodman is over het algemeen lager dan twee voor de CB-medewerkers binnen een organisatie: waarbij 1 dus geen institutionalisatie betekent en 4 maximale institutionalisatie. Voor de OKZ-manager is alleen bij de institutionalisering in de productie en management subsystemen de score hoger dan twee.

Indien per organisatie gekeken wordt naar de verschillen in de gemiddelde score van CB-medewerkers en de score van de OKZ-managers op de mate van institutionalisering in het productie subsysteem, komt het volgende naar voren:

- in twee organisaties verschilt de mening over de institutionalisatie op productieniveau niet of nauwelijks tussen OKZ-managers en CB-medewerkers
- In zes organisaties vindt de CB-medewerker de institutionalisatie op het productieniveau beter dan de OKZ-manager
- In de overige 28 organisaties verloopt de institutionalisatie in het productie subsysteem volgens de OKZ-manager beter dan volgens de gemiddelde CB-medewerker.

Voor de institutionalisering in het management en ondersteuning subsysteem is hetzelfde patroon waargenomen. Alleen voor institutionalisering in het onderhoud

substelsysteem is meer overeenstemming tussen CB-medewerkers en de bijbehorende OKZ-manager. In 14 organisaties zijn hierover geen verschillen in mening.

4.4.3 *Correlaties van de verschillende factoren met de mate van gebruik*

Indien men naar de correlaties van de afzonderlijke variabelen met de mate van gebruik kijkt, blijken kenmerken van de organisatie en de sociale steun van collega's bij het gebruik van het voorlichtingsprogramma niet samen te hangen met de mate van gebruik van de OKZ-verpleegkundigen (tabel 18). De overige variabelen hangen wel significant samen met de mate van gebruik. De variabelen die het sterkst samenhangen met de mate van gebruik van de verpleegkundigen zijn de eigen effectiviteit, modelling of waargenomen gedrag van anderen, de gepercipieerde voordelen van het voorlichtingsmateriaal en de gepercipieerde institutionalisering van de voorlichting in het productie subsysteem.

Bij de CB-artsen hangen veel minder variabelen samen met de mate van gebruik. Met name de attitudinale variabelen hangen samen met de mate van gebruik en met name de taakopvattingen (tabel 18). De gehele correlatietabellen voor zowel de verpleegkundigen als de artsen worden in bijlage C gepresenteerd.

Tabel 18 Correlaties van de verschillende factoren met de mate van gebruik van het voorlichtingsprogramma bij verpleegkundigen en artsen.

Spearman Correlaties	Mate van gebruik Verpleegkundigen N=255	Mate van gebruik Artsen N=68	Mate van gebruik Totaal N=323
Kenmerken organisatie			
Werkdruk	Ns	Ns	Ns
Aantal artsen	Ns	Ns	Ns
Aantal verpleegkundigen	Ns	Ns	Ns
Aantal kinderen in zorg	Ns	Ns	0,17*
Aantal allochtone kinderen	Ns	Ns	Ns
Sturing	Ns	Ns	Ns
Kenmerken gebruiker			
Programma	specifieke 0,18*	0,30*	0,21**
uitkomstverwachtingen			
Doelgroep	afhankelijke 0,16*	Ns	0,16*
Uitkomstverwachtingen			
Taak alle ouders	0,27**	0,42**	0,31**
Taak alleen bij indicatie	-0,19*	-0,36*	-0,27**
Gepercipieerde voordelen	0,29**	Ns	0,37**
Subjectieve norm werk	0,14*	Ns	Ns
Subjectieve norm ouders	0,20*	Ns	0,23**
Sociale steun	Ns	Ns	Ns
Modelling	0,31**	Ns	0,19*
Eigen effectiviteit	0,38**	Ns	0,37**
Kenmerken vernieuwing			
Kenmerken	0,26**	Ns	0,30**
Kenmerken invoeringsstrategie			
Experimenteerbaarheid	0,21*	Ns	0,21**
Evaluatie	0,19*	Ns	0,15*
Training	0,27**	Ns	0,13*
Coördinator	0,14*	Ns	0,12*

Financiering/tijd	0,14*	Ns	0,16*
Formele adoptiebeslissing	0,16*	Ns	Ns
Participatie bij adoptiebeslissing	0,16*	Ns	Ns
Institutionalisatie			
Productie subsysteem	0,42**	Ns	0,29**
Ondersteunend subsysteem	0,14*	Ns	0,14*
Onderhoud subsysteem	0,23**	Ns	0,19*
Management subsysteem	0,17*	Ns	0,16*

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,001$

4.4.4 *Factoren van invloed op de mate van gebruik*

Vervolgens is met behulp van stepwise forward regressie gekeken naar de variabelen die van invloed zijn op de mate van gebruik na correctie voor de invloed van andere variabelen en achtergrondvariabelen zoals leeftijd, ervaringsjaren en rookgedrag. In de regressie zijn alleen de variabelen meegenomen die in de univariate analyses significant samenhangen met de mate van gebruik: zie hiervoor tabel 18. In tabel 19 worden de analyses apart gepresenteerd voor verpleegkundigen en artsen. Bij de verpleegkundigen verklaart het model 31%. Bij de artsen 17%.

