

Ontwikkeling en borging jeugdinterventies

Tom van Yperen en Kees Bakker
Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Utrecht
22 januari 2008

©2008 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Tom van Yperen

Kees Bakker

Financier

De auteurs hebben dit document gemaakt als uitvoerders van het project *Kenniskring Ontwikkeling en Borging Interventies* (zie NJi Kenniscentrum – Werkplan 2007). Dit project is uitgevoerd in het kader van het Kennisprogramma Jeugd van het ministerie voor Jeugd en Gezin.

Downloaden

Het rapport is te downloaden via www.nji.nl > Producten > Publicaties bestellen en downloaden

Informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij:

Nederlands Jeugdinstituut / NJi

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 65 61

E-mail: info@nji.nl

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
1. Probleemstelling	4
2. Interviewronde.....	5
3. Invulling van het begrip 'interventie'	6
Programma's, instrumenten en richtlijnen	6
Verschillende betekenissen, dezelfde vraag.....	6
4. Kwesties die bij dit vraagstuk spelen.....	7
Professionals moeten kennis vrij kunnen delen	7
Bescherming kwaliteit van de uitvoering	7
Eigendom over interventies.....	9
Het 'klonen' van programma's.....	11
Gemaakte kosten en financiering	12
Producten in een markt?.....	13
5. Naar een ideaal-model.....	15
Globale bevindingen	15
Uitgangspunten: elke partij zijn eigen rol	15
Eigendom interventies: publiek, privaat of hybride systeem?.....	16
Voorbeeld: landelijk steunpunt	17
Hoe verder?	18
Bijlage 1. Geïnterviewde personen	19
Bijlage 2. Overzicht van besproken programma's (groep 2)	20
Bijlage 3. Vragen als leidraad voor de interviews	22

Samenvatting

Probleemstelling

Op veel plaatsen worden momenteel evidence-based interventies geïmplementeerd. Daarbij speelt een aantal belangrijke vragen:

- Wie is de 'eigenaar' van de interventie? En wat houdt dit eigendom in?
- Wie is verantwoordelijk voor de implementatie en het onderhoud van de interventie?
- Is de interventie een product in de markt van de zorg of een openbaar kennisproduct?

Zonder beantwoording van deze vragen blijven interventies 'zweven': ze worden niet onderhouden of iedereen gaat eraan zitten knutselen, ze zijn van niemand of eigenaars wordt verweten dat ze op hun product blijven zitten.

Om dit vraagstuk uit te diepen en de uitgangspunten voor een ideaalmodel te formuleren, is in de periode september tot en met november 2007 een interviewronde gehouden onder deskundigen binnen en buiten de sector op het terrein van onderzoek, ontwikkeling en implementatie van interventies.

Resultaten

Ten aanzien van de *eigendomsvraag* blijken grofweg drie typen interventies te onderscheiden:

- Type 1: interventie als een privaat product, met een beschermd eigendom, waarvan het gebruik onder strikte voorwaarden is over te nemen.
- Type 2: interventie als een academisch product. Hier geldt vaak geen strikt eigendom. Vaak geldt dat een onderzoeker de interventie heeft ontwikkeld en vervolgens de kennis en het gebruik 'vrij toegankelijk' stelt.
- Type 3: de interventie als product van een zorgaanbieder. De mate waarin hier sprake is van een strikt eigendom, vrij toegankelijke kennis of een commercieel belang is wisselend of diffuus.

Met betrekking tot de vraag *wie verantwoordelijk is voor implementatie, kwaliteit van de uitvoering en het onderhoud* zien we dat de eigenaar zichzelf daarvoor verantwoordelijk stelt. Maar omdat bij type 2 en 3 interventies dat eigendom vaak er niet is of diffuus ligt, is ook de verantwoordelijkheid voor de implementatie, kwaliteit van de uitvoering en het onderhoud niet duidelijk.

Voor wat betreft de vraag of een interventie een *product is in de markt of openbare kennis* geldt dat de interventies weinig gezien worden als een product waarmee volgens marktprincipes is te opereren. Er is vrij veel overeenstemming dat de kennis over de interventie en de technieken door professionals vrij gedeeld moeten kunnen worden. Voor handleidingen, trainingen en monitors ligt dat minder voor de hand, omdat daar kosten aan verbonden zijn die terugverdiend moeten worden. Meer in het algemeen is er echter weinig geloof in het functioneren van de zorg als een echte markt. Principes als vrije uitwisseling van kennis tussen professionals, gezamenlijke missies van zorgaanbieders en regionalisering van de zorg passen daar immers niet goed bij.

Aanbevelingen

Veel werkvelden van de jeugdsector functioneren in een hybride bestel, met kenmerken van zowel een publiek als een privaat systeem. Verschillende partijen hebben daarin een eigen verantwoordelijkheid:

- *De professional* is ervoor verantwoordelijk de beste zorg of diensten te leveren, naar de huidige stand van kennis. Richtlijnen helpen hem daarbij keuzes te maken. Specifieke programma's zijn als het ware prototypes van hoe de aanpak volgens de richtlijnen het beste kan verlopen. De professional kan – gegeven zijn kennis en ervaring - beredeneerd van voorschriften afwijken als hij denkt dat dit de kwaliteit van de zorg of diensten ten goede komt. Hij dient zich daarover te verantwoorden naar zijn beroepsgroep (via inter- en supervisie en via klacht- en tuchtrecht) en de samenleving (via inspectie).

- *Beroepsverenigingen* waken over de kwaliteit van een professie via onder meer registratie van gekwalificeerde leden en tuchtrecht.
- De *zorg- of dienstverlenende instelling* stelt als organisatie de professional in staat optimale zorg te verlenen, onder meer door hem de mogelijkheid te bieden kennis te delen en zich (bij)te scholen in specifieke programma's die van belang zijn voor de doelgroep.
- *Wetenschappers* helpen dit systeem te werken door kennis te verzamelen en uit te dragen over wat werkt bij welke doelgroepen en onder welke omstandigheden.
- *Opleidingen* zorgen ervoor dat er voor (aankomend) professionals een goed scholingsaanbod is dat hen opleidt volgens de geldende inzichten.
- *Inspecties van de overheid* zien erop toe dat professionals en zorgaanbieders werken volgens de geldende wet- en regelgeving.
- *Cliëntenverenigingen* spelen vanuit hun perspectief een rol in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg.
- *Financiers* letten namens belasting- of premiebetalers vooral op de kosteneffectiviteit van de zorg (zo goed mogelijke resultaten tegen zo laag mogelijke prijs).
- *Eigenaars van interventies* zijn in dit systeem houders van kennis over een specifieke handelswijze bij een specifieke doelgroep en daaraan gekoppelde handboeken, trainingen en monitors. De kennis is in principe onder professionals vrij uitwisselbaar. Voor de handboeken, trainingen en monitors geldt dat meestal niet.

