

# GAANDEWEG

WERKEN AAN DE EFFECTIVITEIT

VAN DE JEUGDZORG

Rede

in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar *Onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg* vanwege de stichting Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht

op dinsdag 16 september 2003

door

Tom van Yperen

Universiteit Utrecht

NIZW

©2003 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW  
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of open-  
baar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op  
enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

**Auteur** T.A. van Yperen

**Vormgeving** Zeno

**Drukwerk** PlantijnCasparie Heerhugowaard

**ISBN** 978-90-5957-238-6

**NIZW-bestelnummer** E 23115

Deze publicatie kunt u downloaden via onze website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij

Kinder- en Jeugdstudies

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Postbus 80140

3508 TC Utrecht

Telefoon (030) 253 46 12

E-mail [t.vanyperen@fss.uu.nl](mailto:t.vanyperen@fss.uu.nl)

of

Kenniscentrum Jeugd en Opvoeding

Nederlands Jeugdinstituut / Nji

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

E-mail [t.vanyperen@nji.nl](mailto:t.vanyperen@nji.nl)

# Mijnheer de Rector Magnificus,

## Dames en heren<sup>1</sup>

Is de aanpak van de jeugdzorg effectief? Dat is een vraag die velen bezighoudt. Via de media zal de burger geen fraaie indruk van de jeugdzorg krijgen. Incidenten waarbij problemen van gezinnen, ondanks de betrokkenheid van verschillende instanties, uit de hand lopen, zoals bij het bekende voorval in Roermond (zie Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming, 2002), scheppen een beeld van een sector die disfunctioneert. Journalisten stuiten op rapporten waarin staat dat veel interventiemethoden ter bestrijding van de jeugdcriminaliteit nog maar weinig op effectiviteit zijn onderzocht (zie bijvoorbeeld het televisieprogramma *Netwerk*, 26 november 2002).

5

Presteert de jeugdzorg nu echt zo slecht? Als men met de nodige afstand naar de sector kijkt – los van specifieke incidenten of journalistieke items – lijkt het beeld minder negatief. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt over het algemeen dat de jeugdzorg een positief effect heeft op problemen van jeugdigen. Maar diezelfde literatuur laat ook zien dat de effectiviteit

<sup>1</sup> Met hartelijke dank aan Kees Bakker, Peter van Lieshout en Micha de Winter voor hun commentaar op een eerdere versie van deze tekst. In deze publicatie wordt geregeld gesproken over 'cliënt', 'jeugdige', 'hulpverlener' en dergelijke. Voor het gemak wordt vaak in de hij-vorm naar deze personen verwezen. Bedoeld wordt dan hij/zij. Waar het woord 'cliënt' wordt gebruikt, kan 'cliënt-systeem' worden gelezen. Onder 'jeugdigen' worden kinderen en jongeren verstaan van 0 tot 18 jaar.

van de sector voor verbetering vatbaar is. Onderzoekers en beleidsmakers bemoeien zich veel met de uitvoeringspraktijk om de nodige verbeteringen door te voeren. Maar echt soepel loopt dat niet. Vaak horen we dat er de nodige kloven tussen onderzoek, beleid en praktijk bestaan. Dat leidt er onder meer toe dat verbeteringen die beleidsmakers en onderzoekers voor ogen hebben in de praktijk maar moeizaam totstandkomen.

6 In de pedagogiek ontwikkelt zich de laatste jaren een vakgebied, aangeduid met Onderzoek en Ontwikkeling (O&O) of Research and Development (R&D)<sup>2</sup>, dat is gespecialiseerd in de verbetering van de praktijk via een samenspel van praktijkontwikkeling, onderzoek en beleid. Dit vakgebied kan een belangrijke functie vervullen bij de verhoging van de effectiviteit van de jeugdzorg.

In mijn betoog wil ik drie onderwerpen aan de orde stellen. In de eerste plaats wil ik verder ingaan op de stand van zaken ten aanzien van de effectiviteit van de jeugdzorg. Daarna wil ik een nadere schets bieden van wat het vakgebied O&O inhoudt. Ten derde stel ik vanuit het O&O-perspectief aan de orde wat een goede aanpak lijkt te zijn om de praktijk te helpen de effectiviteit van de jeugdzorg te vergroten. Ik zal daarbij de onderwerpen bespreken die volgens mij de komende tijd veel aandacht verdienen.

<sup>2</sup> In het werkveld wordt meer gesproken over O&O dan over R&D. Ik prefereer daarom de aanduiding O&O, maar wijs erop dat deze afkorting niet alleen Onderzoek & Ontwikkeling betekent, maar ook Opvoedingsondersteuning & Ontwikkelingsstimulering. O&O in de laatstgenoemde betekenis valt buiten het bestek van mijn betoog.

# 1 Effectiviteit van de jeugdzorg: stand van zaken

## *Jeugdzorg helpt, maar...*

7

In de laatste decennia is er in de onderzoeksliteratuur een sterke groei in de aandacht voor de effectiviteit van de jeugdzorg. Het beeld dat uit die literatuur naar voren komt, laat zien dat de jeugdzorg een aanwijsbare en zinvolle bijdrage kan leveren aan de oplossing van opgroei- en opvoedingsproblemen van jeugdigen en opvoeders (zie onder andere Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003; Bu & Mrazek, 1999; Cottrell & Boston, 2002; Bartels, Schuurisma & Slot, 2001; Konijn, 2003; Weisz & Jensen, 2001). Maar de literatuur laat ook zien dat het beeld niet onverdeeld positief is. Een niet gering aantal cliënten en hulpverleners blijkt voortijdig de behandeling te staken. In bronnen kunnen de genoemde uitvalpercentages oplopen tot wel dertig tot veertig procent (zie bijvoorbeeld Van der Ploeg & Scholte, 2003; Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). Ook laten onderzoeken zien dat er nog een behoorlijk percentage cliënten is dat er niet duidelijk op vooruitgaat. Afhankelijk van wat men onder 'vooruitgaan' verstaat en wie dat beoordeelt, worden in studies percentages gemeld van tussen de grofweg tien tot tachtig procent van de cliënten dat niet verbetert (zie bijvoorbeeld Slot, Theunissen e.a., 2002; Van der Ploeg & Scholte, 2003; Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003; Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). Dat geeft te denken.

Kijken we naar de tevredenheid van de cliënten, dan zien we het volgende. Bekend is het fenomeen dat cliënten doorgaans best tevreden zijn over de hulp (Lemmens & Donker, 1990). Interessant is nu dat recente Nederlandse studies in met name de ambulante zorg laten zien dat die tevredenheid vooral de bejegening lijkt te betreffen. Als specifiek wordt gevraagd naar de tevredenheid over de resultaten van de hulp, dan lijken cliënten daarover doorgaans wat minder tevreden te zijn (Bransen, Van Wijngaarden & Kok, 2003; Konijn & Stoll, 2003; Konijn, Van de Wiggert & Vermande, 1997). Kort gezegd, cliënten vinden de hulpverleners over het algemeen wel aardig, maar de resultaten van de hulp voldoen kennelijk minder aan de verwachtingen.

Wat die verwachtingen precies zijn, blijft buiten het zicht door het gebrek aan studies naar de doelen die de cliënten en de hulpverleners stellen. In Nederland is het in de jeugdhulpverlening sinds 1990 verplicht om de hulp te laten leiden door doelen die in hulpverleningsplannen zijn geëxpliciteerd (*Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening*, 1990). Effectstudies zijn tot op heden echter hoofdzakelijk gericht op de vraag of problemen van jeugdigen en opvoeders minder worden, of dat de cliënten op aspecten beter zijn gaan functioneren, en veel minder op de vraag of daarmee ook de doelen van de hulp zijn gerealiseerd.<sup>3</sup> Meer zicht op die doelrealisatie is van groot belang. Bijvoorbeeld, zojuist noemde ik dat grofweg tien tot tachtig procent van de cliënten er in de jeugdzorg niet op vooruitgaat. De vraag is: was vooruitgang bij die cliënten dan ook altijd de bedoeling? Is het niet een illusie te denken dat we problemen van cliënten altijd kunnen en moeten oplossen? Een treffende illustratie hiervan komen we tegen in het onderzoek van Slot, Theunissen e.a. (2002). Zij constateren dat bij onder toezicht gestelde jeugdigen (OTS'ers) in 71 procent van de gevallen geen verbetering optrad: bij 33 procent bleek er

3 Interessante voorbeelden van studies waarin doelrealisatie wel is bestudeerd, vindt men bij Boon en Colijn (2001), Kruissink en Verwers (2002), Kloosterman en Veerman (1999) en Veerman (2002).

sprake van een verslechtering en bij 38 procent bleef de situatie gelijk. De onderzoekers tekenen bij het laatstgenoemde 38 procent aan dat er bij OTS jeugdigen zijn waar het niet goed en niet slecht mee gaat, maar waarvoor de OTS een soort beschermend vangnet moet bieden. Anders gezegd, de OTS heeft hier primair tot doel achteruitgang te voorkomen. Blijft de situatie in deze gevallen gelijk, dan is dat mooi. Alleen met dit soort informatie is erachter te komen of de jeugdzorg nu wel of niet goed werk levert en of een hulpvorm doeltreffend is of niet.

### ***Een sector met vele interventievormen***

Een probleem bij een algemene schets van de effectiviteit van de jeugdzorg, of die nu door de media wordt geboden of door onderzoekers, is dat dit beeld niet representatief hoeft te zijn voor alle hulpvormen die er in de sector bestaan. De jeugdzorg bestaat uit een scala van interventies: individuele therapie, gezinsinterventies, ouderbegeleiding, residentiële behandeling, dagbehandeling, pleegzorg, begeleide kamerbewoning van jeugdigen et cetera. Studies laten zien dat binnen de genoemde categorieën er vele varianten te onderscheiden zijn. Loeffen, Van Butselaar en Ooms (2001) troffen bijvoorbeeld in een inventarisatie van intensieve pedagogische thuishulpvormen 56 verschillende varianten aan. Een dergelijke waaier van interventies is niet ongebruikelijk in de sector. Voor elk wat wils, zou men kunnen zeggen. Beenackers (2002) gaat nog verder en stelt dat het onderscheid in al die methodieken vooral een papieren kwestie is. In de praktijk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg is er volgens hem zelfs nauwelijks sprake van methodisch werken en bestaat het handelen van de hulpverlener vooral uit improvisatie in de behandelkamer. Onderzoek in de jeugdreclassering wijst in diezelfde richting: ook hier blijkt dat de aanpak van de hulpverlener per medewerker sterk kan verschillen (Kruissink & Verwers, 2002). Of dit voor de hele jeugdzorgsector zo opgaat, weten we niet. Dit alles maakt het lastig om de effectiviteit van de sector in een paar woorden te typeren. ‘De jeugdzorg’ is feitelijk een verzamelnaam voor zeer uiteenlopende praktijken. De effectiviteit van die praktijken kan net zo uiteenlopend zijn.

## **Algemeen en specifiek werkzame factoren**

De literatuur geeft aanwijzingen dat er in het scala van interventies grofweg twee soorten werkzame factoren zijn te onderscheiden: algemeen en specifiek werkzame factoren. Bij *algemeen werkzame factoren* gaat het om ingrediënten van de hulp die de kans op effect bij welke doelgroep of hulpvorm dan ook vergroten. Hoe beter bijvoorbeeld de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener, hoe groter de kans op een succesvol verloop van de hulp. Hetzelfde geldt voor een motiveerende aanpak van de hulpverlener, goede afspraken tussen de cliënt en de hulpverlener (wat is het centraal staande probleem, wat is het doel van de hulp en wat is de beste werkwijze), een goede structurering van de interventie (zijn er heldere doelen en is er een duidelijke en gefaseerde aanpak), een goede opleiding en training van de hulpverlener en goede werkomstandigheden (veiligheid, draaglijke caseload, goede ondersteuning). In de literatuur zijn indicaties te vinden dat deze factoren van grote betekenis zijn voor het resultaat van de hulp (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Lambert & Bergin, 1994; Luborsky, Rosenthal e.a., 2002; Van der Steege, 2003). Daarom noemde ik deze factoren eerder de basisingrediënten van goed hulpverleners (Van Yperen, 2003a). Sommige auteurs stellen zelfs dat de effecten van de algemeen werkzame factoren zo groot zijn, dat het er niet zo veel toe doet wat voor interventie er wordt toegepast (Luborsky, Rosenthal e.a., 2002). Als dat klopt, dan is de moraal: welke hulpvorm er ook wordt ingezet, als men zorgt dat veel van de algemeen werkzame factoren in de interventie zijn ingebouwd, dan is een groot deel van het succes van de hulp verzekerd.