Tabel 19 Factoren van invloed op de mate van gebruik van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” bij artsen en verpleegkundigen.

N=323	Verpleegkundigen Gecorrigeerde β N=255	P	Artsen Gecorrigeerde β N=68	P
Kenmerken gebruiker				
Taak alle ouders	4,46 (1,94-6,97)	0,001	9,01 (4,15 – 13,88)	0,000
Modelling	1,14 (-0,42-3,53)	0,257		
Eigen effectiviteit	8,19 (4,46-11,91)	0,000		
Kenmerken innovatiestrategie				
Training	Nee 0	0,021		
	Ja 5,12 (0,78–9,45)			
Institutionalisatie				
Productie subsysteem	6,30 (3,49-9,12)	0,000		

Uit de lineaire regressie blijkt dat de mate van gebruik bij de CB-artsen met name een verband heeft met de mate waarin de arts het een taak vindt om er altijd aandacht aan te besteden (zie tabel 19). Indien vervolgens gekeken wordt naar de afzonderlijke items van deze samengestelde variabele over taakopvattingen komt naar voren dat een arts met een hoge mate van gebruik het meer een taak vindt van de CB-arts om standaard ouders te informeren over passief roken door kinderen dan artsen met een lage mate van gebruik. Hierbij is mate van gebruik gedichotomiseerd met als afkappunt de gemiddelde score van gebruik.

Tabel 20 De afzonderlijke items van de variabele taakopvatting naar hoge en lage mate van gebruik door artsen

	Lage mate van gebruik	Hoge mate van gebruik	Totaal
Schaalrange -3 t/m +3	N=42	N=26	N=68
Passief roken is een belangrijk onderwerp, waarover voorlichting gegeven hoort te worden door alle thuiszorgorganisaties	2,5	2,7	2,5
Ik vind het de taak van een <u>OKZ-verpleegkundige</u> om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen.	2,1	2,3	2,2
Ik vind het de taak van een <u>CB-arts</u> om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen.	0,2	1,2*	0,6

* verschil tussen een lage en hoge mate van gebruik is significant $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Bij de verpleegkundigen komt naar voren dat de mate van gebruik groter wordt als de ervaren eigen effectiviteit hoger is, als de verpleegkundige het meer een taak vindt om er altijd aandacht aan te besteden, als er een training in het gebruik is geweest en als de gepercipieerde mate van institutionalisering van het voorlichtingsprogramma in het productiesysteem hoger is. De variabele modellering wordt wel in het model opgenomen maar is na het toevoegen van de variabele over training niet meer significant.

Hieronder worden de afzonderlijke items van de voorspellende variabelen van de mate van gebruik door verpleegkundigen verder uitgewerkt. Hiervoor zijn de afzonderlijke items van de voorspellende variabelen afgezet tegen een gedichotomiseerde mate van gebruik. Mate van gebruik is gedichotomiseerd in hoge en lage mate van gebruik met als afkappunt de gemiddelde mate van gebruik.

De eigen effectiviteit.

Bij de eigen effectiviteit komt naar voren dat er drie items zijn waarop de verpleegkundigen algemeen laag scoren, namelijk de mate waarin de verpleegkundige denkt dat het lukt:

- om ouders die het belang van het voorkomen van passief roken niet inzien met behulp van het programma toch zo ver te krijgen dat ze maatregelen nemen,
- om bij alle ouders alle vijf stappen van het voorlichtingsprogramma te doorlopen en
- om van iedere zuigeling de interventiekaart in te vullen.

Op deze items scoren de verpleegkundigen met een lage mate van gebruik ook significant lager dan verpleegkundigen met een hoge mate van gebruik. Daarnaast scoren de verpleegkundigen met een late mate van gebruik lager op de mate waarin zij denken dat het lukt om ook als er weinig tijd is het onderwerp passief roken aan bod te laten komen, om ouders minder barrières te laten ervaren bij het invoeren van huisregels en om bij allochtone ouders (zowel rokende als niet rokende) een dusdanige openheid te creëren dat het onderwerp passief roken bespreekbaar wordt (tabel 21).