Interventies die van goede kwaliteit zijn, helpen om in de sector een flinke kwaliteitsslag te maken. In dat geval is het logisch dat er voor interventies die geen duidelijk eigendom hebben of waarvan de eigenaar moeilijk het hoofd boven water kan houden voorzieningen worden getroffen. Dat moet ervoor zorgen dat in een adequate implementatie, borging en onderhoud van de interventies wordt voorzien. Dergelijke voorzieningen kunnen ook hybride van aard zijn. Voorbeeld van een dergelijke voorziening is een landelijk steunpunt dat als doel heeft:

- *Maximale beschikbaarheid*: de interventies zijn voor de uitvoerend professionals zo breed mogelijk beschikbaar zijn, met zo min mogelijk obstakels.
- *Maximale kwaliteit*: de uitvoering van de interventie gebeurt op een wijze die garandeert dat cliënten zorg krijgen die zoveel mogelijk effect sorteert.
- *Minimale kosten*: de kosten van de interventies zijn zo laag mogelijk.

Het steunpunt zou te financieren zijn met een mix van overheidsgeld en bijdragen van zorgaanbieders die zich abonneren op (tegen kostprijs aangeboden) diensten van het steunpunt.

Het is nuttig om een verdere verkenning uit te voeren naar de wijze waarop in een hybride bestel de implementatie, de borging en het onderhoud van interventies is te bevorderen en te ondersteunen. Eén van de opties die daarbij aandacht kan krijgen is de vorming van een landelijk steunpunt. Voor deze verkenning bevelen we twee acties aan.

- De eerste is dat er een nieuwe kenniskring wordt ingericht waarin eigenaars van verschillende soorten programma's (type 1, 2 en 3), partners in het Kennisprogramma Jeugd van het ministerie voor Jeugd en Gezin (ZonMw, RIVM en NJi) en vertegenwoordigers van enkele beroepsverenigingen een of meerdere modellen uitwerken voor de voorzieningen. Deze kenniskring is te organiseren door en met middelen van de partners in het genoemde kennisprogramma.
- De tweede actie omvat een nadere studie van voorzieningen in andere zorgsectoren en het bedrijfsleven in Nederland en het buitenland die mogelijk goede voorbeelden kunnen zijn. Deze studie kan worden begeleid door de eerder genoemde kenniskring. De financiering van de studie zou kunnen lopen via ZonMw.

Op basis van deze acties zouden medio 2008 nadere voorstellen op tafel moeten liggen.

1. Probleemstelling

Op dit moment investeert de jeugdsector in hoge mate in de bevordering en borging van richtlijnen, preventieprogramma's, ondersteuningsvormen, trainingen en behandelvormen in de jeugdsector. Teken daarvan is dat op veel plaatsen momenteel evidence-based interventies worden geïmplementeerd.

Een belangrijk principe bij de uitvoering van een evidence-based interventie is dat deze door gekwalificeerde personen op de juiste manier gebeurt. Onderzoek laat zien dat dit een belangrijke voorwaarde is om de effectiviteit van de interventie te behouden; interventies die niet volgens 'het boekje' worden uitgevoerd kunnen zelfs averechts werken. Daarbij komt dat de geïmplementeerde interventie moet worden 'onderhouden': het voorlichtings- en trainingsmateriaal moet geregeld van een update worden voorzien, er moet bijgehouden worden wat de resultaten zijn van nieuw onderzoek, via monitoring moet nagegaan worden of de interventie in de uitvoering zijn effectiviteit behoudt, de interventie moet in het licht van nieuwe ontwikkelingen waar nodig worden aangepast.

Dit roept wel de nodige vragen op.

- De eerste vraag is wie de 'eigenaar' is van de interventie: is dat een beroepsgroep, de wetenschap, de sector, de ontwikkelaar, een aanbieder? En wat houdt dit eigendom dan in?
- De tweede vraag is wie verantwoordelijk is voor de implementatie, kwaliteit van de uitvoering en het onderhoud van de interventie.
- Ten derde is de vraag of een interventie een product is in de markt van de zorg- en dienstverlening – en daarmee een instrument in de concurrentie tussen aanbieders – of een openbaar kennisproduct dat beschikbaar is voor iedereen.

Zonder beantwoording van deze vragen blijven interventies 'zweven': ze worden niet onderhouden of iedereen gaat eraan zitten knutselen, ze zijn van niemand of eigenaars worden verweten dat ze op hun product blijven zitten.

Van verschillende kanten – ministerie voor Jeugd en Gezin, de Brancheorganisatie Jeugdzorg van de Maatschappelijke Ondernemers groep, de jeugdzorgaanbieders, onderzoekers – is de behoefte uitgesproken om dit vraagstuk verder te verkennen. Daarbij kan het leerzaam zijn om te bezien hoe het vraagstuk in de eigen sector, maar ook in andere sectoren is opgepakt en welke oplossingen men hiervoor heeft.

2. Interviewronde

Om dit vraagstuk uit te diepen en de uitgangspunten voor een ideaalmodel te formuleren, is in de periode september tot en met november 2007 een interviewronde gehouden onder deskundigen binnen en buiten de sector op het terrein van onderzoek, ontwikkeling en implementatie van interventies (zie bijlage 1).

Er zijn twee groepen geïnterviewd:

- Groep 1. Hieronder vallen enkele deskundigen binnen en buiten de jeugdzorg die in algemene zin bevraagd zijn op de manieren waarop eigendom, kwaliteitsbewaking en verdere ontwikkeling van interventies is vorm te geven.
- Groep 2. Dit zijn ontwikkelaars, onderzoekers, eigenaars of verantwoordelijken voor de implementatie van specifieke interventies. Voor een overzicht van de interventies waar het hier om gaat, zie bijlage 2.

De interviewronde is gehouden in 'face-to-face'- en telefonische gesprekken. De deelnemers kregen vooraf vragen toegestuurd (zie bijlage 3).