*Specifiek werkzame factoren* zijn die ingrediënten in een hulpvorm die – buiten de algemeen werkzame factoren – een bijdrage aan het effect leveren. Het gaat hier om de kenmerken van een hulpvorm die maken dat de effectiviteit bij de ene groep cliënten hoger is dan bij de andere. Medicatie werkt bijvoorbeeld bij het ene probleem wel en bij het andere niet. Het beeld van de specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg is



nog zeer gebrekkig. Er zijn weinig studies gedaan naar de vraag welke interventies het beste werken bij welke groepen en welke factoren daarvoor verantwoordelijk zijn. Het inzicht op dit terrein lijkt te groeien (zie bijvoorbeeld Hermanns, 2002; Konijn, 2003; Van der Laan, 2001 en 2002), maar de stand van onderzoek is hier nog erg mager. Men kan zich natuurlijk afvragen of onderzoek naar de werkzaamheid van allerlei specifieke interventies wel zo belangrijk is als blijkt dat de algemeen werkzame factoren zo'n groot aandeel in de effectiviteit van de interventies hebben. Er zijn echter drie redenen waarom het relevant is om aandacht te besteden aan de specifiek werkzame factoren. In de eerste plaats is de kennis over de betekenis van de algemeen werkzame factoren voornamelijk afkomstig van onderzoek naar de effecten van interventies bij volwassenen. Wellicht is de betekenis van de specifieke factoren voor de jeugdzorg groter, vanwege de bijzondere kenmerken van de cliëntsystemen (opvoeders én jeugdigen van uiteenlopende leeftijd). Ten tweede wordt ons beeld over wat we weten over de effecten van jeugdzorg mogelijk vertekend door een oververtegenwoordiging van onderzoek bij bepaalde probleemgroepen en interventies. Over een aantal interventies weten we veel, zoals de cognitieve gedragstherapie, de intensieve opvoedingsondersteuning en de residentiële hulp. Maar over veel andere hulpvormen weten we betrekkelijk weinig tot helemaal niets (voor een beknopt overzicht zie Van Yperen, 2003a). De kennis over de effectiviteit van al deze verschillende interventies is wat dat aangaat te vergelijken met een gatenkaas. Mogelijk verandert het beeld dat we hebben over de betekenisverhouding van de algemene en de specifieke factoren als we meer weten over de effectiviteit van uiteenlopende methodieken. En in de derde plaats: er zijn studies die laten zien dat de betekenis van de specifiek werkzame ingrediënten niet onderschat moet worden. Zo blijken groepsbehandelingen vaak niet goed of zelfs averechts te werken als de deelnemers aan de groep uitsluitend bestaan uit jeugdigen met ernstige gedragsproblemen (Bartels, Schuurisma & Slot, 2001).

Kortom, er zijn aanwijzingen dat de algemeen werkzame factoren heel belangrijk zijn. Maar de stand van onderzoek in de jeugdzorg is op dit terrein gebrekkig. Hoe dan ook is het zaak om de specifiek werkzame factoren niet als bijzaak te beschouwen. Kennis over deze factoren is belangrijk om het beeld over de algemeen werkzame factoren aan te scherpen en om valkuilen bij interventies voor bepaalde doelgroepen te vermijden.

***Samenvatting: Kennis als een gatenkaas***

12

Samenvattend kunnen we de kennis over de effectiviteit van de jeugdzorg als volgt typeren. Het groeiende kennisbestand laat zien dat jeugdzorg er over het algemeen toe doet, maar dat er ook het nodige verbeterd kan worden, gezien de uitval uit de hulpverlening, de resultaten uit onderzoek naar cliënttevredenheid en het gebrekkige zicht op de vraag of de doelen in de hulp worden bereikt. Er zijn aanwijzingen dat algemeen werkzame factoren in de interventies veel effect kunnen sorteren. Maar de jeugdzorg bestaat uit vele interventievormen. De kennis over de effectiviteit daarvan is te kenmerken als een gatenkaas: het is onduidelijk wat de waarde van veel van die interventies is.

## 2 Verbetering van de jeugdzorg: uitgangspunten van O&O

### *Wat is O&O?*

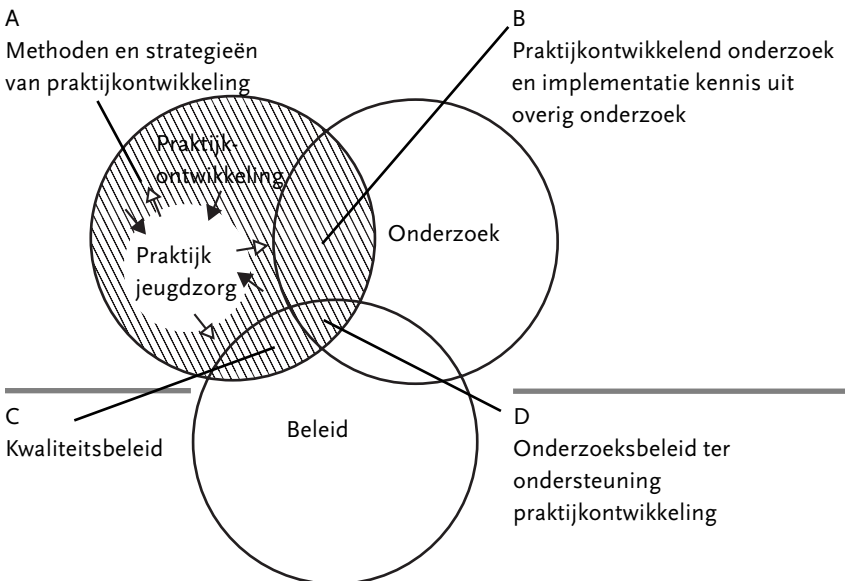
Zoals ik in mijn inleiding stelde, kan O&O (Onderzoek en Ontwikkeling) als vakgebied een belangrijke functie vervullen in de verbetering van de effectiviteit van de sector. Dit vakgebied is ontstaan als een soort reactie op de slechte ervaringen die er vaak zijn opgedaan bij pogingen om de praktijk van de professionele hulp- en dienstverlening te verbeteren. Vaak leverden dat soort pogingen weinig op. Al te gemakkelijk werd dat geweten aan de eigenwijze professionals die zich weinig aantrekken van groeiend wetenschappelijk inzicht of goed bedoeld beleid. Er werd weinig kritisch gekeken naar de wijze waarop onderzoekers en beleidsmakers de praktijk willen veranderen. O&O is gespecialiseerd in de theorievorming over welke methoden en strategieën van praktijkverbetering het beste zijn, in onderzoek naar de bruikbaarheid van deze methoden en strategieën en in de concrete toepassing daarvan. Anders gezegd: centraal staat de vraag hoe de werkwijze van de professionele dienstverlener en de dienstverlenende organisatie zo is te beïnvloeden dat deze op de gewenste manier verloopt en voor de klant de gewenste opbrengst heeft. Dit O&O-vraagstuk treffen we in de literatuur veel aan, zij het soms onder andere noemers, zoals 'implementatie' (bijvoorbeeld Grol & Wensing, 2001a), 'evaluatie' (Patton, 1997), 'innovatie' (Bijl, 1996), 'kwaliteitszorg' (Van Zoest, 2002) en 'programma-evaluatie' (Boekholt, 1995). Functionarissen die zich met dit werk bezig houden zijn bijvoorbeeld methodiekontwikkelaars, kwaliteitsmanagers,

praktijkonderzoekers, trainers en praktijkadviseurs. Binnen de pedagogiek en de jeugdzorg is dit vakgebied een vrij nieuwe tak van sport. Van oudsher hielden universiteiten en publieke en commerciële ondersteuningsorganisaties zich min of meer met dit onderwerp bezig. Door fusies van jeugdzorginstellingen zijn de laatste jaren grote organisaties ontstaan, die eigen O&O-afdelingen oprichten. Samen met de universitaire, publieke en commerciële O&O-organisaties vertegenwoordigen zij een belangrijk, groeiend aandachtsgebied binnen de sector.

14

De focus van de leerstoel die ik bezet, is gericht op de (verdere) ontwikkeling van de effectiviteit van de hulpverlening in de jeugdzorg. O&O houdt zich dan vooral bezig met de vraag met welke methoden en strategieën van praktijkontwikkeling die effectiviteit transparant te maken is en – waar nodig – te verhogen is. Figuur 1 toont de aandachtsgebieden die voor het O&O-werk bij dit soort vraagstukken typerend zijn. In de volgende paragrafen licht ik de verschillende onderdelen van de figuur kort toe. In het vervolg van mijn betoog kom ik op de onderdelen uitgebreider terug.

**Figuur 1. Voor O&O typerende aandachtsgebieden**



### **De kern van O&O: ontwikkeling van de praktijk**

Het belangrijkste object van O&O in de jeugdzorg is de ontwikkeling van de praktijk van het hulpverleningsproces. Die praktijk (de kleine cirkel in figuur 1) ontwikkelt zich voortdurend: ervaring van hulpverleners resulteert in een nieuwe methodiek, hulpverleners uit verschillende disciplines zoeken elkaar op en gaan samenwerken, succespraktijken uit het buitenland vinden in de sector ingang. Dit wordt hier kortweg *praktijkontwikkeling* genoemd (de gearceerde cirkel in figuur 1). De veronderstelling is dat hulpverleners vele regels hanteren die hen in staat stellen om nieuwe kennis en ideeën om te zetten in handelen. Een deel van deze regels is impliciet, persoonlijk en ongeschreven. Andere regels zijn expliciet geformuleerd, door groepen als belangrijk aangemerkt en op schrift gesteld. Ik noem deze expliciete en geschreven regels hier gemakshalve ‘voorschriften’ (zie ook Beenackers, 2002). Deze zijn vaak vastgelegd in protocollen, richtlijnen, methodiekbeschrijvingen en kwaliteitseisen.<sup>4</sup>

15

De praktijkontwikkeling kan spontaan plaatsvinden, maar is ook met methoden en strategieën doelbewust te sturen. Voor de methodiekontwikkelaars, kwaliteitsmanagers, praktijkonderzoekers, trainers en praktijkadviseurs zijn deze methoden en strategieën belangrijke gereedschappen om een gewenste verbetering in de jeugdzorg tot stand te brengen. O&O zoekt naar de beste methoden en strategieën om de praktijkontwikkeling succesvol te laten verlopen (zie vak A). Het invoeren

4 Een protocol bevat stellige en veelal gedetailleerde aanwijzingen over de handelswijze bij een omschreven doelgroep, met de bedoeling het handelen van de hulpverlener sterk te sturen; een richtlijn is een op schrift gestelde aanbevolen handelswijze bedoeld om hulpverleners en cliënten te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg bij concrete problemen; een methodiekbeschrijving is een schriftelijke neerslag van een handelswijze volgens een bepaald systeem, dat maakt dat de handelswijze voorspelbaar wordt (Beenackers, 2002; Franx, Eland & Verburg, 2002; Gezondheidsraad, 2000; Van der Ploeg, 1996). De aanduiding van deze expliciete en geschreven regels als ‘voorschriften’ impliceert niet dat al deze regels ook verplicht zijn om opgevolgd te worden. Vaak zijn ze bedoeld als ondersteuning.

van voorschriften is daarbij een mogelijkheid, maar ook andere wegen krijgen aandacht. Het idee daarbij is dat de methoden en strategieën in ieder geval goed moeten passen bij een tweerichtingsverkeer waarin de praktijkontwikkeling zich voltrekt (zie onder andere Van Strien, 1984; Spierts, 2000).

- De ene richting wordt bepaald door invloeden ‘van buitenaf’ (de dichte pijlen in figuur 1). De hulpverlener krijgt allerlei kennis, ideeën en voorschriften aangereikt die het primaire proces effectiever moeten laten verlopen. Een zeer kenmerkende vraag die voor O&O hier speelt is hoe je met zo veel mogelijk succes deze kennis, visies en voorschriften implementeert om de effectiviteit van het primaire proces te verbeteren.
- De tweede richting bestaat uit invloeden ‘van binnenuit’ (de open pijlen in de figuur). De professionele hulpverlener doet in de praktijk ervaringskennis op die een belangrijke bron van verdere ontwikkeling van de praktijk vormt. Veel van deze kennis bevindt zich ‘stilzwijgend’ in het hoofd van de hulpverleners (de zogeheten ‘tacit knowledge’ – Weggeman, 2001). O&O houdt zich hier bezig met vragen als: wat zijn goede manieren om de kennis en ervaring van hulpverleners te expliciteren? Hoe maak je deze geëxpliciteerde kennis en ervaring vervolgens verder nuttig in de praktijkontwikkeling?

In O&O wordt verondersteld dat in de praktijkontwikkeling de invloeden ‘van buitenaf’ en ‘van binnenuit’ met elkaar interacteren. De hulpverlener neemt invloeden ‘van buitenaf’ op, past deze op een creatieve manier toe in de praktijk, en produceert daarmee weer nieuwe kennis, ideeën en regels. Door het ‘van binnenuit’ expliciteren van deze kennis, ideeën en regels worden deze algemener toegankelijk en kunnen ze aan anderen weer ‘van buitenaf’ worden aangereikt, die daar vervolgens weer creatief mee omgaan, et cetera. Praktijkontwikkeling is in deze zin een proces waarin hulpverleners niet alleen input ‘van buitenaf’ consumeren, maar ook input ‘van binnenuit’ produceren.