Tabel 21 De afzonderlijke items van de variabele eigen effectiviteit naar hoge en lage mate van gebruik van verpleegkundigen

Schaalrange -3 t/m +3	Eigen effectiviteit		
	Lage mate van gebruik N=137	Hoge mate van gebruik N=118	Totaal N=255
Denkt u dat het lukt om....			
... het voorlichtingsmateriaal horende bij "Roken? Niet waar de kleine bij is" altijd voldoende in voorraad te hebben?	1,5	1,5	1,5
.. met behulp van het voorlichtingsmateriaal het onderwerp passief roken toch aan de orde te brengen, terwijl u weinig tijd heeft voor het gesprek?	1,1	1,6**	1,3
... van iedere zuigeling die u in zorg heeft de interventiekaart in te vullen?	-1,0	-0,3*	-0,6
... alle vijf stappen van het stappenplan zoals vermeld in de handleiding en interventiekaart volledig te doorlopen bij alle zuigelingen die u in zorg heeft?	-1,2	-0,4**	-0,8
... ouders die het belang van het voorkomen van passief roken niet inzien met behulp van het programma toch zover te krijgen dat ze maatregelen nemen om het passief roken te voorkomen	-0,2	0,1*	-0,03
... indien u bij ouders komt waar het in huis duidelijk naar tabaksrook ruikt met behulp van het programma het passief roken ter sprake te brengen?	1,7	1,8	1,8
... ouders minder barrières te laten ervaren bij het invoeren van huisregels om het passief roken te voorkomen?	0,8	1,1*	0,9
... bij autochtone ouders, die zelf roken, altijd een dusdanige openheid te creëren dat het onderwerp passief roken bespreekbaar wordt?	1,3	1,5	1,4
... bij autochtone ouders, die zelf niet roken, altijd een dusdanige openheid te creëren dat het onderwerp passief roken bespreekbaar wordt?	1,9	2,1	2,0
... bij allochtone ouders, die zelf roken, altijd een dusdanige openheid te creëren dat het onderwerp passief roken bespreekbaar wordt?	1,0	1,2*	1,1
... bij allochtone ouders, die zelf niet roken, altijd een dusdanige openheid te creëren dat het onderwerp passief roken bespreekbaar wordt?	1,4	1,7*	1,5

* verschil tussen een lage en hoge mate van gebruik is significant $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

De taakopvatting alle ouders

De mate waarin het als een taak gezien wordt om er altijd aandacht aan te besteden hangt vooral samen met de mate waarin de respondent vindt dat het de taak van een OKZ-verpleegkundige is om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen (tabel 22). De verpleegkundigen met een hoge mate van gebruik vinden het meer een taak van verpleegkundigen om er standaard aandacht aan te besteden de verpleegkundigen met een lage mate van gebruik.

Tabel 22 De afzonderlijke items van de variabele taakopvatting naar hoge en lage mate van gebruik van verpleegkundigen

Schaalrange -3 t/m +3	Lage mate van gebruik	Hoge mate van gebruik	Totaal
Passief roken is een belangrijk onderwerp, waarover voorlichting gegeven hoort te worden door alle thuiszorgorganisaties	2,5	2,7*	2,6
Ik vind het de taak van een OKZ-verpleegkundige om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen.	1,9	2,5**	2,2
Ik vind het de taak van een CB-arts om standaard alle ouders te informeren over de schadelijke effecten van passief roken op kleine kinderen.	1,1	1,5*	1,3

* verschil tussen een lage en hoge mate van gebruik is significant $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Training over het voorlichtingsprogramma.

Van de verpleegkundigen heeft 52% een training over het voorlichtingsprogramma gehad. Zij die training hebben gehad scoren hoger op de mate van gebruik: bij de verpleegkundigen met training is de gemiddelde score op de mate van gebruik 57 (minimale score is 0 en maximale score 96) en bij de verpleegkundigen zonder training 47 (zie ook tabel 15).

Institutionalisatie in het productie subsysteem.