Het verslag biedt een themagewijze analyse van het onderwerp, waarbij de interviews als bronmateriaal zijn gebruikt. Daar waar uit de interviews verslag wordt gedaan van de inbreng van specifieke personen, betreft dit geen letterlijk citaat, maar geeft het de strekking van de inbreng weer. De conclusies en aanbevelingen in het laatste hoofdstuk geven niet noodzakelijk de opvattingen van de geïnterviewden weer.

3. Invulling van het begrip 'interventie'

Programma's, instrumenten en richtlijnen

Het begrip 'interventies' wordt in de interviews drie betekenissen gegeven.

In de eerste plaats gaat het om *programma's* voor ontwikkelingsstimulering, preventie of om trainings- of behandelpakketten. Kenmerk hiervan is dat richtlijnen voor het handelen in geval van specifieke risico's of problemen zijn vertaald in een pakket met concrete handelingsinstructies (een methodiek of protocol vastgelegd in een handboek of iets dergelijks), trainingen, materialen voor de uitvoering (traininghandleidingen, verbruiksmateriaal, technische hulpmiddelen) en soms ook kwaliteitssystemen (middelen of procedures voor de zekerstelling van de kwaliteit bij de implementatie en uitvoering). In deze categorie komen we grofweg drie varianten tegen:

- *Type 1: interventie als een privaat product*, met een beschermd eigendom, waarvan het gebruik onder strikte voorwaarden is over te nemen (bijvoorbeeld Taakspel, Big Brothers Big Sisters, Triple P). Bij uitzondering geldt hierbij een commercieel belang; meestal is het eigendom vooral bedoeld als bescherming van de kwaliteit van het product.
- *Type 2: interventie als een academisch product*, waarvan de kennis en het gebruik 'vrij toegankelijk' (openbaar) is, zonder commerciële doelen. Vaak geeft de ontwikkelaar aan niet de behoefte te hebben om blijvend eigenaar te zijn (bijvoorbeeld EMDR, Minder Boos en Opstandig).
- *Type 3: de interventie als product van een zorgaanbieder*¹. Hieronder vallen veel interventies die afgeleid zijn van enkele bekende interventies of die zijn doorontwikkeld door een zorgaanbieder of een collectief van zorgaanbieders (zoals IOG en Spoedhulp als afgeleide producten van Families First). Ook zijn hieronder buitenlandse 'evidence-based' interventies te scharen die door een zorgaanbieder of een collectief van zorgaanbieders naar Nederland zijn gehaald om voor de toepassing in ons land bewerkt, onderzocht en geïmplementeerd te worden (zoals MST, FFT en PMTO). De mate waarin hier sprake is van een strikt eigendom, vrij toegankelijke kennis of een commercieel belang is wisselend of diffuus. Soms krijgt dit meer het karakter van een type 1-programma, soms meer type 2, maar vaak er ergens tussenin.

Een enkele keer zijn in de interviews ook *signalerings-, screenings- en diagnostische instrumenten* onder de term 'interventies' gevat. In principe zijn ook hier de varianten te herkennen die bij programma's zijn genoemd.

Daarnaast gaat het om *richtlijnen*, aanwijzingen voor goed professioneel handelen. Deze zijn vaak de uitkomst van ontwikkeltrajecten waarin wetenschappers en beroepsverenigingen de laatste stand van kennis hebben vertaald in aanbevelingen voor het handelen van professionals bij de signalering of de aanpak van specifieke risico's of problemen. De producten vertonen gelijkenissen met de type 2-programma's die hiervoor zijn genoemd.

Verschillende betekenissen, dezelfde vraag

Opmerkelijk is dat voor alle genoemde categorieën de vraag speelt hoe de ontwikkeling, implementatie en borging het beste is vorm te geven. Dat geldt niet alleen voor de jeugdsector, maar ook voor de gezondheidszorg. Het hiernavolgende zal met name gaan over programma's en richtlijnen. De overgrote meerderheid van de personen geeft daarvan aan dat het eigendom en de verantwoordelijkheden niet duidelijk of duurzaam zijn belegd. We duiden beide hier aan als 'interventie'. Gaat het alleen over programma's of over richtlijnen, dan duiden we dat expliciet aan.

¹ De term 'zorgaanbieder' gebruiken we hier generiek ter aanduiding van aanbieders van pedagogische basisvoorzieningen, preventieve diensten, jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg.

4. Kwesties die bij dit vraagstuk spelen

Uit de interviews komt naar voren dat het vraagstuk van eigendom en verantwoordelijkheden complex is omdat er zeer uiteenlopende kwesties door elkaar spelen. We noemen de belangrijkste hier in kort bestek.

Professionals moeten kennis vrij kunnen delen

Over het algemeen is men het erover eens dat professionals in onze sector de kennis over ‘werkzame technieken’ en over ‘wat werkt bij wie’ vrij moeten kunnen delen. We zien dit onder meer terug in de vrije beschikbaarheid van richtlijnen binnen sector.

Guus Schrijvers: De medische wereld is wat dit aangaat heel open: kennis en technieken worden gewoon gedeeld. Vrije communicatie tussen professionals is hier een grondrecht. Dat moet je dan ook heilig verklaren. Bij medicijnen geldt een octrooi van 10 jaren om de ontwikkelkosten eruit te halen. Daarna is het medicijn uitgebreid te kopiëren.

Wim Spierings: Dit moet publiek domein zijn, ook als het een ontwikkeld product of een methode van ons als instelling is. Als anderen het willen overnemen, dan moeten we daar blij om zijn. Dan worden ze door ons getraind, bijvoorbeeld tegen betaling van de trainingskosten. Zij kunnen dan weer anderen trainen. Je wisselt met andere instellingen uit als collega's op inhoud, met eenzelfde opdracht en missie. Onder die noemer kun je bij elkaar in de keuken kijken en elkaar verbeteren.

Bij de vrije beschikbaarheid van de kennis gelden echter twee kanttekeningen:

- Vrije beschikbaarheid van kennis betekent nog niet automatisch dat handboeken, trainingen, verbruiksmaterialen en kwaliteitssystemen gratis beschikbaar zijn. Aan het aanbod van trainingen, materialen en systemen zijn vaak kosten verbonden. Bovendien rusten er doorgaans eigendomsrechten op van de ontwikkelaar. Dat heeft weer te maken met de investering die de eigenaar moet doen in de (verdere) ontwikkeling en het ‘in de lucht houden’ van het aanbod en de bescherming van het product tegen commercieel gebruik door derden.
- Vrije beschikbaarheid van kennis betekent ook niet automatisch dat deze kennis wordt overgenomen en toegepast. Allerlei onderzoek wijst uit dat implementatie en borging van kennis veel meer vereist dan alleen verspreiding.