### ***Praktijkontwikkeling en onderzoek zijn verbonden***

Een tweede uitgangspunt van O&O is dat praktijkontwikkeling en onderzoek voor O&O'ers onlosmakelijk zijn verbonden (vandaar O én O – zie ook de grote overlap van de twee bovenste cirkels in figuur 1). Grofweg gaat het om twee soorten onderzoek. De eerste ondersteunt de praktijk direct bij het tot stand brengen van een verbetering. Ik noem dat praktijkontwikkend onderzoek (zie vak B in figuur 1). Belangrijk kenmerk hiervan is dat praktijkproblemen erin centraal staan, dat het onderzoeksproces instrumenteel is in de praktijkontwikkeling en dat er een zwaar accent ligt op het gebruik van kennis, ervaring en ideeën 'van binnenuit'. Er vindt daarom een nauwe samenwerking plaats tussen onderzoekers en praktijkwerkers. De toegepaste methode past bij een cyclisch proces van verkenning van een probleem waar praktijkwerkers mee zitten, nadere beschrijving en analyse van het probleem, het plannen en uitvoeren van verbeteracties die de praktijkwerkers voorstellen en het evalueren van deze acties. Voorbeelden van dit soort onderzoek vindt men onder meer bij Patton (1997) en Verhoeven (2001). Het tweede type onderzoek betreft studies die niet direct aan verbetertrajecten in de praktijk zijn verbonden. Dit soort studies – dat meer het terrein is van de universitaire wetenschappers – vormt een belangrijke kennisbron 'van buitenaf' waaruit de praktijk inspiratie kan putten. Voorbeelden hiervan zijn onderzoek bedoeld om bestaande praktijken in kaart te brengen en laboratorium-achtig effectonderzoek dat wordt uitgevoerd om in nauwkeurig gecontroleerde situaties de werkzame factoren in interventies op het spoor te komen. O&O'ers besteden veel aandacht aan de vraag hoe kennis uit dit type onderzoek voor de praktijk toegankelijk is te maken, actief is te verspreiden en – waar relevant – in de praktijk is te implementeren. Voor de goede orde: voor O&O geldt dat beide typen onderzoek van groot belang zijn. De vragen die de twee typen voor O&O'ers oproepen zijn alleen verschillend. Voor praktijkontwikkend onderzoek is het voor O&O'ers vooral de vraag

hoe methoden zo direct en zo goed mogelijk ‘van binnenuit’ kunnen bijdragen aan de praktijkverbetering. Voor het andere type onderzoek gaat het primair om de vraag hoe de kennis ‘van buitenaf’ is te implementeren in de concrete praktijk. Ook de interactie tussen deze twee typen onderzoek vormt voor O&O een belangrijk thema. Hoe kan bijvoorbeeld in praktijkontwikkend onderzoek kennis ‘van buitenaf’ worden gebruikt om professionals te inspireren bij het zoeken naar oplossingen voor praktijkproblemen? Hoe kan de kennis en ervaring met effectieve hulpverlening in praktijkontwikkend onderzoek op een wetenschappelijk verantwoorde manier worden gedocumenteerd en worden doorgegeven?

### ***Relaties met beleid***

Typerend voor O&O is tevens dat dit vakgebied verbindingen heeft met beleid. Met beleid bedoel ik hier het strategisch, tactisch of operationeel beheersen en sturen van de jeugdzorg op landelijk, regionaal of instellingsniveau. O&O houdt zich niet bezig met beleidsvorming of beleidswetenschap in het algemeen. De bedoeling is wel dat O&O de beleidsvorming (gevraagd of ongevraagd) voorziet van ideeën en kennis over hoe de praktijkontwikkeling het beste is vorm te geven en welke rol het beleid daarin kan vervullen.

Vanuit de optiek van praktijkontwikkeling kan beleid zijn gevoed met een sterke invloed ‘van binnenuit’ of juist ‘van buitenaf’. Beleid met een sterke input ‘van binnenuit’ wordt gekenmerkt door een vergaande inbreng van kennis, ervaringen en ideeën van praktijkwerkers. Bij een beleid ‘van buitenaf’ is er sprake van bijvoorbeeld maatregelen die de politiek (dat wil zeggen de samenleving) wil treffen om het reilen en zeilen van de jeugdzorg te verbeteren. Veel beleid wordt in Nederland volgens het poldermodel gekenmerkt door een mengvorm, waarbij beleid ‘van buitenaf’ draagvlak heeft door input ‘van binnenuit’. In de jeugdzorg is de mengvorm niet zelden een probleem. Er zijn in deze sector zo veel actoren die hun inbreng hebben, met elk hun eigen ideeën, dat hier nauwelijks



gesproken kan worden van ‘*de* praktijk’ en ‘*het* beleid’.<sup>5</sup> Dat maakt de wisselwerking tussen praktijkontwikkeling en beleid vaak erg ingewikkeld. In deze complexe werkelijkheid vragen O&O’ers vooral voor twee beleidsthema’s de aandacht:

- kwaliteitsbeleid (vak C in figuur 1), waarbij overheden en bestuurders in instellingen allerlei maatregelen invoeren met de bedoeling de kwaliteit van de jeugdzorg te monitoren en – waar nodig – te verhogen en
- onderzoeksbeleid (vak D), waarbij verschillende partijen met elkaar afspraken maken over het onderzoek dat moet plaatsvinden om de praktijkontwikkeling en het kwaliteitsbeleid te ondersteunen.

19

Ik kom straks op deze thema’s uitgebreid terug.

### **Samenvatting**

Het vakgebied O&O houdt zich bezig met theorievorming, onderzoek en toepassing van de methoden en strategieën van praktijkverbetering. Met betrekking tot ons centrale onderwerp is daarbij de kernvraag: wat zijn de beste methoden en strategieën om de effectiviteit van de interventies in de praktijk van de jeugdzorg te verhogen? Typerend voor O&O is dat er van wordt uitgegaan dat de praktijkontwikkeling zich voltrekt door input ‘van buitenaf’ en ‘van binnenuit’. Onderzoek draagt aan die praktijkontwikkeling in belangrijke mate bij. O&O zoekt in dat verband naar manieren om het onderzoek een succesvol onderdeel te laten vormen van een verbeteringsproces ‘van binnenuit’, en naar manieren om kennis uit onderzoek ‘van

<sup>5</sup> We spreken hier niet alleen over verschillende zorgvormen (thuishulp, ambulante zorg, daghulp, dag-en-nacht-hulp, pleegzorg et cetera), maar ook over uiteenlopende instellingen (bijvoorbeeld Riagg, Bureau Jeugdzorg, jeugdhulpverleningsinstelling, justitiële instelling), beroepsgroepen en hun verenigingen (SPH’ers, maatschappelijk werkers, pedagogen, psychologen, kinder- en jeugdpsychiaters), deelsectoren (jeugd-GGZ, jeugdhulpverlening, jeugdbescherming), brancheorganisaties (GGZ-Nederland, Maatschappelijke Ondernemers Groep), financiers en overheden (zorgverzekeraars, gemeenten, provincies, ministerie van Justitie, ministerie van VWS).

buitenaf' op de praktijk te laten inwerken. Daarnaast wil O&O de beleidsvorming voeden met ideeën en kennis over hoe de praktijkontwikkeling het beste is vorm te geven en welke rol met name het kwaliteitsbeleid en het onderzoeksbeleid daarin kunnen vervullen.

### 3 Werken aan de effectiviteit: belangrijke kwesties voor O&O

#### ***Voorschriften of vrijheid?***

21

De druk die door beleidsmakers en onderzoekers ‘van buitenaf’ op de praktijk wordt uitgeoefend om de effectiviteit van de zorg te verbeteren is duidelijk aan het toenemen. De hulpverlening moet meer ‘evidence based’ worden: hulpverleners moeten zich meer laten leiden door expliciete kennis uit de praktijk en uit wetenschappelijke studies over wat blijkt te werken. Beleidsmakers in de jeugdzorg hebben de laatste jaren eisen op dit terrein aangescherpt. In het *Implementatieprogramma voor de Wet op de Jeugdzorg* (2001) staat de eis dat het beoogde effect van gehanteerde zorgeenheden (daar ‘modules’ genoemd) meetbaar moet zijn. Het ministerie van Justitie koerst erop aan uiteindelijk slechts programma’s te financieren die als effectief of veelbelovend zijn beoordeeld (Ministerie van Justitie, 2002 en 2003). Beroepsverenigingen formuleren ‘evidence based’ richtlijnen voor de behandeling van bepaalde probleemgroepen. Onderzoekers stimuleren vanuit dezelfde gedachtegang de zogeheten ‘manualized therapy’. Kenmerk van de laatstgenoemde aanpak is dat de methodiek van een effectief gebleken interventievorm, bijvoorbeeld *Families First* of de behandeling van disruptief gedrag, nauwkeurig wordt beschreven in een methodiekhandleiding. De hulpverleners worden er vervolgens op getraind om zo veel mogelijk volgens dat boekje te werken. Bij de landelijke verspreiding van zo’n interventievorm wordt erop gelet dat de methodiek in zijn geheel wordt ingevoerd en in praktijk wordt gebracht. Dit gebeurt vanuit de

idee dat als de interventies precies volgens de spelregels worden aangeboden, dit de gebleken effectiviteit van de interventies niet aantast (de zogeheten *treatment integrity*).

2.2

Met al deze bewegingen (wet- en regelgeving, kwaliteitskaders, richtlijnen, invoering van ‘manualized therapies’) wordt de praktijk behoorlijk dichtgeregeld. Veel hulpverleners hebben een aversie tegen deze sterke sturing van hun handelen (zie ook Hoekstra, 2003; Bickman, 2002). Ze ervaren het als een keurslijf dat hun ‘van buitenaf’ wordt opgedrongen. Bij een ongewijzigde trend is het toekomstbeeld van de jeugdzorg voor veel professionele hulpverleners dan ook weinig aantrekkelijk. Met name ten aanzien van de implementatie van effectieve methodieken valt er nog heel wat groei aan voorschriften te verwachten. Immers, naarmate er meer methodieken op effectiviteit zijn onderzocht, zullen er meer protocollen, richtlijnen of ‘manualized therapies’ in het hulpverleningsveld worden geïmplementeerd om de gebleken effectiviteit van die methodieken te borgen. De vraag is echter: hoe ver moet dat gaan? Hoeveel methodieken zijn er nodig om alle typen opgroei- en opvoedingsproblemen die we in de jeugdzorg tegenkomen effectief te behandelen? Het zal onmogelijk zijn om hulpverleners te scholen in de toepassing van de vele ‘manuals’ die zullen ontstaan (zie ook Beutler, 2002). Hoeveel ‘manualized therapies’ kan een hulpverlener dan in zijn repertoire opnemen? Mogelijk valt de jeugdzorg door deze ontwikkeling uiteen in allerlei superspecialismen. Immers, volgens deze aanpak moeten hulpverleners vooral trouwe uitvoerders worden van gedetailleerde voorschriften. Dat is voor veel professionals geen prettig vooruitzicht.

Maar deze ontwikkeling stuit ook op meer fundamentele kritiek. Verschillende auteurs wijzen erop dat het veronderstelde voordeel van de voorschriften weinig met onderzoek is gestaafd, en dat de implementatie niet zonder meer tot effectievere zorg leidt (Addis & Waltz, 2002; Beenackers, 2002; Gezondheidsraad, 2000; Hays, 2002; Higgitt & Fonagy, 2002;

Messer & Wampold, 2002; Zuijdenhout, 2002). Anderen geven aan dat een belangrijk kenmerk van het professionele werk is, dat de professional een grote mate van vrijheid heeft in denken en handelen (zie onder meer Beenackers, 2002; Bouwmeester & Prins, 2002; De Bruijn, 2001; Hutschemaekers, 2001; Weggeman, 2001). Weggeman (2001) vat dit samen als: de taak van de professional is het relatief zelfstandig en creatief aanwenden van kennis. Door de groei aan voorschriften lijkt de professional in een weinig benijdenswaardige positie te zijn terechtgekomen: hij wordt onderdeel van een bureaucratisch systeem (zie ook Spierts, Veldboer e.a., 2003; Tonkens, 2003). Anders gezegd: professionals worden in de rol gedwongen van consumenten van voorschriften en krijgen steeds minder ruimte als zelfstandige en creatieve producent van goede praktijken.

23

Professionals hebben hun eigen strategieën om met dit soort ontwikkelingen om te gaan. Bekend in de O&O-literatuur is het verschijnsel van 'reinvention' (Rogers, 1995; Van Lieshout, 1999). Daarbij creëert de hulpverlener zelf een nieuwe interventievorm die veel lijkt op een bestaande methodiek, maar die – vanwege de specifieke vereisten van zijn werkgebied – net even wat anders is. Ook bekend is het zogeheten eclectisch werken. Hierbij maakt de professional onder het motto van het 'op maat' werken voor elke cliënt een uniek aanbod door elementen uit bestaande methodieken te halen. Dit soort tegenstrategieën kunnen negatief geïnterpreteerd worden als een doelbewust kat-en-muis-spel van professionals met bureaucraten in de zorg. Maar ook kan het positief gezien worden als pogingen van de professional om ondanks alle voorschriften maximale ruimte te behouden om flexibel in te kunnen spelen op unieke hulpvragen van cliënten.