De mate van institutionalisering op productie niveau bestaat uit de mate waarin volgens de verpleegkundigen er blijvend richtlijnen over het gebruik van het voorlichtingsprogramma op papier gezet zijn, het voorlichtingsprogramma blijvend geëvalueerd wordt en er blijvend afspraken gemaakt zijn over hoe het bespreken van passief roken in het dossier van het kind vastgelegd wordt. Volgens 41% van de verpleegkundigen zijn er richtlijnen voor het gebruik op papier gezet, volgens 51% zijn er afspraken over de wijze van vastleggen in het dossier van het kind en volgens 28% is het gebruik wel eens formeel geëvalueerd. Naarmate deze richtlijnen, afspraken en evaluaties door verpleegkundige meer als blijvend gezien worden, is de mate van gebruik hoger. Vooral de afspraken over hoe het bespreken van passief roken vastgelegd wordt in het dossier van het kind is goed ingenesteld volgens de verpleegkundigen die een hoge mate van gebruik hebben. Evaluatie is minder goed ingenesteld, maar wel beter ingenesteld bij de verpleegkundigen met een hoge mate van gebruik dan met een lage mate van gebruik.

Tabel 23 De afzonderlijk items van institutionalisatie in het productie subsysteem naar hoge en lage mate van gebruik.

	Institutionalisatie in productie subsysteem			
	Routine		Innesteling	
	Lage mate gebruik	Hoge mate gebruik	Lage mate gebruik	Hoge mate gebruik
Schaalrange 1 t/m 4				
Aanwezigheid van richtlijnen	1,8	2,4*	1,6	2,2**
Aanwezigheid van afspraken over hoe het bespreken van passief roken vastgelegd wordt in het dossier van het kind	1,9	2,8**	1,7	2,7**
Aanwezigheid van evaluatie	1,2	1,5**	1,4	1,8**

* verschil tussen een lage en hoge mate van gebruik is significant $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Gebruik(sintentie)

Uit het onderzoek komt naar voren dat het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” door een hoog percentage gebruikt wordt. Het voorlichtingsprogramma wordt wel meer gebruikt door de verpleegkundigen dan de artsen, maar dit komt overeen met de inhoud van de handleiding bij het voorlichtingsprogramma. Hierin staat: “het onderwerp past bij het thema ‘Milieu en veiligheid’ dat de verpleegkundige met de ouders bespreekt. Een mogelijke afspraak is dat de verpleegkundige standaard de voorlichting geeft en de arts het passief roken bespreekt zodra een kind klachten heeft die hieraan gerelateerd zijn”. Het gebruik van het voorlichtingsprogramma varieert wel binnen een organisatie: binnen een organisatie gebruikt de ene verpleegkundige het wel en de andere verpleegkundige het weer niet. Dit zou veroorzaakt kunnen worden doordat er binnen de thuiszorgorganisaties eigenlijk nog weinig vastgelegd is over de inwerking van nieuwe medewerkers: zo geeft slechts 13% van de verpleegkundigen aan dat er hiervoor richtlijnen zijn. Door wisseling in personeel zal het gebruik binnen een organisatie daardoor veranderen. Dit resultaat komt overeen met wat Wiefferink e.a. gevonden hebben.⁶ Zij geven aan dat wisseling van personeel van invloed is op de institutionalisering.

Indien de CB-artsen wel voorlichting geven met behulp van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” komt dit met name doordat de arts denkt dat meer collega’s binnen de thuiszorgorganisatie het programma gebruikt. Het gedrag van andere collega’s is dus belangrijk voor het wel of niet gebruik. Deze uitkomst is zoals verwacht: het is namelijk logisch dat naarmate er meer personen binnen de organisatie het voorlichtingsprogramma gebruiken, de betreffende persoon het ook gebruikt. Ook bij de verpleegkundigen komt dit naar voren, maar daarnaast is de mate waarin verpleegkundigen voordelen aan het gebruik zien van belang. Indien zij voor zich zelf meer voordelen zien, wordt het programma eerder gebruikt: hierbij is vooral van belang dat ze niet het idee hebben dat het te veel tijd kost, maar ook dat de wijze van voorlichting van “Roken? Niet waar de kleine bij is” hen voldoening geeft. Het aantal kinderen in zorg van de thuiszorgorganisatie is ook geassocieerd met het wel of niet gebruik. Naarmate er meer kinderen in de zorg van de thuiszorgorganisatie zijn, wordt het voorlichtingsprogramma minder gebruikt. Dit zou te maken kunnen hebben met het feit dat grotere organisaties het over het algemeen drukker hebben en daardoor minder prioriteit leggen bij voorlichting over passief roken.