Marlies Hulscher: Het ‘gratis’ in de markt zetten leidt niet zonder meer tot toepassing. Richtlijnen worden – ondanks de brede beschikbaarheid - gemiddeld in 60 tot 70 procent van de gevallen toegepast. Per instelling of professional varieert dit echter sterk. Soms zit het percentage heel laag. Soms zit het veel hoger; 70 procent is dus geen plafond. Dat laat zien dat het wel hoger kán.

Bescherming kwaliteit van de uitvoering

Onderzoek en ervaring laat zien dat de uitvoering van een interventie vaak niet volgens de regels gebeurt. Omwille van de integriteit van de uitvoering treft men in de praktijk uiteenlopende maatregelen aan:

- Door een strikt eigendom over de interventies te regelen en – in het verlengde daarvan – uitgebreide eisen te stellen aan en toe te zien op de uitvoering wil de eigenaar voorkomen dat de werkzaamheid wordt aangetast.
- Uitvoerders van een interventie worden door een instantie gecertificeerd. Dit keurmerk moet garanderen dat de uitvoerder die bijvoorbeeld zegt programma X uit te voeren ook daadwerkelijk aan de uitvoeringseisen voldoet. Zo geldt bij de registratie als ‘EMDR practitioner’ dat de uitvoerder aantoonbaar beschikt over de nodige kennis en vaardigheden.
- Er vindt een kwaliteitsmonitoring van de uitvoering plaats. Men kijkt daarbij of de uitvoeringspraktijk typische kenmerken van bijvoorbeeld een effectief programma vertoont en/of men gaat na of de effectiviteit van de hulp- of dienstverlening op voldoende niveau is. Het

kwaliteitssysteem is soms gekoppeld aan een specifiek programma (zoals bij Families First) en soms geschikt voor de monitoring van uiteenlopende programma's (zoals in Jeugdzorg Drenthe).

Sandra Korthals: BBBS is eigendom van BBBS International. De Nederlandse stichting heeft een Affiliation Agreement. De naam van BBBS is beschermd. Ieder jaar moeten we – door een boekwerk in te vullen - aantonen dat we ons aan de regels houden zodat we de naam mogen gebruiken. Stukken zijn ook niet vrij beschikbaar. Dit alles is bedoeld om ervoor te zorgen dat de aanpak niet versnipperd en verwaterd.

Lisbeth Utens: Onze afdeling (Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC – Sophia Kinderziekenhuis) is niet commercieel gericht. Wij hebben de vertaal- en uitgeversrechten van het programma, en zijn verder contractueel gebonden aan de oorspronkelijke, Australische auteur. Het eigendomsrecht is daarbij bedoeld ter bescherming van het product.

Water Matthys: Het programma 'Minder Boos en Opstandig' is vrij te verkrijgen; er is geen kwaliteitseis ten aanzien van de uitvoering aan verbonden. Dit is achteraf niet zo gelukkig, want je ziet dat het soms maar voor een deel of sterk verkort wordt uitgevoerd.

Jan Willem Veerman: Als iedereen het programma zo maar mag gebruiken, zie je vaak dat het verwaterd. Je kunt certificering gebruiken om dit te beschermen. STOP 4-7 is een mooi voorbeeld. Dat programma kun je zo via de boekhandel kopen, maar je kunt ook een certificaat halen dat laat zien dat je een gekwalificeerd uitvoerder bent. Bij Families First wordt gemonitord of de hulpverlener doet wat-ie moet doen.

Geraldien Blokland: Bij Triple P is de organisatie Triple P International (TPI) de eigenaar, ook van de Nederlandse versie. Dit doen zij om de kwaliteit van het programma te bewaken, om zogeheten 'program drift' tegen te gaan. De materialen zijn uitsluitend te koop voor gecertificeerde professionals. De professional die het programma uitvoert krijgt een certificaat als die de training en de aansluitende accreditatieworkshop succesvol heeft afgerond bij door TPI erkende trainers. Triple P heeft instrumenten om de resultaten op het gedrag van ouders en kinderen te monitoren. Het is de verantwoordelijkheid van de uitvoerende instelling om die ook te gebruiken. Het programma heeft geen apart instrument om de kwaliteit van de uitvoering te meten.

Wim Slot: PMTO is een schoolvoorbeeld van kwaliteitscontrole in de interventie zelf. Voordat je als trainer bent gecertificeerd, is er een uitgebreide check gedaan. Ook de uitvoerende organisatie moet tekenen voor een 'Readiness Check', om te garanderen dat de randvoorwaarden in orde zijn. PMTO heeft nog geen resultatenmonitor, maar dat komt er wel aan.

Renée Beer: De registratie die je kunt behalen als EMDR behandelaar ('practitioner'), supervisor of trainer, heeft tijdelijke geldigheid. Om de registratie te behouden, moet periodiek aangetoond worden dat men nog steeds beschikt over de noodzakelijke expertise. De eisen waaraan men moet voldoen om deze registratie te verkrijgen en te behouden zijn op Europees niveau vastgelegd door de organisatie 'EMDR Europe'. De Vereniging EMDR Nederland en de internationale organisatie EMDR Europe spelen een rol ten aanzien van de kwaliteitsbewaking.

Ria van der Sar: Training en begeleiding zijn noodzakelijk gebleken om het effect te behalen. Daarom gaan bij Taakspel onderwijsbegeleidingsdiensten een licentieovereenkomst aan met de eigenaar van het programma, de CED-groep. Deze overeenkomst bepaalt dat alleen gecertificeerde schoolbegeleiders op de scholen Taakspel mogen invoeren en dat zij daarbij het voorgeschreven invoeringstraject moeten volgen. Er is geen gerichte monitoring op de resultaten. Natuurlijk is het programma zonder certificering gemakkelijker te verspreiden. Helaas leidt dat niet tot het gewenste effect, integendeel zelfs. Er zijn nu rond de 200 schoolbegeleiders gecertificeerd; de scholen kunnen dus gemakkelijk overal in het land bij begeleidingsdiensten terecht.