Volgens Hutschemaekers (2001) is het echter niet alleen de hulpverlener die nadeel ondervindt van de neiging om de zorg steeds verder in voorschriften te verpakken. Het geeft ook de cliënt het idee dat je veel gestudeerd moet hebben en getraind moet zijn om problemen op te lossen. Dit idee leidt tot de

zogeheten professionaliseringsparadox: er worden steeds hogere eisen aan de professional gesteld en om aan deze eisen te voldoen moet de hulpverlener weer verder worden bijgeschoold, waardoor de cliënt het oplossen van problemen gaat beschouwen als iets waarvoor je deskundig moet zijn, met als gevolg dat de cliënt in dat kader weer hogere eisen stelt aan de professional, et cetera. Volgens Hutschemaekers levert dit twee verliezers op, omdat zowel de professional als de cliënt steeds meer van hun autonomie inleveren. Om dit te doorbreken stelt de auteur een aanpak langs twee wegen voor. De eerste houdt in dat de cliënt meer wordt aangesproken op zijn vermogen om zelf problemen op te lossen: het principe van 'empowerment'. Hulpverleners worden daarmee niet in de positie gedrongen van deskundige probleemoplossers, maar worden ondersteuners bij het aanboren van de probleemoplossende vaardigheden van de cliënten (zie ook Bouwmeester & Prins, 2002). De tweede houdt in dat professionals de ruimte krijgen om in zogeheten leergroepen 'van binnenuit' veel meer van een ieders praktijkkennis te leren. De professional wordt hierdoor erkend in het feit dat zijn ervaring waardevol is en hij – in plaats van steeds bijgeschoold te worden – ook zelf een belangrijke kennisbron is. Bovendien worden professionals – via de explicitering van de praktijkkennis – gestimuleerd om van elkaar te leren (zie ook Swieringa & Wierdsma, 1990). Langs deze twee wegen wordt de hulpverlener minder afhankelijk van de professionalisering via 'van buitenaf' opgelegde voorschriften, aldus Hutschemaekers.

Ik denk dat de oplossingen die de auteur aandraagt belangrijk zijn. Maar deze aanpak gaat voorbij aan de vraag hoe de professional om kan gaan met de groeiende kennis in de sector over welke hulpverleningsaanpak wel of niet werkt. Kennis is een belangrijk gereedschap in de professionele hulpverlening. De groei van het kennisbestand zal snel gaan, zeker als dit steeds meer gevoed wordt door een verspreiding van ervaringskennis die elders 'van binnenuit' is geëxpliciteerd. De banden die de hulpverlener met deze kennis heeft, bepalen voor een

belangrijk deel zijn professionele identiteit (Freidson, 2001; zie ook Spierts, Veldboer e.a., 2003). Hij moet zich dan ook op een handzame manier met de kennisgroei kunnen verhouden. Maar belangrijk is om dit niet alleen als een opgave voor de hulpverlener te zien. Verbetering van de jeugdzorg betekent dat het gedrag van verschillende partijen moet worden beïnvloed: niet alleen dat van de hulpverlener en de cliënt, maar ook dat van de onderzoekers en de beleidsmakers (zie ook Addis, 2002). De dosis aan voorschriften die hulpverleners 'van buitenaf' opgelegd krijgen, dreigt uit balans te raken ten opzichte van de ruimte die de hulpverleners wordt gegund om op grond van eigen kennis, ervaring en ideeën 'van binnenuit' hun praktijk vorm te geven. Dat betekent dat we kritisch moeten kijken naar de manieren waarop vernieuwingen in de praktijk worden doorgevoerd.

25

In het kader van mijn leeropdracht wil ik zo veel mogelijk op zoek gaan naar kennis over en ervaring met uiteenlopende methoden en strategieën van praktijkontwikkeling waarmee de effectiviteit van de hulpverlening is te bevorderen. Ik wil dat doen door literatuurstudies uit te voeren, ervaringsdeskundigen op dit terrein te raadplegen en mijn bevindingen ter discussie te stellen in publicaties en bijeenkomsten. Ook is de leerstoel erop gericht om over dit vakgebied onderwijsmodules te maken voor de Bachelor- en de Masteropleiding Pedagogiek en voor postdoctorale cursussen. De bedoeling is dat deze modules zorgen voor een goede toerusting van studenten en afgestudeerden die als O&O'er in de praktijk (willen) werken. In al mijn activiteiten zal de aandacht uitgaan naar effectieve methoden van vernieuwing 'van binnenuit', maar ook de effectieve implementatie van kennis en voorschriften 'van buitenaf', en naar de productieve wisselwerking tussen deze twee verbeterrichtingen. Vier onderwerpen, eerder aangegeven in figuur 1, verdienen wat mij betreft daarbij veel aandacht. Die zal ik hier nu nader bespreken.

## **A. Hoe praktijkontwikkeling vorm te geven: methoden en strategieën**

Wie zich verdiept in de literatuur over de vraag hoe de vernieuwing van de zorg het beste aangepakt kan worden, struikelt al snel over de theorieën en modellen die bruikbaar zouden zijn. Net als bij de hulpvormen in de jeugdzorg lijkt ook hier te gelden: voor elk wat wils. Hulscher, Wensing en Grol (2000) stellen dat er weliswaar veel theoretische modellen van innovatie zijn, maar dat er geen duidelijke een-op-eenrelatie is tussen die theorieën en de concrete implementatiestrategieën. De laatste jaren is een aantal overzichten verschenen die meer licht werpen op succesfactoren bij vernieuwingen in de zorg (zie onder meer Bero, Grilli e.a., 1998; Bijl, 1996; Gezondheidsraad, 2000; Grol, Burgers & Wensing, 2001; Grol, Timmermans & Wensing, 2001; Henggeler, Lee & Burns, 2002; Hulscher, Wensing & Grol, 2000; Rogers, 1995; Schrijvers, Oudendijk e.a., 2003). Belangrijke principes die volgens de studies voor een succesvolle innovatie zorgen, luiden – ruwweg – als volgt:

26

- a Professionals zijn belangrijke zorgvernieuwers. Geef ze de ruimte, betrek ze sterk bij de vernieuwing, geef ze het voortouw, investeer in ze.
- b Maak de prestaties van de professionals en de instellingen transparant en creëer door het vergelijken van prestaties externe druk om tot verbeteringen te komen.
- c Verbind onderzoek aan praktijkvernieuwing (en andersom).
- d Verhoog de acceptatie van vernieuwingen door ervoor te zorgen dat een vernieuwing duidelijke voordelen biedt, gemakkelijk is te begrijpen en te gebruiken, gemakkelijk is in te bouwen in de bestaande praktijk, goed is over te brengen en op kleine schaal is uit te proberen.
- e Focus op verbeterlagen die snel tot resultaat leiden. Liever kleine, haalbare en succesvolle projecten dan te ambitieuze langetermijn-programma's.
- f Zorg voor committent op verschillende niveaus en spreek partijen op verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan.
- g Zorg voor een goede planning en fasering, een goede



- coördinator en een klein team met een groot engagement om de vernieuwing te trekken.
- h Laat professionals, managers en bestuurders verder kijken dan alleen de eigen praktijk, de eigen instelling of de eigen sector. Zorg voor grensoverschrijdende uitwisseling van ervaringen, kennis en ideeën en stimuleer samenwerking.
  - i Gebruik ICT om de steeds complexer wordende zorgprocessen te ondersteunen.
  - j Houd bij de verdere invulling van de aanpak rekening met specifieke kenmerken van de betreffende professionals of organisaties.

27

Dit zijn nog heel algemene succesfactoren. Interessant is te weten of er ook specifieke technieken zijn die de praktijkverbetering meer of juist minder succesvol laten verlopen. Hulscher, Wensing en Grol (2000) maakten onlangs voor de gezondheidszorg en preventie een overzichtstudie van onderzoek dat naar de aard en de effectiviteit van specifieke strategieën is gedaan. De resultaten daarvan heb ik geordend en schematisch samengevat in figuur 2 en aangevuld met gegevens uit andere belangrijke bronnen.

Hulscher, Wensing en Grol stellen op basis van hun studie dat één bepaald type strategie niet steevast zeer effectief is. Conclusies over interventies die uitsluitend positief naar voren kwamen, zijn op betrekkelijk weinig reviews gebaseerd. De vraag is wat deze bevindingen betekenen voor de jeugdzorg. Vooral nog is daar weinig stelligs over te zeggen, omdat onderzoek op dit terrein zeer schaars is. Trekken we de lijnen voorzichtig naar deze sector door, dat kom ik tot de volgende constatering.

De eerste grote groep, de *direct op de professional gerichte strategieën* wordt in de jeugdzorg veelvuldig ingezet. De eerste vier strategieën in die groep worden vooral gekenmerkt door passief lezen of luisteren door de professional en door training buiten de eigen praktijksituatie. Verspreiding van informatie,

**Figuur 2. Samenvatting effectiviteit strategieën praktijkontwikkeling zorg**

28

Strategie praktijkontwikkeling (tussen haakjes: aantal reviews waarop de uitspraken zijn gebaseerd)	Effectiviteit				
	--	-	±	+	++
<b>Direct op professional gerichte strategieën</b>					
• Passieve verspreiding van informatie (bijv. publicatie in boeken of tijdschriften) (6)**					
• Educatieve materialen (8)*					
• Bijeenkomsten zoals conferenties (6)*					
• Interactieve educatieve meetings / workshops (?)**					
• Lokale consensusbijeenkomsten (?)**	'Uiteenlopend'				
• Sociale invloed zoals praktijkbezoek, opinieleiders (11)*					
• Educatieve bezoeken deskundigen aan praktijken (2)**					
• Overige vormen van informatieoverdracht (7)*					
• Gebruik reminders (14)*					
• Gebruik audit of feedback (11)*					
• Gebruik reminders en feedback gekoppeld aan handelen (5)*					
• Richtlijnen (7)***	'Uiteenlopend'				
<b>Patiënt-gemedieerde strategieën (1)**</b>	'Uiteenlopend'				
<b>Overige strategieën</b>					
• Organisatorische strategie A: inzetten van computers (2)*					
• Organisatorische strategie B: inschakelen van derden, delegatie van taken (6)*					
• Financiële strategieën (2)*					
• Wettelijke maatregelen (bijv. invoeren indicatiebesluit of accreditatiesysteem) (-)*	Niet bekend				
<b>Samengestelde interventies (14)*</b>					

\* Bron: Hulscher, Wensing & Grol (2000). Zij gebruiken de volgende aanduidingen om de effectiviteit samen te vatten: duidelijk negatief (in figuur 2 geplaatst in kolom - -); negatief (kolom -); gematigd (kolom +/-); positief (kolom +); zeer positief (kolom ++).  
Bij Organisatorische strategie B: twee van de zes reviews leidden tot geen eenduidige uitspraak.

\*\* Bron: Bero, Grilli e.a. (1998). De passieve verspreiding van informatie is hier getypeerd als 'generally ineffektive' (in figuur 2 geplaatst in kolommen - - en -), interactieve meetings en educatieve bezoeken aan praktijken als 'consistently effective' (kolom +). Aan lokale consensusbijeenkomsten is 'variable effectiveness' toegeschreven.

\*\*\* Bron: Gezondheidsraad (2000).  
Uit de genoemde bronnen zijn alleen de globale conclusies weergegeven. Zie de bronnen voor toelichting en relativering.

bijvoorbeeld publicatie van onderzoeksbevindingen in tijdschriften, komt veel voor, maar is volgens het overzicht in figuur 2 niet erg effectief. Congressen en trainingen zijn ook populaire manieren om professionals de nodige kennis bij te brengen, maar het is nog maar de vraag of die kennis op deze manier beklijft. Als meer interactieve werkvormen worden toegepast, zoals workshops, is dat volgens het overzicht wel effectief. Overigens laat de studie van Hulscher, Wensing en Grol ook zien dat uitgebreidere scholingstrajecten, bijvoorbeeld met tussentijds mogelijkheid tot oefenen, over het algemeen effectief zijn om het handelen van professionals te vormen. Onderzoek van Boer (2002) liet onlangs zien dat nieuw-opgeleide hulpverleners in de jeugd-GGZ bij de indicatiestelling zich meer door recente wetenschappelijke inzichten laten leiden dan oudere hulpverleners. Het doorgeven van kennis via (na)scholing lijkt dus een middel te zijn om het handelen te beïnvloeden, mits het traject niet te kort is. In het tweede blokje van de direct op de professional gerichte aanpakken staan de meer sociale strategieën, zoals consensusbijeenkomsten, praktijkbezoeken en inzet van deskundigen van goede naam. Deze lijken over het algemeen redelijk goed te werken. Interessant is ook dat het overzicht in figuur 2 een vrij positief beeld geeft van het gebruik van feedback en reminders. Higgitt en Fonagy (2002) stellen dat dit ook kan opgaan voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit biedt een ondersteuning voor het gebruik van kwaliteitssystemen in de jeugdzorg die op deze principes zijn gebaseerd (zie onder andere Van Vlijmen, 1999). Kijken we specifiek naar de effectiviteit van het werken met richtlijnen, dan blijkt het beeld volgens figuur 2 uiteenlopend te zijn. In de studie van Bero, Grilli e.a. (1998) worden klinische praktijkrichtlijnen gerekend tot de strategieën die weinig tot geen effect sorteren. Dat strookt met de opmerking die we hier eerder hebben gemaakt, dat de betekenis van voorschriften in de literatuur in twijfel is getrokken. Er is geen onderzoek dat laat zien of dat ook voor de jeugdzorg geldt, maar er zijn weinig argumenten om te denken dat de situatie in deze sector anders zou zijn dan in de gezondheidszorg. Er zijn maatregelen denk-

baar die het succes van de invoering van richtlijnen bevorderen. Volgens de Gezondheidsraad (2000) is meer succes te verwachten als de gebruikers bij de opstelling van de voorschriften betrokken zijn geweest, als er ruimte is om rekening te houden met de lokale omstandigheden, en als er gebruik kan worden gemaakt van – via de computer aangeboden – feedbackprocedures en geheugensteuntjes bij de behandeling. Ook is volgens Grol, Burgers en Wensing (2001) op grond van de literatuur een aantal kenmerken van innovaties te noemen die het succes van de invoering van protocollen en richtlijnen kunnen belemmeren of bevorderen, maar volgens hen is er nog weinig empirisch onderzoek naar de feitelijke invloed van deze factoren verricht.