5.2 Mate van gebruik

5.2.1 *Artsen*

Over de arts kunnen we kort zijn: de mate van gebruik is vooral afhankelijk van of de arts het als een taak ziet van CB-artsen om aandacht aan passief roken te besteden. Dit is gezien de inhoud van de handleiding bij het voorlichtingsprogramma, geen opvallend resultaat. Indien inderdaad het doel van de voorlichting is dat de arts standaard voorlichting over passief roken geeft dan zou daar in de toekomst meer aandacht aan besteed moeten worden: momenteel wordt in de voorlichtingshandleiding immers aangegeven dat vooral van de verpleegkundigen deze voorlichtingstaak verwacht wordt.

5.2.2 *Verpleegkundigen*

De mate van gebruik van de verpleegkundigen wordt als het gaat om de kenmerken van de gebruiker vooral bepaald door de eigen effectiviteit. Indien de verpleegkundige zich meer in staat acht de voorlichting in bepaalde situaties te geven dan is de mate van gebruik ook hoger. Belangrijk is daarbij dat de mate waarin de verpleegkundigen zich in staat achten om al de vijf stappen van het stappenplan bij alle zuigelingen te volgen. De verpleegkundigen die een hoge mate van gebruik hebben, hebben hierin meer bekwaamheid dan de verpleegkundigen met een lage mate van gebruik. Maar zelfs bij een hoge mate van gebruik is de eigen effectiviteit in het volgen van de vijf stappen nog laag. Dit komt ook naar voren als naar de afzonderlijke vijf stappen gekeken wordt: de eerste twee stappen worden nog wel redelijk gedaan, maar de laatste stappen een stuk minder. Zo wordt er dus vaak wel gevraagd naar het rookgedrag van de ouders en worden vaak de gezondheidsgevolgen van passief roken door kinderen besproken, maar het bespreken van huisregels voor het niet roken in het bijzijn van het kind en de barrières veel minder. Het terugkomen op het onderwerp bij een later moment wordt helemaal weinig gedaan. Dit zou een gevolg kunnen zijn van het feit dat in de handleiding aangegeven is dat het mogelijk is om het stappenplan op bepaalde momenten te verlaten om er op een volgend moment weer op terug komen: het eerste moment waarop de voorlichting verlaten kan worden is na de eerste twee stappen. De mondelinge voorlichting wordt over het algemeen tijdens het eerste contactmoment met de ouders – het huisbezoek - gegeven: voor het huisbezoek is meer tijd dan voor de contactmomenten op het CB. Het is heel goed mogelijk dat er bij een later moment niet meer op teruggekomen wordt omdat de verpleegkundigen dan afhankelijk zijn van de tijd die ze per kind hebben op het consultatiebureau. Dit wordt bevestigd doordat de verpleegkundigen met een lage mate van gebruik meer twijfelen over of het lukt om met behulp van het voorlichtingsmateriaal het onderwerp passief roken toch aan de orde te laten komen terwijl er weinig tijd is.

De training is belangrijk. Verpleegkundigen die getraind zijn in het gebruik van het voorlichtingsprogramma hebben een hogere mate van gebruik. Het is echter opvallend dat het wel of niet volgen van een training niet samenhangt met de ervaren eigen effectiviteit in het gebruik van het voorlichtingsprogramma (zie bijlage C). Dit was wel verwacht. Dit zou kunnen betekenen dat de training de eigen effectiviteit maar weinig heeft verbeterd. De hogere mate van gebruik door degenen die een training gehad hebben kan dus niet verklaard worden door een hogere eigen effectiviteit. Een mogelijke verklaring zou wel kunnen zijn dat de verpleegkundigen die een training gevolgd hebben of sowieso aan de training wilden meedoen, gemotiveerder zijn om iets met het meeroken door zuigelingen te doen, waardoor hun mate van gebruik hoger is.

Institutionalisering

Wat betreft de institutionalisering is de mate van gebruik van de verpleegkundige vooral geassocieerd met de mate waarin hij/zij vindt dat het geïnstitutionaliseerd is in het productiesysteem: dat wil zeggen de mate waarin er volgens de verpleegkundigen richtlijnen op papier gezet zijn over het gebruik van het programma, de mate waarin volgens hen afspraken gemaakt zijn over hoe het onderwerp in het dossier van het kind vastgelegd wordt, en de mate waarin het gebruik van het voorlichtingsprogramma geëvalueerd wordt. Vooral de afspraken over het dossier blijken van belang te zijn en volgens de helft van de verpleegkundigen zijn hier ook daadwerkelijk afspraken over gemaakt. De institutionalisering van formele evaluaties van de invoering en het gebruik van de voorlichting is wat dat betreft een stuk minder.