Opmerkelijk hierbij is dat een aantal geïnterviewden een sterk accent legt op de bewaking van de integriteit van de uitvoering van de interventie. Om een effectief aanbod te garanderen, is het volgens deze benadering gewenst dat de professional met 'evidence-based' interventies werkt en die precies uitvoert zoals is voorgeschreven. Anderen draaien het om. De professional is dan degene die de beste zorg moet leveren, naar de huidige stand van kennis. Of een professional geheel volgens de richtlijnen en/of een 'evidence-based' interventie werkt is zijn eigen verantwoordelijkheid. Als resultaten volgens patiënten, de inspectie of financiers achterblijven, moet dit voor professionals en aanbieders een stimulans zijn om zo getrouw mogelijk via de richtlijnen te werken. Monitoring van de integriteit van de uitvoering is voor de professional in dat verband een hulpmiddel.

Marlies Hulscher: De arts is in wezen verantwoordelijk voor de toepassing van richtlijnen en het beredeneerd afwijken daarvan. Daarbij geldt dat het juridisch gevolgen kan hebben als hij afwijkt, gezien de eisen die aan zijn handelen zijn gesteld vanuit het tuchtrecht, de wet- en regelgeving en de financier.

Corina Brekelmans: De professional moet werken volgens de kennis over wat werkt. Dat is zijn verantwoordelijkheid. Dat is stevig verankerd in onder meer de wet BIG, de WGBO, de in- en verkoopgids voor Diagnose Behandel Combinaties enzovoorts.

Guus Schrijvers: De kwaliteitstoets moet onder meer gebeuren door patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de inspectie. Beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen hebben in principe ook een belangrijke functie, maar zitten soms te dicht op de bescherming van hun leden of zijn wat ingeslapen. De overheid zou de Landelijke Huisartsenvereniging geld moeten geven voor innovatie. Dat zal erg goed werken. Het daagt ze uit om naar hun eigen kwaliteit te gaan kijken. Daar komt bij dat het dankzij de ICT veel beter mogelijk is om in de gezondheidszorg met Routine Outcome Monitoring te werken (ROM). Experimenten laten zien dat dit goed werkt

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat de jeugdsector in een soort tussenfase zit, waarin er veel wordt gekeken naar de uitvoeringsintegriteit van de specifieke methode. Dat acht men nodig omdat het nog te weinig mogelijk is om professionals op de resultaten van hun handelen aan te spreken. De bedoeling is volgens hen dat uiteindelijk de instellingen en de professionals meer verantwoordelijkheid nemen en de monitoring gebruiken om de kwaliteit van de diensten en de hulp te optimaliseren.

Wim Spierings: De vraag moet niet zijn of we effectieve methoden toepassen, de vraag is of wij als instelling effectieve hulp bieden, of onze professionals effectieve hulp bieden. Kwaliteitsmonitoring is een verantwoordelijkheid van de instelling, over de hele breedte van het aanbod. Gegevens uit die monitor dienen bij te dragen, in de vorm van feedback ten behoeve van de ontwikkeling van de professional. Van belang is dat:

- je als instelling moet verantwoorden wat je doet;
- je als instelling dan ook effectieve mensen moet hebben, die resultaat boeken.

De prikkel tot kwaliteitsverbetering ligt dus niet in het simpelweg invoeren van een methode, en het neerzetten van de professional als de uitvoerder. De prikkel ligt daar waar de organisatie gaat verantwoorden wat de effectiviteit van de hulp is, bij de organisatie die ervoor zorgt dat de professional resultaat levert. Je biedt in dat kader de professional de mogelijkheid een methode te leren – en je coacht hem bij de goede uitvoering ervan – om resultaat te leveren. Uiteindelijk gaat het dus niet om de effectiviteit van de methode maar om de effectiviteit van de hulpverlener(s).

Jan Willem Veerman: In de jeugdzorg werken we in het kader van het traject Zicht Op Effectiviteit aan het standaard in kaart brengen van de resultaten van het werk. De gegevens zijn onder meer bedoeld als kwaliteitsmonitor voor de professionals, die er hun werk mee kunnen verbeteren. Omdat dit feedbacksysteem nog niet goed werkt, is het nodig te werken met certificering van uitvoerders en Routine Uitvoerings Monitoring (RUM) naast de opbouw van een Routine Outcome Monitoring (ROM).

Peter Stam: Met het meten van resultaten richt je je op het verleden. Tegelijk moet je als zorgaanbieder met een goede toepassing van interventies voorspellen dat de kans groot is dat je in de toekomst ook goede resultaten haalt. Anders gezegd: resultaten uit het verleden geven alleen maar een garantie voor de toekomst als in de toekomst hetzelfde wordt gedaan als in het verleden. Daarom blijft voor de zorgaanbieder het monitoren van de behandelintegriteit belangrijk. Nu gebeurt dat monitoren nog erg per interventie. Dat maakt het veel te complex. Er zal een ontwikkeling komen naar een beperkter aantal succesvolle interventies die zorgaanbieders gebruiken. Ook zal er – uit kostenoverwegingen – druk komen op het efficiënter meten. Te verwachten is dat er een landelijk circuit zal komen om de grootste gemene deler eruit te halen en vooral daarop te gaan monitoren.

Eigendom over interventies

In de vorige paragraaf is aangegeven dat het eigendom over interventies als één van de manieren wordt gezien om de kwaliteit te bewaken. Het blijkt echter niet altijd juist of mogelijk om te spreken over ‘de eigenaar’. De levensloop van een interventie kent verschillende fasen en aspecten:

- Ontwikkeling en daaraan verbonden onderzoek.
- Brede implementatie en daarvoor benodigde materialen (bijvoorbeeld handboeken), trainingsfaciliteiten en kwaliteitssystemen (bijvoorbeeld procedures voor certificering en toezicht).
- Het onderhouden van een interventie (periodieke actualisering, verder geschikt maken voor uiteenlopende toepassingen, periodieke evaluaties).

Bij type 1-programma's geldt doorgaans dat de eigenaar zich verantwoordelijk stelt voor activiteiten op alle aspecten of in alle fasen. Bij type 2- en 3-programma's ligt dat vaak anders: het eigendom geldt daar vaak niet over alle aspecten of fasen. Zo geven bijvoorbeeld ontwikkelaars van type 2- en type 3-programma's aan dat ze weliswaar de ontwikkelaar zijn, maar dat het niet hun ‘core business’ is om ook de implementatie op zich te nemen. Ze beschouwen zichzelf vooral als onderzoeker of zorgaanbieder, en niet als bijvoorbeeld een manager van landelijk ‘uitroltraject’. Dat leidt er niet zelden toe dat een programma via een publicatie wel breed beschikbaar is, maar er geen voorziening is om deze goed te implementeren, op uitvoeringskwaliteit te monitoren of te onderhouden.