*Patiënt-gemedieerde strategieën* zijn gericht op beïnvloeding van de professional via de cliënt. Een manier om dit te bereiken is door bijvoorbeeld via internet, populaire tijdschriften en ouderverenigingen jeugdigen en ouders informatie te geven over de beste behandeling bij opgroei- en opvoedingsproblemen. De hoop is dan bijvoorbeeld dat deze jeugdigen en ouders in het gesprek met de hulpverlener pleiten voor de aanpak waarover ze hebben gehoord of gelezen. In de jeugdzorg krijgt deze weg nog nauwelijks systematisch aandacht. Er is weinig bekend over de mate waarin deze kanalen invloed hebben op het handelen van de professionals in de jeugdzorg. Versterking van de positie van de cliënten om meer invloed op de besluiten van de hulpverleners uit te oefenen krijgt de laatste jaren in de sector wel veel aandacht. Met name door de brede bekendheid die er wordt gegeven aan het vraaggericht werken in de zorg en aan nieuwe benaderingen als de zogeheten ‘Eigen-kracht conferentie’<sup>6</sup>, worden cliënten gestimuleerd om te bepalen wat zij de

6 Bij de Eigen-kracht conferentie wordt de verantwoordelijkheid voor beslissingen over de hulpverlening in handen gelegd van familie en overige verwanten. De deelnemers aan de conferentie – de verwanten en deskundigen – zoeken naar de noodzakelijke veranderingen en de gewenste hulp (eigen hulpbronnen of professionele hulpbronnen – vrijwillig of in een justitieel kader). Zie ook Van Pagée (2003).

aangewezen interventie achten. Hoewel het in theoretisch opzicht voor de hand ligt dat dit soort aanpakken de effectiviteit van de zorg positief beïnvloeden (zie Van Yperen, Booy en Van der Veldt, 2003), is het nog maar de vraag of professionals zo gemakkelijk op deze andere werkwijze overschakelen. Feitelijk staan pleitbezorgers van de vraaggerichte benadering en de Eigen-kracht conferentie voor hetzelfde implementatievraagstuk als de onderzoeker die een ‘manualized therapy’ breed wil verspreiden: zij moeten professionals overhalen volgens de voorschriften van een nieuwe werkwijze te gaan handelen.

*Strategieën van organisatorische, financiële of wettelijke aard* komen in de jeugdzorg geregeld voor. De vorming van de Bureaus Jeugdzorg mag daarvan een voorbeeld zijn. Over de effecten van wettelijke maatregelen is weinig bekend. Wellicht komt dat doordat, zoals onlangs nog bleek uit een rapport van de Algemene Rekenkamer (2003), veel beleidsmaatregelen weliswaar worden uitgevaardigd, maar dat voor de implementatie ervan, laat staan voor de evaluatie, over het algemeen weinig aandacht is.<sup>7</sup> Janssen en Konijn (2000) maakten een overzicht van het beleid in het buitenland om samenwerking tussen jeugdzorginstellingen te stimuleren. Die studie wees erop dat veel problemen in de zorg samenhangen met financiële schotten. Maatregelen op financieel vlak kunnen dan zeer effectief zijn in de totstandkoming van een innovatie. Oudendijk, De Vries en Schrijvers (2002) wijzen erop dat uit de managementliteratuur bekend is dat ook het creëren van wat zij noemen ‘organisatorische doodsangst of lijdensdruk’ (bijvoorbeeld dreiging met opheffing) een belangrijke stimulans is tot verbetering.

31

7 De invoering van de nieuwe Wet op de jeugdzorg gaat wel gepaard met een implementatieprogramma (zie *Implementatieprogramma Wet op de jeugdzorg*, 2001; *Ondersteuningsprogramma Jeugdzorg 2003-2005*). Een evaluatie van de wet zal echter pas na de daadwerkelijke invoering – januari 2004 – aan de orde zijn.

Bij het overzicht dat in figuur 2 is gepresenteerd, horen twee belangrijke relativeringen. De eerste is dat professionals niet over één kam geschoren kunnen worden. Hulpverleners hebben uiteenlopende opleidingen en beroepsopvattingen. Bovendien zijn ze in verschillende mate gemotiveerd om tot vernieuwingen over te gaan. De inzet van vernieuwingsstrategieën moet hierop zijn afgestemd (zie ook bijvoorbeeld Grol & Wensing, 2001b). Hulscher, Wensing en Grol (2000) concluderen dan ook dat de meeste effectieve innovaties uitgaan van een mix van strategieën. Ik denk dat een dergelijke mix vooral gepast is in situaties waarin de doelgroep heterogeen van samenstelling is, omdat dan de kans groot is dat verschillende professionals door een van de toegepaste strategieën worden aangesproken. Meer in het algemeen lijkt me het zinvol te bezien of – parallel aan de factoren die werkzaam zijn in de hulpverlening – ook hier een onderscheid is te maken in algemeen en specifiek werkzame factoren in de vernieuwing van professionele praktijken. Mogelijk dat de onder a t/m j opgesomde succesprincipes daarbij aangemerkt kunnen worden als algemeen werkzame factoren. De strategieën die in figuur 2 zijn genoemd, bevatten dan de specifiek werkzame ingrediënten die in te zetten zijn al naar gelang de kenmerken van de doelgroep en het innovatievraagstuk. Of dit onderscheid echt hout snijdt is nog gissen. Nadere studie op dit onderwerp is nodig.

De tweede kanttekening die ik wil maken is dat er in de overzichtsstudies tot op heden weinig aandacht is voor het onderscheid in strategieën die de vernieuwing ‘van binnenuit’ sterk ondersteunen, of juist het accent leggen op vernieuwing ‘van buitenaf’, of uitgaan van een wisselwerking. Een dergelijk onderscheid is relevant om bij de inzet van verschillende strategieën op een effectieve manier het noodzakelijke evenwicht tussen de vernieuwing ‘van binnenuit’ en ‘van buitenaf’ te creëren.

Het is mijn bedoeling om in het licht van deze kanttekeningen de komende jaren verder op zoek te gaan naar informatie over

de aard en effectiviteit van methoden en strategieën van praktijkverbetering. De internationale literatuur en het onderzoek dat op dit terrein in verschillende disciplines plaatsvindt, vormen daarbij belangrijke bronnen. Een van de aandachtspunten die daarbij van belang zijn, betreft de verwachtingen die we kunnen koesteren over de inzet van leergroepen als middel voor praktijkvernieuwing en als alternatief voor het uitsluitend consumeren van voorschriften door professionals. Zoals aangegeven, vormt deze aanpak volgens Hutschemakers een belangrijke weg om praktijkvernieuwing meer ‘van binnenuit’ vorm te geven. In de literatuur over innovatie in de gezondheidszorg komen we echter nog weinig reviews tegen die de mate van effectiviteit van deze aanpak aangeven. Vatten we leergroepen op als ‘Interactieve educatieve meetings/workshops’ of als ‘Lokale consensusbijeenkomsten’ (zie figuur 2), dan is optimisme over de bruikbaarheid van leergroepen gerechtvaardigd. Mogelijk biedt de onderwijskundige literatuur meer licht op deze zaak. Ik verwacht dat mijn verdere zoektocht hoe dan ook belangrijke inzichten kan verschaffen in de strategieën om de effectiviteit van de jeugdzorg ‘van buitenaf’ alsook meer ‘van binnenuit’ te stimuleren.

33

### ***B. Praktijkontwikkeld onderzoek en implementatie kennis uit onderzoek***

Opvallend is dat in de overzichtsstudies die in figuur 2 zijn samengevat niets gemeld wordt over de bruikbaarheid van praktijkontwikkeld onderzoek, terwijl juist veel auteurs pleiten voor de verbinding van praktijkvernieuwing aan onderzoek en onderzoek aan praktijkvernieuwing. In de literatuur zijn goede voorbeelden te vinden van vernieuwingsprojecten in de zorg waarin onderzoek en ontwikkeling met elkaar zijn vervlochten (zie bijvoorbeeld Berkens, 2000; Grol, Timmermans & Wensing, 2001; Verhoeven, 2001; Schrijvers, Oudendijk e.a., 2002). Zoals hier eerder is opgemerkt, kenmerken deze projecten zich door het feit dat praktijkproblemen erin centraal staan, het onderzoeksproces instrumenteel is in een breder proces van praktijkontwikkeling en dat er een zwaar accent ligt op het

gebruik van kennis, ervaring en ideeën ‘van binnenuit’. Eigen ervaringen in de jeugdzorg met dit type onderzoek (zie bijvoorbeeld Eijgenraam, Van Deur e.a., 2001) zijn positief. Een goede empirische studie van succesfactoren op dit gebied in de jeugdzorg is er echter niet. Het in kaart brengen van de projecten die volgens dit model in de jeugdzorgpraktijk gedaan zijn, kan meer licht op deze factoren werpen.

34

Van belang is tevens om een goed overzicht te hebben van de resultaten uit onderzoek naar de effectiviteit van allerlei concrete hulpvormen in de jeugdzorg. Een dergelijk overzicht moet de nodige input ‘van buitenaf’ leveren aan de praktijkontwikkeling. Voor landelijke instituten als het NIZW Jeugd is hier een belangrijke taak weggelegd. Het NIZW Jeugd heeft dan ook stappen gezet om een databank op te bouwen met gegevens over veelbelovende en effectieve interventies in het Nederlandse veld van jeugd en opvoeding. Deze databank moet de kennis bundelen die in uiteenlopende trajecten – zowel van het NIZW als van andere instituten – wordt verzameld. Vanuit het perspectief van O&O zou het niet goed zijn als een dergelijke databank een dwingend karakter krijgt, in de zin dat hulpverleners en instellingen straks ‘van buitenaf’ worden verplicht dat zij alleen nog maar interventievormen toepassen die in een dergelijke databank als effectief zijn aangemerkt. Zou dat wel gebeuren, dan druist dat in tegen het principe dat de professional zelfstandig en creatief moet kunnen werken. Het dwingend karakter van de databank zou bovendien het initiatief van de praktijk om ‘van binnenuit’ nieuwe, succesvolle praktijken te produceren de nek omdraaien. De databank moet eerder een verzameling van voorbeeldpraktijken zijn waaruit de praktijk inspiratie kan putten voor verdere verbetering. Maar het is ook niet de bedoeling de databank als een soort passieve kennisbron te laten functioneren. Zoals naar aanleiding van figuur 2 werd besproken, is een dergelijke ‘passieve strategie’ weinig effectief. Er zal een verzameling van activiteiten ontplooid moeten worden om de kennis ‘van buitenaf’ op de praktijk in te laten werken. Dat betekent dat informatie in handzame



overzichten naar de praktijk wordt gebracht, dat er gewerkt moet worden met educatieve bezoeken aan hulpverleners en interactieve meetings of workshops, en dat opleidingen ertoe gebracht worden de informatie te gebruiken.

### **C. *Kwaliteitsbeleid gericht op verbetering effectiviteit***

Zoals gezegd wil O&O de beleidsvorming voorzien van ideeën en kennis over hoe de praktijkontwikkeling het beste is vorm te geven en welke rol het beleid daarin kan vervullen. Zo zouden ondernemers een intensief kwaliteitsbeleid moeten voeren als het gaat om de realisering van de algemeen werkzame factoren in de hulpverlening. Immers, dit zijn de basisingrediënten van goed hulpverleners, waarmee de kans dat de hulp effect heeft sterk is te verhogen (zie onder andere Bickman, 2002; Van der Steege 2003; zie ook paragraaf 1). Voor ondernemers is het van belang dat hun hulpverleners vakmensen zijn in het opbouwen van een goede relatie met de cliënt, in de toepassing van motiverende technieken en een structurerende aanpak, in de dialoog met de cliënt over wat het probleem is, welke doelen centraal staan in de hulp en wat de beste aanpak is, et cetera. Maar ook moet beleid zorgen voor goede werkomstandigheden van de hulpverleners, zoals een draaglijke caseload. Het zou me niks verbazen als een stevig beleid op dit soort factoren de effectiviteit van de sector fors zou verbeteren. Een probleem hierbij is wel dat de kennis over de algemeen werkzame factoren in de jeugdzorg nog vrij gebrekkig is. Hulpverleners vragen te werken volgens de basisingrediënten is dan eerder een kwestie van het doorvoeren van een bepaalde visie op effectieve jeugdzorg, dan het in praktijk brengen van 'evidence based' inzichten. Op zich is daar niks mis mee, maar het moet wel duidelijk zijn waar we het over hebben.