De mate van institutionalisering in de andere systemen (management, onderhoud en ondersteuning) heeft eigenlijk weinig invloed op de mate van gebruik van de verpleegkundigen. Één van de redenen voor dit resultaat is dat er tot nu toe weinig institutionalisering plaatsvindt in die systemen: zo wordt er eigenlijk geen geld of tijd voor het gebruik van het voorlichtingsprogramma uitgetrokken (ondersteuning) en worden nieuwe medewerkers slecht in beperkte mate ingewerkt in het voorlichtingsprogramma (onderhoud). Er is al wel vaker sprake van een coördinator, maar ook die is er slechts in één derde van de organisaties aanwezig (management). Deze resultaten komen overeen met de resultaten van Goodman e.a.. Zij geven aan dat gezondheidsprogramma's doorgaans eerst geïnstitutionaliseerd raken in het productie subsysteem en vervolgens in het management, daarna in het onderhoud en als laatste in het ondersteuning subsysteem.⁸ Dit wil dus zeggen dat er niet alleen aandacht aan de institutionalisering in het productie subsysteem besteed moet worden indien we de mate van gebruik dan wel de continuering van "Roken? Niet waar de kleine bij is" willen verbeteren, maar ook de andere subsystemen moeten meer aandacht krijgen.

Opvallend bij de institutionalisering is dat de OKZ-managers de mate van institutionalisering hoger inschatten dan de CB-medewerkers zelf. Dit verschijnsel is niet nieuw: ook uit andere onderzoeken komt naar voren dat er een discrepantie is tussen beleidsniveau en praktijk wat betreft de implementatie van een vernieuwing.³² Ook speelt de gepercipieerde institutionalisering van verpleegkundigen een belangrijk rol bij de mate van gebruik en de institutionalisering volgens de OKZ-manager niet (indien deze meegenomen wordt in de analyses in plaats van institutionalisatie volgens de verpleegkundigen). Dit zou er voor pleiten dat er bij de invoering van programma's meer aandacht komt voor de institutionalisatie volgens de gebruikers zelf. Deze discrepantie zou namelijk kunnen betekenen dat er op beleidsniveau meer gedaan wordt aan institutionalisering dan op de werkvloer wordt waargenomen. OKZ-managers zouden in zo'n geval meer aandacht moeten besteden aan het promoten onder hun werknemers van hun activiteiten op het gebied van institutionalisering.

5.2.3 *Beperkingen van het onderzoek*

De respons onder de medewerkers zelf is 51%. Het is hierbij echter wel belangrijk om aan te geven dat een groot gedeelte van de thuiszorgorganisaties wel meegedaan hebben: de respondenten kwamen namelijk uit 82% van de aangeschreven organisaties. Echter in elke thuiszorgorganisatie hebben niet de gevraagde aantallen verpleegkundigen en artsen de vragenlijst teruggestuurd. Hierdoor heeft er een selectie op kunnen treden. Vooral de gebruikers kunnen de vragenlijst teruggestuurd hebben waardoor het percentage gebruikers in werkelijkheid lager zal zijn dan het gevonden percentage in dit onderzoek (69%). De non-respons lag iets hoger onder de artsen dan de verpleegkundigen. Dit zou verklaard kunnen worden doordat artsen blijkbaar toch minder het voorlichtingsprogramma gebruiken dan verpleegkundigen, zoals ook uit de analyses komt, en wat er toe geleid kan hebben dat ze minder gemotiveerd waren om de vragenlijst in te vullen. Er moet ook opgemerkt worden dat de groep deelnemende artsen, die het voorlichtingsprogramma gebruikte, klein was. Dit kan van invloed geweest zijn op de gevonden resultaten. Dat er weinig variabelen significant correleren met de mate van gebruik van artsen kan hiermee te maken hebben.

Aangezien het een vragenlijstonderzoek is het mogelijk dat er informatiebias heeft plaatsgevonden. Het kan bijvoorbeeld zijn dat respondenten hun gebruik positiever hebben weergegeven dan het in werkelijkheid is. Door het een anonieme vragenlijst te maken hebben we deze bias proberen te voorkomen.