Boi Jongejan c.s.: Elke ontwikkelingsfase heeft zijn eigen constructie. Je kunt niet helemaal vastleggen hoe het later moet zijn.

Margot Fleuren: Voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg heeft het RIVM de regie. ZonMw financiert de ontwikkeling op projectbasis. Dat betekent dat er steeds verschillende onderzoekers en instanties zijn die die ontwikkeling uitvoeren. Zij hebben na het project – strikt genomen – geen verantwoordelijkheid meer. De verspreiding en de eerste implementatie verlopen vaak nog goed, maar bij het langdurig borgen gaat het vaak mis omdat daar slecht in is voorzien.²

Marlies Hulscher: ZonMw geeft aan onderzoekers een implementatetaak, maar dit is niet de core-business van de onderzoekers. Kijken we naar belangrijke richtlijnenprogramma's in de gezondheidszorg, dan blijkt dat de verantwoordelijkheid voor de implementatie niet goed is uitgekristalliseerd.³

Geraldien Blokland: Bij ZonMw houdt implementatie voornamelijk in dat je de ontwikkeling van een innovatie afrondt met een overdraagbaar en op resultaat onderzocht product, puls een plan hoe dat product verspreid zou kunnen worden. Maar daarna begint het implementeren pas!

Lisbeth Utens: Wij hebben het Vrienden-programma vooral naar Nederland gehaald om er onderzoek naar te doen. De taak van de verspreiding is daarbij gegroeid. Maar wij zijn vooral een behandel- en onderzoeksinstelling.

Walter Matthys: Wij zijn geen onderhouder van een programma; onze opdracht is vooral onderzoek en behandeling. Landelijke verspreiding van een programma vinden we wel goed, maar we kunnen er weinig aan doen.

Sandra Korthals: We zijn echt voor een maximale beschikbaarheid van het BBBS-programma. Maar we hebben geen tijd en geld om het veel uit te dragen. Daarom doen we er niet zo veel aan.

Renée Beer: Implementatie van EMDR in het kinder- en jeugdveld in Nederland is gerealiseerd door trainers die een uitgebreid opleidingstraject in deze methode hebben doorlopen. Zij zorgen voor voortdurende actualisering van hun trainingen. Geregistreerde behandelaars kunnen zelf de methode beter geschikt maken voor specifieke doelgroepen. Hierbij wordt nagestreefd zorgvuldig erop toe te zien dat niet de methode verwaterd of verkeerd wordt toegepast.

Om het probleem van het eigendom te ondervangen is onlangs voor de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg voor een andere constructie gekozen. Het gaat daarbij om de richtlijnen voor het zogeheten Basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg.⁴ De contouren van die constructie zien er als volgt uit.⁵ ZonMw heeft een (beperkt) budget voor implementatie en verspreiding. De beroepsverenigingen en koepels bepalen de inhoud en de randvoorwaarden. Richtlijnontwikkelaars krijgen niet zonder meer ook de opdracht voor implementatie en verspreiding. Het RIVM voert daarvoor het uiteindelijke beheer en de regietaak uit. Het instituut

- heeft daarbij het copyright;
- verspreidt informatie en zorgt voor een vraagbaak;
- zorgt voor een procedure waarin de kennis beschikbaar komt voor opleidingen, vakbladen, websites, studieboeken en herhaald aan te bieden trainingen;
- informeert de Stichting HKZ⁶ en de Inspectie over de richtlijnen en de daarbij geldende randvoorwaarden;
- regisseert de periodieke evaluatie en bijstelling.

De uitvoerende organisaties zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de implementatie. Bij dit alles moet worden aangetekend dat het voor de hand ligt dat een rijksinstituut als het RIVM hierin een belangrijke regietaak heeft – en zelfs het copyright van de richtlijnen krijgt - omdat het hier gaat om richtlijnen op het gebied van het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg. De overheid is immers voor de uitvoering van dat takenpakket verantwoordelijk. Bij veel andere interventies in de

² Zij verwijst hierbij naar de studie: Fleuren, M.A.H. & Jong, O.R.W. de (2006). *Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg*. Leiden: TNO

³ Zij verwijst in dat kader naar de studie: Nelen, W.L.D.M., Beer, J.J.A. de, Burgers, J.S. & Hulscher, M.E.J.L. (2005). *Leren van Nederlandse landelijke richtlijnenprogramma's anno 2004*. Nijmegen: Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) UMC St Radboud.

⁴ Voor informatie over wat het Basistakenpakket inhoudt, zie www.rivm.nl/jeugdgezondheid

⁵ Bron: RIVM / Centrum Jeugdgezondheid (November 2007). *Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg*. Bilthoven: RIVM.

⁶ De Stichting HKZ geeft keurmerken af die aangeven dat een instelling het werk zodanig heeft georganiseerd, dat aan alle voorwaarden is voldaan om optimale zorg te kunnen leveren. Dat betekent onder meer dat een organisatie betrouwbaar presteert en voortdurend werkt aan verbetering van de zorg- en dienstverlening. Voor meer informatie zie www.hkz.nl.

jeugdsector ligt dat anders; daar gaat het om een veld waar verantwoordelijkheden – en daarmee het eigendom over interventies – ook bij particuliere organisaties kunnen zijn belegd.

Overigens geven verschillende geïnterviewden op basis van ervaring aan dat het eigendom over een interventie vaak niet betekent dat men producten juridisch goed kan beschermen. Als puntje bij paaltje komt is die bescherming moeilijk afdwingbaar. Eigendom betekent dan ook in de praktijk dat men zich sterk verantwoordelijk voelt voor de ontwikkeling, implementatie en/of kwaliteitsbewaking en het product zo goed en kwaad mogelijk probeert tegen ‘verwatering’ te beschermen. Men probeert dat vorm te geven door bijvoorbeeld de naam van de interventie te deponeren en/of uitvoerders te certificeren. Voor zover daar geen commerciële doelen mee gemoeid zijn, lijken deze maatregelen vooral bedoeld als noodgrepen uit gebrek van een goede monitoring van resultaten.