Maar er schuilt in een dergelijk kwaliteitsbeleid nog een probleem: moeten we de hulpverlener wel meer deskundig maken, als dit Hutschemaekers' professionaliseringsparadox zou kunnen aanwakkeren en de cliënt te afhankelijk zou kunnen maken van deze deskundigheid? Mijn stelling is dat de

profilering van de hulpverlener als deskundige op de algemeen werkzame factoren voordelen biedt, zolang dit bijdraagt aan een belangrijk algemeen doel van de jeugdzorg: empowerment van de cliënten. Concreet betekent dit dat de hulpverlener een goede relatie met de cliënt opbouwt, gebruikmaakt van motiveerende technieken, op een vaardige manier zoekt naar consensus en gestructureerd werkt om de cliënt transparant en doelbewust te ondersteunen bij het aanboren van de probleemoplossende vaardigheden van de cliënt. Of nog concreter: stel dat ouders vragen hun zoon voor enige tijd uit huis te plaatsen. Het is dan zaak dat de hulpverlener op een integere en respectvolle wijze aan de orde stelt wat de ouders hiermee willen bereiken en hoe zij denken om te gaan met de situatie als de jongen straks weer terugkeert naar het gezin. Ook bespreekt hij wat de ouders denken nodig te hebben om de terugkeer met succes te laten verlopen, welke routes er naar de gewenste situatie zijn, wat zij aan bijdragen van de jeugdzorg kunnen gebruiken, wat zij zelf kunnen doen en hoe zij ervoor kunnen zorgen dat zij later op eigen kracht verder kunnen. Kortom, ik denk dat een hulpverlener zeer vakkundig moet zijn in de hantering van de basis-ingrediënten van goed hulpverleners, juist om de professionaliseringsparadox te omzeilen.

Belangrijk aandachtspunt is voorts of het kwaliteitsbeleid er ook niet op moet zijn gericht de hulpverlener te scholen in specifieke, 'evidence based' hulpvormen om de effectiviteit van de jeugdzorg nog verder te vergroten. De vraag is of professionals en beleidsmakers op dit punt niet een 'deal' kunnen sluiten. De beleidsmakers mogen van de professionele hulpverleners verwachten dat die de algemeen werkzame factoren in hun aanpak inbouwen. De ondernemers voeren op dat punt een intensief beleid. Voor het overige krijgt de hulpverlener veel ruimte. Specifieke, effectief gebleken interventievormen worden daarbij beschouwd als voorbeeldpraktijken of als 'ideaaltypische' hulpvormen. Beschrijvingen van dit soort hulpvormen zijn in databanken breed beschikbaar. Ze bieden belangrijke ankerpunten voor de indicatiestelling ('wat dit gezin nodig heeft is een

interventie á la *Families First*). Hulpverleners worden in deze specifieke methodieken alleen geschoold als

- de methode een vehikel is om algemeen werkzame factoren te implementeren,<sup>8</sup>
- de cliëntèle er duidelijk baat bij heeft en
- de hulpverleners aangeven het houvast goed te kunnen gebruiken.

De professional heeft verder veel speelruimte om creatief op de hulpvragen van cliënten in te spelen. Hij past daarbij de ideaaltypische methoden in meer of mindere mate toe door specifieke ingrediënten uit deze hulpvormen 'op maat' te gebruiken. Of de hulpverlener met het oog op 'treatment integrity' een methode tot op de letter volgt, is zijn eigen professionele keuze en verantwoordelijkheid. De professional zorgt op zijn beurt voor goede informatie over welke cliënten hij bedient, met welke doelen en middelen hij dat doet en wat de geboekte resultaten zijn, in termen van de mate van uitval van cliënten, de tevredenheid van de cliënten en de mate waarin de gestelde doelen zijn gerealiseerd. Met deze informatie laat de hulpverlener zien dat hij – of hij nu wel of niet een methode op de letter volgt – in staat is goede hulp te bieden. Ook zijn hiermee de resultaten van de hulpverlening in relatie te brengen met de kosten, zijn er vergelijkingen te maken met prestaties van andere hulpverleners en instellingen en zijn ze te relateren aan kwaliteitsstandaarden van bijvoorbeeld cliëntenorganisaties, ondernemers en beroepsgroepen. Blijven de resultaten van bepaalde hulpverleners of instellingen erg achter, dan moet dat een belangrijke reden voor hen zijn om actie te ondernemen.<sup>9</sup>

37

8 Messer en Wampold (2002) stellen dat de effectiviteit van het gebruik van 'manuals' niet zozeer aan de specifieke inhoud van de manuals is toe te schrijven, als wel aan de structurerende werking die van de manuals uitgaat. Ackerman en Hilsenroth (2003) geven iets soortgelijks aan over het gebruik van specifieke behandeltechnieken.

9 De Bruijn (2001) pleit hierbij terecht voor een verbod op monopolisering van de betekenisgeving van resultaatgegevens. De gegevens laten zelden eenduidige conclusies toe. Om die reden moet de betekenisgeving een product zijn van gezamenlijke interpretatie van de gegevens door bijvoorbeeld professionals, bestuurders en onderzoekers.

De betreffende professionals en instellingen zullen dan via verschillende methoden en strategieën moeten proberen de resultaten te verbeteren. Het in de leer gaan bij collega's die bij een zelfde soort cliënten betere resultaten boeken is daarbij een optie. Ook is denkbaar dat de hulpverleners in deze situatie geïnteresseerd zullen zijn in 'evidence based' hulpverleningsmethoden die hen ondersteunen de hulp aan bepaalde doelgroepen effectiever vorm te geven.

38

Het huidige kwaliteitsbeleid van de gezamenlijke ondernemers in de jeugdzorg (Faber & Alberts, 2002) bevat op dit moment al veel elementen van deze benadering. De meeste aandacht in dat programma is tot nu toe uitgegaan naar de ontwikkeling van procedures en systemen voor kwaliteitstoetsing in het algemeen, cliëntenfeedback en hulpverleningsplanning (De Ruyter & Kayser, 2000; Van der Steege & Venderbosch, 2003; Van Wijk, 2002). Monitoring van de effectiviteit van de hulpverlening was tot voor kort nog vrijwel niet aan de orde gekomen. Het systematisch evalueren van de zorg op cliëntniveau blijkt in de sector echter een zwakke plek (zie bijvoorbeeld Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, 1998a en b). In 2003 zijn pilots opgestart om de eerste ervaring op te doen met een systematische monitoring van de resultaten van de hulp (Van Yperen & Alberts, 2003). Een groot aantal instellingen brengt de hulpverleningdoelen die zij bij cliënten vaak stellen in kaart, en gaan de mate waarin deze doelen worden gerealiseerd registreren. Op termijn moet dat de instellingen in staat stellen om onderling de prestaties te vergelijken en te leren van de instelling die het beste scoort. In de experimenten blijkt dat het formuleren van goed-evalueerbare hulpverleningsdoelen, het op een geobjectiveerde manier evalueren van de doelen en de registratie van de mate van doelrealisatie over het algemeen nog in de kinderschoenen staat. Wat dat aangaat is het eigenlijk raar dat de beroepsverenigingen de afgelopen jaren zo weinig kwaliteitsbeleid op dit punt hebben gevoerd. Het zal nu veel tijd en inspanning kosten om systematisch informatie over de effectiviteit van de jeugdzorg te vergaren. De experimenten geven

er blijk van dat de ondernemers in de sector in ieder geval serieus werk maken van kwaliteitsbeleid op dit terrein.

Praktijkwerkers en O&O'ers zullen zeker de komende vijf jaren de handen vol hebben aan de opbouw van een systeem dat instellingen en hulpverleners in staat stelt de resultaten van de zorg systematisch te meten en te vergelijken. Bovendien moeten beleidsmakers er alles aan doen om niet een concurrentiesfeer te creëren waarin het belang van de sector niet meer vooropstaat. In een dergelijke sfeer kan een succesvolle aanpak van hulpverleners als bedrijfsgeheim van een instelling afgeschermd gaan worden.<sup>10</sup> Ook kan een dergelijke sfeer instellingen ontmoedigen om cliënten te helpen bij wie het moeilijk is om snel succes te boeken. Hulpverlening aan deze zogeheten 'moeilijke doelgroepen' verloopt vaak met vallen en opstaan. Deze doelgroepen mogen niet in de knel komen door een systeem van platte rapportcijfers dat uitnodigt tot een avontuurloos ondernemingsklimaat.<sup>11</sup> De collectieve ambitie van de ondernemers om de kwaliteit van de sector als geheel te bevorderen, moet ervoor zorgen dat het uitwisselen van succesformules en het omzien naar moeilijke doelgroepen interessant blijft (zie ook Weggeman, 2000; De Bruijn, 2001). Daarnaast zijn onafhankelijke onderzoekers en partijen in het beleid die niet gebonden zijn aan specifieke instellingen, zoals beroepsverenigingen en cliëntenorganisaties, in dit verband belangrijke 'sparringpartners' voor ondernemers om het kwaliteitsbeleid op het juiste spoor te houden.

39

Concluderend denk ik dat het kwaliteitsbeleid in de sector een belangrijke rol vervult in de bevordering van de effectiviteit van

10 Freidson (2001, p. 192) zegt hierover treffend: 'Knowledge becomes the private property of capital rather than lodged in the public domain where it is shared by the entire disciplinary community and used for the benefit of all'.

11 De Bruijn (2001) spreekt in dit verband over het perverteren van kwaliteits-systemen als de gegevens op een oneigenlijke manier gebruikt gaan worden.

de hulpverlening. O&O wil deze rol meehelpen vorm te geven door een inbreng van kennis en ideeën over hoe de praktijkontwikkeling is aan te pakken. Brede implementatie van de basisingrediënten van effectieve hulp zou in die aanpak de kern moeten vormen. Daarnaast biedt het kwaliteitsbeleid de professionals vooral ruimte om creatief op hulpvragen van cliënten in te gaan en ondersteunt het professionals bij de verdere ontwikkeling van hun praktijk. De professionals ondersteunen op hun beurt de invoering van systemen die beleidsmakers in staat stellen de resultaten van de hulp te monitoren. Waar deze resultaten achterblijven, is het de verantwoordelijkheid van de betreffende professionals dat zij – in samenspraak met de beleidsmakers – actie ondernemen.

#### ***D. Onderzoeksbeleid inzake effectiviteit***

Het is moeilijk debatteren over de vraag langs welke weg de hulpverlening is te verbeteren, als het beeld over de effectiviteit van allerlei hulpvormen nog zo veel lacunes vertoont. Cruciaal voor de jeugdzorg is dat de sector kan laten zien welke resultaten er geboekt worden. Zonder dat beeld is elke discussie over verbeteringsslagen die kunnen worden gemaakt vooral een gesprek over opinies en minder over feiten. Het is dan ook noodzakelijk de gaten in de kennis te dichten.

O&O is als vakgebied erop gericht om – vanuit het belang van de praktijkontwikkeling – de gaten in de kennis te signaleren en om voorstellen te doen hoe deze te dichten zijn. Wat vanuit dat perspectief opvalt is dat er geen onderzoeksbeleid bestaat dat helpt de praktijkontwikkeling en het kwaliteitsbeleid in de sector te ondersteunen. Hulpverleners worden geacht deskundig te zijn. Maar van een samenhangende infrastructuur die hen helpt de gatenkaas aan kennis op te vullen is geen sprake. Instellingen moeten aan beleidsmakers gegevens over doelrealisatie gaan leveren. Maar in hoeverre deze gegevens ook voor onderzoeksdoeleinden te gebruiken zijn, komt nauwelijks aan de orde. Universiteiten, ondersteuningsinstituten, ondernemers en verschillende overheden volgen hun eigen agenda's.

Het budget van Zorgonderzoek Nederland (ZON), bestemd voor de programmering van wetenschappelijk onderzoek, dekt maar voor een zeer klein deel de jeugdzorgsector. Het onderzoeksbudget dat tot nu toe speciaal voor de jeugdsector was bestemd – dat van het Programmeringscollege Onderzoek Jeugd (PCOJ) – is opgeheven en komt sinds vorig jaar uitsluitend nog ten goede aan beleidsrelevant onderzoek. De inhoudelijke programmering van het jeugdonderzoek bevindt zich daarmee in een niemandsland. Het zou in dat kader goed zijn als er een landelijk programmeringscollege bestaat dat onderzoek in de jeugdzorg helpt uit te zetten. Het ontbreken van een dergelijk college – met een stimuleringsbudget voor de uitvoering van effectiviteitsonderzoek in de praktijk – is momenteel een groot gemis.