Al hoewel het niet ons doel was om de validiteit van het gebruikte model te bekijken, blijft een vraag of het gebruikte theoretisch kader voldoende geschikt is om de

continuering te meten. Het model verklaart 31% van de mate van gebruik van de verpleegkundigen. Deze verklaarde variantie verhoudt zich met wat gevonden is in andere onderzoeken naar determinanten van invoering van vernieuwingen. Het geeft echter ook aan dat een gedeelte nog niet voorspelt is: er zou verder onderzoek gedaan moeten worden naar welke factoren nog meer de continuering van voorlichtingsprogramma's kan beïnvloeden. Tevens is er voor gekozen om voor de institutionalisatie uiteindelijk alleen de data van de CB-medewerkers te gebruiken en niet de data van de OKZ-managers. Wie van beide groepen uiteindelijk de waarheid spreekt over de institutionalisatie binnen een organisatie blijft onduidelijk, want ook de institutionalisatie van de OKZ-manager is een perceptie van de werkelijkheid. Wel heeft dit onderzoek aangetoond dat de gepercipieerde institutionalisering door de verpleegkundigen een belangrijkere rol speelt bij de mate van gebruik van het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is" dan de institutionalisatie volgens de managers.

5.3 Aanbevelingen

Er zal meer aandacht moeten komen voor eigen effectiviteit en met name de bekwaamheid van verpleegkundigen om alle vijf stappen van het stappenplan te volgen. De verpleegkundigen leggen vooral vast wat het rookgedrag is van de ouders en bespreken kort de gezondheidsproblemen, maar huisregels en barrières worden veel minder besproken. Dit is wellicht deels gerelateerd aan het in staat zijn om bij weinig tijd het voorlichtingsprogramma te doorlopen. In een training zou hier meer aandacht aan besteed moeten worden.

Een training is wel belangrijk, maar de training zoals die tot nu toe gegeven is, heeft eigenlijk weinig effect gehad op de ervaren eigen effectiviteit van de verpleegkundigen om het voorlichtingsprogramma in bepaalde settings aanbod te laten komen. Vooral, zoals reeds hierboven beschreven, is de ervaren effectiviteit in het volgen van de vijf stappen laag. Vooral het bespreken van huisregels/barrières en ook er op een later moment op terugkomen zou beter naar voren moeten komen tijdens de training. Wellicht dat het bij het er op terugkomen zou kunnen helpen om duidelijker in de handleiding – of indien mogelijk in het dossier van het kind - aan te geven wanneer dit ongeveer moet gebeuren.

Meer aandacht voor de taakopvattingen. Bij de artsen moet nagedacht worden of het sowieso als hun taak gezien moet worden om standaard voorlichting te geven over passief roken. Indien dit het geval is, zal er in de handleiding bij het voorlichtingsprogramma wat veranderd moeten worden.

Verder promoten van institutionalisering op productieniveau. Zo is de mate waarin het gebruik binnen een organisatie formeel geëvalueerd wordt nog niet zo hoog. Wellicht dat er instrumenten ontwikkeld kunnen worden waardoor het makkelijker wordt om regelmatig te evalueren. Daarnaast is het ook belangrijk de aandacht voor de institutionalisatie in de andere niveau's te verhogen. Zo is de institutionalisering in het onderhoud systeem nog maar minimaal: er zijn nog maar weinig richtlijnen voor het inwerken van nieuwe medewerkers. Door wisselingen in personeel binnen een organisatie verandert het gebruik doordat deze nieuwe medewerkers niet ingewerkt worden in het gebruik van het voorlichtingsprogramma. Tevens zou een verbetering hierbij zijn om het voorlichtingsprogramma standaard in de opleiding van OKZ-verpleegkundige te introduceren. Er zou nagegaan moeten worden in hoeverre er aandacht aan besteed wordt in de opleiding.

Uit het onderzoek blijkt dat er een discrepantie is tussen de waargenomen institutionalisatie door CB-medewerkers en door de OKZ-managers. De institutionalisatie volgens de OKZ-managers blijkt bovendien niet van belang voor de mate van gebruik van de CB-medewerkers en de institutionalisatie volgens de medewerkers zelf wel. Dit gegeven leidt tot de aanbeveling dat er nagegaan moet worden hoe de verschillende onderdelen van de institutionalisatie van het voorlichtingsprogramma “Roken? Niet waar de kleine bij is” gecommuniceerd worden naar de werkvloer en hoe deze communicatie tussen management en werkvloer verbeterd kan worden zodat de discrepantie tussen beleid en praktijk kleiner wordt.