Sandra Korthals: De naam BBBS is beschermd door de eigenaar in de VS. De naam mag in principe niet zomaar gevoerd worden. Je moet aan de eisen voldoen. Het gebeurt wel dat anderen de naam gebruiken zonder daarvoor gekwalificeerd te zijn. De juridische procedure om dat tegen te gaan is echter moeilijk. We kunnen natuurlijk ook gewoon de krant bellen. Maar dat komt er weinig van.

Renée Beer: Het begrip ‘eigendom’ kan verschillend worden geïnterpreteerd. EMDR Europa heeft in het kader van waarborgen van de kwaliteit van EMDR juridisch laten onderzoeken in hoeverre er sprake kan zijn van geestelijk eigendom, en of dit hard te maken is. De naam EMDR is generiek. Generische kennis is algemeen beschikbaar en niemands eigendom. EMDR kan niet beschermd worden als methode van interventie. Er bestaan om die reden geen formeel-juridische rechten op het gebruik van het protocol.

Ria van der Sar: Voor Taakspel wordt regelmatig op de internetsites van onderwijsbegeleidingsdiensten gekeken of zij de interventie op de juiste manier aan scholen aanbieden. Als zij dat niet volgens de licentieovereenkomst gebeurt (bijvoorbeeld, een dienst biedt maar 5 keren begeleiding bij de invoering op school in plaats van de vereiste 10 keren, of de schoolbegeleider is niet gecertificeerd) dan nemen we contact op. In het uiterste geval kan de licentieovereenkomst worden ontbonden. De dienst kan dan Taakspel niet meer aan scholen aanbieden.

Het ‘klonen’ van programma’s

Bij de bescherming van de kwaliteit van de uitvoering speelt nog een bijzonder punt. Ontwikkelde programma’s worden door professionals en aanbieders vaak opzettelijk een beetje aangepast, zodat er – meestal onder een andere naam - een nieuwe variant gaat ontstaan die veel op het origineel lijkt. Dit kan bedoeld zijn om het eigendom over een programma – en de kosten en verplichtingen die met implementatie zijn gemoeid – te ontduiken (vergelijkbaar met het namaken van Nike-schoenen in China). Maar ook kan het gezien worden als een poging het programma toe te snijden op een specifieke toepassing. Aan dit mechanisme zitten zowel positieve negatieve kanten:

- Positief is dat er met de aanpassing maatwerk wordt gerealiseerd. Bovendien leert de ervaring dat aanpassing de weerstand tegen implementatie vermindert. In de gezondheidszorg gebruikt men dan ook doelbewust de strategie dat een richtlijn aangepast moet of kan worden aan een lokale situatie.
- Negatief kan men stellen dat met de aanpassing niet duidelijk is of de bewezen effectiviteit van het oorspronkelijke programma of de richtlijn net zo geldt voor de nieuwe variant. Ook geldt dat bij deze nieuwe variant zich wederom de vraag voordoet: wie is verantwoordelijk voor de kwaliteit, de implementatie, het onderhoud?

De negatieve consequenties worden door eigenaars van interventies en door onderzoekers met het oog op het integriteitprincipe momenteel het zwaarst gewogen. Daarbij moet worden opgemerkt dat de negatieve consequenties veel minder zullen zijn als de aanpassing van een interventie gepaard gaat met een gedegen monitoring van de resultaten door degene die de aanpassing maakt: zijn de resultaten slechter, net zo goed of misschien zelfs beter dan het oorspronkelijke product? Aanpassing van de richtlijn of het programma hoeft dus nog niet het probleem te zijn; het ontbreken van een goede resultatenmonitor vormt het grootste struikelblok.

Walter Matthys: Iedereen mag het programma Minder Boos en Opstandig aanpassen, alleen moet dan wel – bijvoorbeeld uit de naam - duidelijk zijn dat het een aanpassing is. Zo wordt er bijvoorbeeld nu – onder een andere naam - een versie gemaakt voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.

Renée Beer: Bij EMDR zien we twee dingen gebeuren. In de eerste plaats aanbieders van niet-erkende EMDR trainingen. Deze stellen minder hoge eisen aan de uitvoerders, of trainen korter. Dat brengt het risico met zich mee dat cliënten niet goed behandeld worden, dat uitvoerders niet goed opgeleid worden en dat de methode verkeerd gebruikt wordt c.q. verwatert. Ten tweede zien we publicaties over onderzoek met EMDR, waarbij de onderzoekers een doel of doelgroep hebben gekozen waarvoor EMDR niet geschikt is (bijvoorbeeld het laten verdwijnen van herinneringsbeelden uit het geheugen c.q. behandeling van niet-traumagerelateerde fobieën) of waarbij de betrokken behandelaars niet adequaat zijn opgeleid en het protocol niet juist of onvolledig toepassen.

Sandra Korthals: We zien bij BBBS inderdaad dat de naam wordt gebruikt bij varianten die echt anders zijn, bijvoorbeeld omdat ze minder streng zijn bij het werven en trainen van de ingezette vrijwilligers.

Peter Stam: Het NJi zou bij de Databank Effectieve Jeugdinterventies voor elke interventie die aan de kwaliteitseisen voldoet een keurmerk moeten verschaffen dat gedeponereerd is en uitsluitend voor dit type interventie gevoerd mag worden. Iedereen in de sector kan de theorie achter deze interventie overnemen en er zelf een programma van bouwen, waar het NJi (ook al is het vrijwel hetzelfde programma) weer het keurmerk aan kan geven. Maar tegelijkertijd moeten er twee zaken voor zorgen dat het 'jatten' van programma's minder aantrekkelijk wordt:

- Een interventie is pas op te nemen in de databank als ze door ten minste drie aanbieders wordt uitgevoerd. Dit voorkomt het kopiëren van interventies en het voorkomt dat de databank volloopt met zeer vergelijkbare interventies.
- Het keurmerk dat bij een programma behoort, kan wel gedeponereerd worden. Hulpverleners die het programma volgens dit keurmerk uitvoeren zijn protocollair gedekt voor de kwaliteit (effecten) van hun zorg. Het uitvoeren van een interventie zonder te voldoen aan het keurmerk, onder de gelijktijdige pretentie dat het er wel aan voldoet komt dan te vallen onder het tuchtrecht van de beroepsvereniging.

Het domweg 'jatten' van een programma is niet interessant vanuit een kostentechnisch oogpunt, omdat degene die het ervoor moet zorgen dat aan alle eisen wordt voldaan (monitor, effectstudies, drie aanbieders, etc.). Voordeel is dat programma-eigenaren niet op het vermeende intellectuele eigendom kunnen gaan zitten en innovatie in de sector niet stagneert.