41

In het onderzoek zal de komende jaren veel nadruk komen te liggen op de vraag wat de verhouding is tussen de invloed van de algemeen en specifiek werkzame factoren en welke interventievorm voor welke doelgroep het meest geschikt is. Het gaat hier niet alleen om de interventievormen die keurig in methodiekboeken zijn omschreven. Zoals gezegd, professionele hulpverleners zijn naast consumenten ook producenten van voorbeeldpraktijken. Onderzoekers zullen daarom moeten zoeken naar manieren om interventies die in de praktijk uitgevoerd worden te helpen expliciteren en vergelijkbaar te maken, om registers op te zetten met gegevens over de realisatie van doelen binnen uiteenlopende interventievormen en om vergelijkingen te maken over de prestaties van verschillende instellingen in zogeheten multi-centerstudies en trajecten voor benchmarking (Veerman, 2002; Van Yperen, 2003b). Een probleem hierbij is dat het onmogelijk zal zijn om alle hulpvormen die in de praktijk voorkomen en ‘van binnenuit’ worden ontwikkeld aan een grondig effectiviteitsonderzoek te onderwerpen. De vraag is dan ook hoe de spanning tussen enerzijds de onmogelijkheid om elke hulpvorm grondig te evalueren en anderzijds het bieden van vrijheid aan de uitvoeringspraktijk om hulpvormen uit te vinden kan worden

opgeheven. Ik denk dat de oplossing schuilt in een onderzoeks-aanpak die twee kenmerken vertoont. In de eerste plaats lijkt het van belang de diversiteit aan interventievormen te clusteren in typen interventies die a priori op essentiële kenmerken onderscheidend zijn (bijvoorbeeld een cluster intensieve gezinsondersteuning á la *Families First*, of een cluster sociale vaardigheidstrainingen volgens het competentiemodel; zie ook Jensen, 2002). Per type wordt een aantal specifieke hulpvormen grondig onderzocht. Bij gebleken effectiviteit zijn dit de voorbeeldpraktijken die in de databanken met overzichten van de 'evidence based' hulpvormen te vinden zijn. Een tweede onderdeel van de onderzoeks-aanpak is dat niet de hulpverleningsmethode op zich als de meest interessante eenheid van onderzoek wordt beschouwd, maar de constellatie van de werkzame factoren die in de methode verondersteld worden aanwezig te zijn. Langs deze weg wordt het mogelijk om interventievormen op inhoudelijke overeenkomsten en verschillen te vergelijken (zie bijvoorbeeld Lakerveld, Metselaar & Zonneveld, 2001; zie ook het model van Horjus & Baerveldt, 2001, en de bespreking van dat model door Van Yperen, 2001). Dat biedt hulpverleners informatie over welke constellatie van werkzame ingrediënten effectief lijkt te zijn, ongeacht de naam en de verdere franje van een specifieke hulpvorm.



## 4 Tot slot

Is de aanpak van de jeugdzorg effectief? Zoals gezegd weten we daarover veel en veel weten we nog niet. Wel is duidelijk dat op belangrijke punten de effectiviteit van de sector verder ontwikkeld moet worden. De kloven tussen praktijk, onderzoek en beleid zorgen er echter voor dat verbeteringen vaak moeizaam tot stand komen. Onderzoek en Ontwikkeling (O&O) is een vakgebied in de pedagogiek dat zoekt naar manieren om die kloven te dichten. De bedoeling van de leerstoel *Onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg* is antwoord te vinden op de vraag: met welke methoden en strategieën is de effectiviteit van de jeugdzorg het beste te verhogen en welke rol moeten de praktijk, het onderzoek en het beleid daarin spelen? De leerstoel is erop gericht kennis over dit onderwerp te verzamelen en onderwijs te organiseren voor studenten en afgestudeerden die als praktijkontwikkelaar in de jeugdzorg willen werken.

43

Kenmerk van de huidige praktijkontwikkeling is dat er vanuit het onderzoek en het beleid een overdosis aan protocollen, richtlijnen en kwaliteitsnormen over de praktijkwerkers wordt uitgestort om de effectiviteit van de sector te verbeteren. Veel hulpverleners ervaren dat als groeiende bureaucratie. Vanuit het perspectief van O&O is dat verklaarbaar. De praktijk ontwikkelt zich door zowel kennis en inzichten die 'van buitenaf' op de praktijk inwerken als door ervaringskennis en inzichten die 'van binnenuit' in de praktijk worden gegenereerd. Op dit moment worden hulpverleners voornamelijk in de rol

gedrongen van consument van opgelegde voorschriften; hun rol als producent van effectieve praktijken raakt daarmee uit het zicht. Dat geeft frictie. Een beter samenspel tussen praktijk, onderzoek en beleid moet ertoe leiden dat beide soorten invloeden ('van binnenuit' en 'van buitenaf') de ruimte krijgen en benut worden. In dat verband staat voor O&O een aantal kwesties hoog op de agenda.

44

- A. In de eerste plaats is het nodig om meer te weten te komen over wat de meest succesvolle methoden en strategieën van praktijkontwikkeling zijn. In de gezondheidszorg is daar al aardig wat over bekend. De jeugdzorg moet van deze kennis meer gebruikmaken. Weinig bekend is er echter over de kwestie welke strategieën op een succesvolle manier de praktijkontwikkeling 'van binnenuit' ondersteunen en welke vooral bruikbaar zijn bij een vernieuwing 'van buitenaf'. O&O is erop gericht antwoord op deze vraag te krijgen.
- B. Er moet via onderzoek veel meer informatie op tafel komen over welke hulp er wordt toegepast, wat de effectiviteit ervan is en wat verbetering van de hulpverleningspraktijk op dit punt oplevert. De opgave voor O&O is om onderzoeksmethoden te bestuderen die effectieve praktijken 'van binnenuit' zichtbaar maken en deze verder helpen te ontwikkelen. Daarnaast is het nodig dat de groeiende kennis over effectieve hulpvormen voor professionals toegankelijk wordt en deze kennis via uiteenlopende strategieën op de praktijk inwerkt.
- C. O&O wil het beleid ondersteunen door aan te geven hoe de effectiviteit van de sector te verhogen is. Intensief kwaliteitsbeleid van ondernemers in de jeugdzorg moet ervoor zorgen dat de algemeen werkzame factoren zo veel mogelijk in alle hulpvormen zijn ingebouwd. Een dergelijk beleid zou de effectiviteit van de sector drastisch kunnen verhogen. Verder schept het beleid veel vrijheid voor de hulpverleners om hun interventies in te richten zoals zij – in samenspraak met hun cliënten – nodig achten. Via kwaliteitssystemen laten de hulpverleners en instellingen 'van binnenuit' zien wat zij

doen en welke resultaten zij boeken. Wie slechte resultaten haalt, staat voor de taak deze te verbeteren door input ‘van binnenuit’, ‘van buitenaf’ of door een combinatie van invloeden.

- D. Onderzoekers, beleidsmakers en praktijkinstellingen bepalen momenteel elk op hun eigen manier welk onderzoek er in de sector nodig is. Er is een schrijnend gebrek aan een samenhangend onderzoeksbeleid in de sector. Dat is kwalijk, omdat er wel van de hulpverleners gevraagd wordt om meer ‘evidence based’ te werken, maar er geen samenhangende en gerichte programmering van effectiviteitsstudies is om de gas-tenkaas aan kennis te dichten. Daar moet beslist verandering in komen. Mijn voorstel is om daarbij de uiteenlopende hulpvormen in de praktijk te clusteren in typen, en studies te richten op de werkzame factoren in de verschillende typen.

45

De aanpak van dit soort kwesties vergt een goed samenspel tussen praktijk, onderzoek en beleid. Ik heb O&O als een nieuw vakgebied geschetst dat erin is gespecialiseerd om een goede mengverhouding te vinden tussen onderzoek, beleid en praktijkontwikkeling, zodat de laatste – de praktijkontwikkeling – in een stroomversnelling kan raken. De jeugdzorg zal daardoor heus niet van vandaag op morgen perfect draaien. Maar de sector timmert flink aan de weg. En gaandeweg zullen de verbeteringen zichtbaar worden.

# Dankwoord

46

Tot slot wil ik enkele woorden van dank uitspreken. Allereerst ben ik het bestuur van de Stichting Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen bij het instellen van deze leerstoel. Het College van Bestuur en het Bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht bedank ik voor hun bijdrage in de realisering van deze leerstoel.

Hooggeleerde Rispens, beste Jan. Mijn loopbaan als docent en als onderzoeker bij de Universiteit is bij jou gestart. Gesprekken met jou kenmerkten zich altijd door een hoog tempo. Maar wat ik daaruit oppikte was allesbehalve vluchtig. Nog vaak merk ik dat ik erg veel aan jouw leermeesterschap heb gehad.

Geachte heer Bakker, beste Kees. Onder jouw leiderschap heb ik bij het NIZW grondig kennis kunnen maken met de praktijkontwikkeling en het beleid in de jeugdzorg. Jij bent ook een van de drijfveren achter de instelling van deze leerstoel. Ik dank je voor de ruimte en de steun die je mij biedt om dit traject tot een succes te maken.

Hooggeleerde Meeus, beste Wim, hooggeleerde Wubbels, beste Theo, hooggeleerde De Winter, beste Micha, hooggeleerde Goudena, beste Paul. Met jullie bouw ik aan de hoofdlijnen van het onderwijs op het gebied van O&O in de pedagogiek. Ik ben ervan overtuigd dat we hiermee iets heel moois kunnen bieden. Ik ben bijzonder blij met onze samenwerking.

Hooggeleerde Jongmans, beste Marian, hooggeleerde Lese-  
man, beste Paul, hooggeleerde Matthijs, beste Walter, hoog-  
geleerde Vermeer, beste Adri, hooggeleerde Stevens, beste Luc.  
Hoewel we elkaar niet vaak zien, is het altijd prettig om jullie te  
spreken. Ik hoop dat ik – als we elkaar dan weer eens tegenko-  
men – me steeds mag laten inspireren door jullie bere-interes-  
sante werk.

Beste collega's van Kinder- en Jeugdstudies en van Algemene  
Pedagogiek en Orthopedagogiek. Die ene dag per week dat ik  
bij jullie ben, is na mijn aantreden nog te kort geweest om  
jullie allemaal goed te leren kennen. Ik zal me inspannen om  
jullie de komende jaren vaker te ontmoeten, zodat het begrip  
'collega' toch wat meer inhoud gaat krijgen. Zeergeleerde  
Bleeker, beste Hans. Gelukkig weet jij als gebiedsmanager,  
met jouw staf, mij met de nodige faciliteiten te ondersteunen.  
Dat maakt die ene dag per week er een stuk gemakkelijker op,  
kan ik zeggen.

47

Beste collega's van het NIZW, in het bijzonder van het Experti-  
secentrum Jeugdzorg. Ik ben er heel trots op en er dankbaar  
voor dat ik deel uit kan maken van een instituut waarin met zo  
veel engagement wordt gewerkt aan de innovatie in de jeugd-  
zorg, de preventie en het jeugdwelzijn. Jullie ervaring met het  
O&O-werk hoop ik de komende jaren te kunnen profileren als  
een vakmanschap dat de moeite waard is om met theorievor-  
ming en onderzoek te ondersteunen.

Veel andere samenwerkingspartners vind ik in de sector, zowel  
bij de jeugdzorginstellingen als bij de onderzoekers en beleids-  
makers. Ik hoor wel eens dat ik ze soms dol maak met al mijn  
publicaties. Een medewerker van een koepelorganisatie stelde  
daarom een keer voor om mij voor een lange tijd op vakantie te  
sturen, ver weg, zodat mensen eindelijk eens de tijd kregen om  
alles rustig te lezen. Nou, Curaçao lijkt me wel wat. Maar als  
jullie – terwijl ik op Curaçao zit – een keer aan de Noordzeekust  
een strandwandeling maken en jullie een fles vinden met een

opgerolde brief erin, wees dan niet verbaasd dat de brief begint met de aanhef *Tien overdenkingen over de jeugdzorg*. Door *Tom van Yperen*. Beste mensen, ik kan het schrijven gewoon niet laten. Ik dank jullie voor jullie bijdragen in de vernieuwing van de jeugdzorg en hoop jullie in de komende jaren verder met mijn werk van dienst te zijn, al dan niet via flessenpost.

48

Lieve Laura en Nicole, het is met geen pen te beschrijven hoe mooi ik het vind om jullie te zien opgroeien. Hoewel ons huishouden vaak wordt gedomineerd door drukke agenda's, is er gelukkig ook plaats voor een grote berg humor en warmte. Geachte mevrouw Van der Sar, maar beter gezegd, lieve Ria. Wij zijn twee vakidioten. Ik heb bewondering voor de manier waarop je jouw onderzoek naar de effectiviteit van *Taakspel*, een programma voor de preventie van probleemgedrag in de klas, aanpakt. Je hebt daarvoor komend jaar veel schrijfwerk te doen. Ik hoop je daarbij te steunen zoals je mij veel hebt gesteund en geef je als bemoediging mijn motto mee:

Schrijven is schragen,  
het is met woorden dragen.

Ik heb gezegd.