6 Referenties

- 1 Crone MR, Burgmeijer RJF, Hira Sing RA Meeroken door zuigelingen. Determinanten onderzoek en effectevaluatie van een systematische voorlichting. 1999, TNO-rapport.
- 2 Stivoro. Hoe verloopt het project "Roken? Niet waar de kleine bij is". 1999.
- 3 van Hagen EE, van Wouwe JP, van Buuren S, Burgmeijer RJF, Hira Sing RA, and de Jonge GA. Peiling veilig slapen 1999. TNO-rapport.
- 4 Crone MR, Hirasing RA, Burgmeijer RJF. Prevalence of passive smoking in infancy in the Netherlands. *Patient Education and Counseling* 2000;**39**:149-153.
- 5 Rogers EM. *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press, 1995;
- 6 Wiefferink CH, Drukkers van Emden DM. Institutionaliseren van zorgvernieuwingsprojecten: Hoe vergaat het zorgvernieuwingen op lange termijn? *Medische Contact* 1996;**51**:644-646.
- 7 Mesters I. Implementatie van een voorlichtingsprotocol in de eerste lijn. In: Damoiseaux V, van der Molen HT, Kok GJ, eds. *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*. van Gorcum, Assen, 1993;437-448.
- 8 Goodman RM, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH. Development of level of institutionalization scales for health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1993;**20**:161-178.
- 9 Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research* 1998;**13**:87-108.
- 10 Thompson B, Winner C. Durability of community programs. Definitions, empirical studies and strategic planning. In: Bracht N, ed. *Health promotion at the community level*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, 1999;137-154.
- 11 Renaud L, Chevalier S, O'Loughlin J. L'institutionnalisation des programmes communautaires: revue des modèles théoriques et proposition d'un modèle. *Canadian Journal of Public Health* 1997;**88**:109-113.
- 12 Hall GE, Loucks SF. Levels of use of the innovation: a framework for analyzing innovation adoption. *Educational Review* 1978;**26**:48-56.
- 13 Grol R. Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;**315**:418-421.
- 14 Boonstra, J. J. Integrale organisatieontwikkeling: vormgeven aan fundamenteel veranderingsprocessen in organisaties. 1992. Rijksuniversiteit Leiden.
- 15 Logan J, Graham D. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication* 1998;**20**:227-246.
- 16 Fiore, C. Slaag- en faalfactoren van organisatieverandering. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, 1995.
- 17 Janssen Andeweg, C. De Organizational Culture Inventory, een vergelijkende studie: Een onderzoek naar de veranderkundige bruikbaarheid van de Organizational Culture Inventory. Doctoraal scriptie Rijksuniversiteit Leiden, 1994.
- 18 Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. *CMAJ* 1995;**153**:1233-1237.
- 19 Basinski AS. Evaluation of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1995;**153**:1575-1581.
- 20 Funk SG, Tornquist EM, Champagne MT. Barriers and facilitators of research utilization. An integrative review. *Nurs Clin North Am* 1995;**30**:395-407.

- 21 Lewis LK, Seibold DR. Communication during intraorganizational innovation adoption: predicting users' behavioral coping responses to innovation in organizations. *Communication Monographs* 1996;**63**:131-157.
- 22 Conroy M, Shannon W. Clinical guidelines: their implementation in general practice. *Br J Gen Pract* 1995;**45**:371-375.
- 23 Brown M. Communication, trust and organizational change at a manufacturing facility: a critical incident technique analysis (Logan Aluminium Inc.). *Dissertation Abstracts International* 1999;**69**:2598-2598.
- 24 Steensma H. *trends in organisatieverandering. Utrecht: Lemma BV., 1999.* Utrecht: Lemma BV., 1999.
- 25 de Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. *Health Education Research* 1988;**3**:273-282.
- 26 Paulussen, T. G. W. M. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch Secondary schools. Proefschrift Universiteit Maastricht, 1994.
- 27 Doyle W, Ponder GA. The practicality ethic in teacher decision making. *Interchange* 1977;**8**:1-12.
- 28 Crandall DP. Implementation aspects of dissemination. Knowledge: creation, diffusion, utilization 1989; 11:79-106. *Knowledge: creation, diffusion, utilization* 1989;79-106.
- 29 Grol RTPW, Everdingen JJE, Casparie AF. *Invoering van richtlijnen en veranderingen -Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.* Utrecht: De Tijdstroom, 1994.
- 30 Cousins JB, Leithwood KA. Enhancing knowledge utilization as a strategy for school improvement. Knowledge: creation, diffusion, utilization 1993; 14:305-33. *Knowledge: creation, diffusion, utilization* 1993;**14**:305-333.
- 31 Steckler AB, Goodman RM, McLeroy KR, Davis S, Koch G. Measuring the diffusion of innovative health promotion programs. *American Journal of Health Promotion* 1992;**6**:214-224.
- 32 Pijpers F.I.M. Schoolgezondheidsbeleid in het basisonderwijs. 1999. Rijksuniversiteit Leiden.

A De vragenlijst voor OKZ-verpleegkundigen en CB-artsen

B De vragenlijst voor de OKZ-managers

C **Correlaties**