- Ackerman, S.J. & M.J. Hilsenroth (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23 (1), p. 1-33.
- Addis, M.E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), p. 367-378.
- Addis, M.E. & J. Waltz (2002). Implicit and untested assumptions about the role of psychotherapy treatment manuals in evidence-based mental practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), p. 421-424.
- Algemene Rekenkamer (2003). *Tussen beleid en uitvoering – lessen uit recent onderzoek van de Algemene Rekenkamer*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2002-2003, 28 831, nrs. 1-2. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Bartels, A.A.J., S. Schuurmsma & N.W. Slot (2001). Interventies. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugd delinquentie. Omvang, oorzaak en interventies* (p. 291-318). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Beenackers, A.A.J.M. (2002). Improvisatie in de behandelkamer. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (4), p. 375-386.
- Bero, L.A., R. Grilli, J.M. Grimshaw, E. Harvey, A.D. Oxman & M.A. Thompson (1998). Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317 (7129), p. 465-468.
- Berkens, W. (2000). *Praktijkgericht onderzoek en methodiekontwikkeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening* (1990). Staatsblad 1990, 503.
- Beutler, L.E. (2002). It isn't the size, but the fit. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), p. 434-438.
- Bickman, L. (2002). The death of treatment as usual: an excellent first step on a long road. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), p. 195-199.
- Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening. Over het rendement en de soliditeit van nieuwe hulpprogramma's*. Leiden: DSWO Press.

- Boekholt, M.G. (1995). *Programma-evaluatie. Sleutel tot kwaliteit*. Utrecht: SWP.
- Boendermaker, L., M.C. van der Veldt & Y. Booy (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Boer, F. (2002). Diagnosticeren is puzzelen, maar hoeveel stukjes heb je nodig? *Kind en adolescent praktijk*, 1 (1), p. 4-11.
- Boon, A.E. & S. Colijn (2001). *Adolescents in residential psychiatric care: treatment outcome, social support and cultural background. Results from the Laanzicht project*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Bouwmeester, R. & J. Prins (2002). Bijtende belangen? Pleidooi voor afwijken van protocollen. *Nederlands Tijdschrift voor jeugdzorg*, 6 (3), p. 140-143.
- Bransen, M., B. van Wijngaarden & I. Kok (2003). *De ontwikkeling van de GGZ Jeugdthermometer. Verslag van een pilotonderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bruijn, H. de (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.
- Bu, B.J. & P.J. Mrazek (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2 (4), p. 199-254.
- Cottrell, D. & P. Boston (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (5), p. 573-586.
- Eijgenraam, K., H. van Deur, M. van der Steege & T. van Yperen (2001). *Indicaties voor kwaliteit. Onderzoek naar de ontwikkeling van de kwaliteit van de indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg agglomeratie Amsterdam*. Utrecht: NIZW.
- Faber, H. & H. Alberts (2002). *Kwaliteit in uitvoering. Aandachtspunten bij kwaliteitsbeleid in de jeugdzorg. Programma Kwaliteit in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland / MO Groep.
- Franx, G., A. Eland & H. Verburg (2002). Transparantie in de GGZ: van de bomen en het bos. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (1), p. 1036-1050.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gezondheidsraad (2000). *Van implementeren naar leren. Het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg (publicatie nr. 2000/18)*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Grol, R., J. Burgers & M. Wensing (2001). Kenmerken van succesvolle innovaties. In: R. Grol & M. Wensing (Red.). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg* (p. 91-104). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R., A. Timmermans & M. Wensing (2001). Implementatie op de werkvloer: lessen uit de praktijk. In: R. Grol & M. Wensing (Red.). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg* (p. 415-432). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R. & M. Wensing (Red. 2001a). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Grol, R., & M. Wensing (2001b). Effectieve implementatie: een model. In: R. Grol



- & M. Wensing (Red.). *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg* (p. 68-88). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hays, S.C. (2002). Getting to dissemination. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), p. 410-415.
- Henggeler, S.W., T. Lee & J.A. Burns (2002). What happens after the innovation is identified? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), p. 191-194.
- Hermanns, J. (2002). Wat werkt in de gezinsvoogdij? *Justitiële verkenningen*, 28 (9), p. 50-61.
- Higgitt, A. & P. Fonagy (2002). Clinical effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, 181 (2), p. 170-174.
- Hoekstra, L. (2003). Laat de psychotherapie bloeien in vrijheid. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58 (3), p. 332-334.
- Horjus, B & C. Baerveldt (2001). Wasmachines, Glen Mills of het taakvaardigheidsmodel. Presentatie en illustratie van een methode om interventies in residentiële instellingen voor jeugdigen te vergelijken. *Kind en Adolescent*, 22 (4), p. 257-267.
- Hulscher, M., M. Wensing & R. Grol (2000). *Effectieve implementatie: theorieën en strategieën*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Nijmegen: Sun.
- Implementatieprogramma Wet op de jeugdzorg 2001-2003*. Brief van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer. Den Haag, 9 april 2001, kenmerk DJB/JHV-2168493.
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (1998a). *Zicht op resultaat? Een inventarisatie van de wijze waarop instellingen voor jeugdhulpverlening binnen het Regionaal Orgaan Amsterdam zicht krijgen op het resultaat van de hulpverlening*. Haarlem: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming Regio Noord-West.
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (1998b). *Zicht op resultaat? Een inventarisatie van de wijze waarop instellingen voor jeugdhulpverlening in de stadsregio Rotterdam zicht krijgen op het resultaat van de hulpverlening*. Rijswijk: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming Regio West.
- Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming (2002). *Casus Roermond nader onderzocht*. Den Bosch: Inspectie jeugdhulpverlening en jeugdbescherming Regio Zuid.
- Janssen, M. & C. Konijn (2000). *Zorgprogrammering in den vreemde. Een literatuuronderzoek naar de vernieuwing en programmering van de jeugdzorg in het buitenland*. Utrecht/Den Haag: NIZW/Ministerie van VWS.
- Jensen, P.S. (2002). Putting science to work: a statewide attempt to identify and implement effective interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (2), p. 223-224.
- Kloosterman M. & J.W. Veerman (1999). *Boddaert belicht. Eindrapport interventie-evaluatie-onderzoek Boddaert*. Utrecht: VOG.

- Konijn, C. (Red.; 2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Konijn, C. & J. Stoll (2003). *Waardering van BJZ door cliënten*. Utrecht: NIZW.
- Konijn, C., J. van de Wijgert & M. Vermande (1997). *Cliënten over de Riagg-jeugdzorg. Ontwerp en afname van een vragenlijst voor satisfactie en kwaliteitsbeoordeling door ouders en jeugdigen vanaf 9 jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kruissink, M. & C. Verwers (2002). *Jeugdreclassering in de praktijk*. Den Haag: Ministerie van Justitie / WODC.
- Laan, P.H. van der (2001). Politie en justitiële interventies bij gewelddadige en ernstig delinquente jongeren. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaak en interventies* (p. 319-344). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Laan, P.H. van der (2002). Bezint eer gij begint. Wat onderzoek ons leert over zinnige en onzinnige interventies. In: R. Menger (Red.), *Verslag Riskant Leven. Conferentie over veelbelovende programma's voor risicojongeren* (p. 21-24). Utrecht: NIZW.
- Lakerveld, J. van, J. Metselaar & A. Zonneveld (2001). *Effecten van projecten. Succesindicatoren in preventieprojecten gericht op 12-minners. Eindrapportage*. Utrecht: Stichting Jeugdinformatie Nederland.
- Lambert, M.J. & A.E. Bergin (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (p. 143-189). New York: Wiley.
- Lemmens, F. & M. Donker (1990). *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten. Een meta-studie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: NcGv.
- Lieshout, P. van (1999). Innovatie in zorg en welzijn. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 53 (12), p. 28-33.
- Loeber, R., J.A. Sergeant & N.W. Slot (1991). Implicaties voor beleid, onderzoek en informatie. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaak en interventies* (p. 357-372). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Loeffen, M., M. van Butselaar & H. Ooms (2001). *Intensieve Pedagogische Thuis-hulp in vogelvlucht. Een inventarisatie van varianten in Nederland*. Utrecht: Collegio.
- Luborsky, L., R. Rosenthal, L. Diguier, T.P. Andrusyna, J.S. Berman, J.T. Levitt, D.A. Seligman & E.D. Krause (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), p. 2-12.
- Messer, S.B. & B.E. Wampold (2002). Let's face facts: common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), p. 21-25.
- Ministerie van Justitie (2002). *Vasthoudend en effectief. Versterking van de aanpak van jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

- Ministerie van Justitie (2003). *Jeugd terecht. Actieprogramma aanpak jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ondersteuningsprogramma Jeugdzorg 2003-2005. Utrecht: MO-Groep / Collegio / NIZW Jeugd.
- Oudendijk, N., P. de Vries & G. Schrijvers (2002). Samenvatting, conclusies en aanbevelingen: sneller van kennis naar actie. In: G. Schrijvers, N. Oudendijk, P. de Vries & M. Hageman (Red.) *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie* (p. 239-251). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Pagée, R. van (Red. 2003). *Eigen Kracht. Family Group Conference in Nederland. Van model naar invoering*. Amsterdam: SWP.
- Patton, M.Q. (1997). *Utilization focused evaluation* (Third edition). London: Sage.
- Ploeg, J.D. van der & E.M. Scholte (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: Nippo.
- Ploeg, J.D. van der (1996). Methodiekontwikkeling in de hulpverlening. In: J.D. van der Ploeg (Red.), *Methodiek in beeld* (p. 15-24). Utrecht: SWP.
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations* (Fourth edition). New York: The Free Press.
- Ruyter, D. de & T. Kayser, (2000). *Mijn cliëntenraad is een juweel in de organisatie. Rapport cliëntenbetrokkenheid bij kwaliteitsbeleid in de jeugdzorg*. Den Haag: Commissie Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg.
- Schrijvers, G., N. Oudendijk, P. de Vries & M. Hageman (Red. 2002). *Moderne patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Slot, N.W., A. Theunissen, F.J. Esmeijer & Y. Duivenvoorden (2002). *909 zorgen. Een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Spierts, M. (2000). De achilleshiel van het NIZW. *Tijdschrift voor de Sociale Sector*, 54 (1/2), p. 14-15.
- Spierts, M., L. Veldboer, P. Vlaar & F. Peters (2003). De professionaliteit gesmoord. *Tijdschrift voor de sociale sector*, 57 (5), p. 10-15.
- Steege, M. van der (2003). *Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Steege, M. van der & S. Venderbosch (2003). *Dertien keer in de schijnwerpers. Eindrapportage van de implementatie van kwaliteitszorg in dertien pilots Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland / Maatschappelijke Ondernemers Groep.
- Strien, P.J. van (1984). Naar de verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, p. 162-180.
- Swieringa, J. & A.F.M. Wierdsma (1990). *Op weg naar een lerende organisatie*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Tonkens, E. (2003). Als je het nooit goed doet. *Tijdschrift voor de sociale sector*, 57 (1/2), p. 4-11.

- Veerman, J.W. (2002). *Kwaliteitstoetsing Families First. Opzet en eerste resultaten over 2001*. Utrecht: Collegio.
- Veerman, J.W. & J. Janssen (2003). *Kwaliteitstoetsing Families First. Resultaten eerste halffjaar 2002*. Utrecht: Collegio.
- Verhoeven, M. (2001). Zicht op DOORBRAAK: aantoonbaar verbeteren van de patiëntenzorg door snelle verbetercycli. In: W. de Regt en P. van Splunteren (Red.), *Beter zo! Praktijkgevallen van inventieve innovatie* (p. 103-112). Assen: Van Gorcum.
- Vermande, M., E. Faber & G. Hutschemaekers (1997). *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vlijmen, J. van (1999). *KWIS Handboek*. Amsterdam: Concern/Bureau Welzijns-marketing.
- Weggeman, M. (2000). Innovatiestrategieën en -management. In: P. Driest (Red.), *Innovatie in Zorg en Welzijn. Verslag van een studiedag*. (p. 24-30). Utrecht: NIZW.
- Weggeman, M. (2001). *Kennismanagement. Inrichting en besturing van kennis-intensieve organisaties* (Vierde druk). Schiedam: Spectrum.
- Weisz, J.R. & A.L. Jensen (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice context: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10 (1), p. 12-18.
- Wijk, P.J.Th. van (2002). *Over plannen gesproken. Een referentiemodel voor hulpverleningsplanning in de jeugdzorg*. Utrecht: MO Groep / GGZ Nederland.
- Yperen, T.A. van (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: valt er wat te keren? *Kind en Adolescent* 22 (4), p. 326-341.
- Yperen, T.A. van (2003a). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van (2003b). Effectiviteitsstudies en kwaliteitszorg. *Kind en Adolescent*, 24 (2), p. 107-110.
- Yperen, T.A. van & H. Alberts (2003). *Veldexperimenten resultaten meten, keten-kwaliteit en benchmarking. Plan van aanpak*. Utrecht: Maatschappelijke Ondernemersgroep / GGZ Nederland.
- Yperen, T.A. van, Y. Booy & M.C. van der Veldt (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Zoest, C. van (2002). *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties. Met succes overleven in een concurrerende markt*. Soest: Nelissen.
- Zuijdenhout, R. (2002). Protocol is geen juridisch panacee. *Psy* 6 (14), p. 22-23.