Gemaakte kosten en financiering

De eigendomsvraag over programma's en richtlijnen hangt ook samen met kosten die zijn gemaakt voor de ontwikkeling, implementatie en borging en de wijze waarop deze kosten zijn of moeten worden gefinancierd.

- *Kosten van onderzoek en ontwikkeling.* Voor richtlijnen en type 2- en 3-programma's geldt vaak dat ze via publieke middelen (bijvoorbeeld projectsubsidies van gemeenten, provincies of het rijk, ZonMw-gelden, middelen uit de eerste of tweede geldstroom van universiteiten) zijn gefinancierd. Bij type 1-programma's is dat niet altijd het geval. Dan moet de ontwikkelaar de kosten in de implementatie van de richtlijn of het programma terugverdienen.
- *Kosten voor onderhoud, vernieuwing en doorontwikkeling.* Als deze niet bij de aanvankelijke ontwikkeling zijn meegefinancierd, moeten middelen hiervoor in de uitvoering worden verworven. Soms is het de eigenaar van het programma of de richtlijn die hiervoor inkomsten uit de implementatie genereert. In andere situaties vraagt de eigenaar, een onderzoeker of een ontwikkelaar hiervoor een projectsubsidie aan, of wordt dit via andere publieke middelen bekostigd. Soms heeft de zorgaanbieder hiervoor een budget voor onderzoek en ontwikkeling beschikbaar, als gevolg van afspraken met de zorgverzekeraar of andere financier.
- *Kosten voor training, materiaal en kwaliteitssystemen.* Naast kosten om de training, het materiaal en de systemen te maken, gaat het ook om de kosten gemoeid met de uitvoering en 'handling'. Soms is voor dit alles een bijzondere implementatiesubsidie verstrekt, zodat bij de implementatie de kosten voor de zorgaanbieders zeer laag gehouden kunnen worden. In andere gevallen moet de eigenaar deze kosten (of een deel) doorberekenen aan de afnemers.
- *Kosten om winst te kunnen maken.* Naarmate de eigenaars van interventies winst moeten maken, bijvoorbeeld om risico's te dekken, om een aantal overhead- of ontwikkelingstaken te financieren of om gewoon aan een product te verdienen, leidt dit tot een hogere prijs.

Omdat de verschillende kosten bij een interventie soms door uiteenlopende financiers zijn gedekt, is het totale financiële plaatje vaak niet helder. Zoals we in voorgaande paragrafen herhaaldelijk hebben gezien, geldt bovendien dat er vaak sprake is van projectfinanciering die slechts gebonden is aan een bepaalde fase in de levensloop van een programma of een richtlijn. Bijvoorbeeld, alleen de ontwikkeling is gefinancierd, implementatie en het onderhoud (nog) niet. Daarbij is niet altijd helder afgesproken van wie de resultaten van het project zijn en wie verantwoordelijk is voor de volgende fase.

Walter Matthys: Bij het programma Minder Boos en Opstandig was er eerste sprake van om het programma niet uit te geven. Dat hoort niet echt bij onze taak. Dat hebben we uiteindelijk wel gedaan, maar dat kostte veel. Die schuld werken we nu weg door de verkoop van de handleiding.

Sandra Korthals: Bij BBBS worden de kosten van officemanagement, coördinatie, opleiding en de monitor gedekt door een subsidie van de gemeente Rotterdam.

Wim Slot: Voor MST en FFT is een grote ZonMw-subsidie beschikbaar voor onderzoek en implementatie. Er is in dat kader ook geld voor een landelijk steunpunt voor MST en een voor FFT. Bij VWS is nu de vraag neergelegd of een dergelijk steunpunt ook voor PMTO te financieren is. Omdat dit eerste-generatie-programma's zijn, is er nog veel extra geld voor de kwaliteitsbewaking.

Producten in een markt?

Programma's zijn in principe te beschouwen als producten waarmee in een markt te concurreren is. In de interviews brengen enkelen naar voren dat dit principe in de jeugdsector een rol begint te spelen. Maar over het algemeen is er geen helder beeld over de rol van interventies in een concurrerende markt.

Wel komt uit de interviews komt naar voren dat – volgens de geïnterviewden - op het marktprincipe in de sector het nodige af te dingen valt.

- Het principe dat professionals vrij kennis kunnen delen rijmt niet met het strikte concurrentieprincipe. Wetenschappelijke kringen en beroepsverenigingen zijn in dat verband voor veel professionals net zo belangrijk als 'het bedrijf' waar ze werken. Beroepsverenigingen spelen dan ook een rol in de verspreiding van de kennis. Zorginstellingen hebben daar belang bij, want zo komen zij aan goede professionals. In dat licht geven enkele geïnterviewden aan dat concurrentie het delen van kennis niet in de weg hoeft te staan.
- Kenmerk van veel professionals in de sector is bovendien dat zij zich niet zo bezighouden met 'marktprincipes'. Velen van hen willen gewoon goede zorg leveren.
- Waar er geconcentreerd wordt, speelt de 'evidence-based'-status van een interventie niet per definitie een rol.
- Omdat cliënten en professionals vaak geen grote afstanden willen reizen, zijn zorgaanbieders aan regio's gebonden. Dat beperkt de concurrentie.
- Concurrentie zal vooral spelen in markten waarin het aanbod de vraag aanmerkelijk overstijgt. In de zorgsector ligt dit eerder andersom: de vraag overstijgt het aanbod. Bovendien is het zicht op dat aanbod niet altijd helder

In plaats van concurrentie zou men wellicht beter kunnen spreken van een via competitie nastreven van een zo hoog mogelijke, collectieve kwaliteit. Voor financiers is het vervolgens interessant om te stimuleren dat deze hoge kwaliteit tegen zo laag mogelijke kosten wordt gerealiseerd.

Margot Fleuren: Concurrentie is in de jeugdgezondheidszorg helemaal niet aan de orde. De instellingen en professionals worden er niet door geprikkeld. Het gaat om een publieke taak.

Peter Stam: Het lijkt mij onverstandig om de introductie en verspreiding van interventies uitsluitend en alleen aan de vrije markt over te laten. Bij een vrije markt horen faillissementen, verliezers en winnaars. In een sector als de onze is het verlies van de verliezer in feite het verlies van de klant. Het is dus beter te sturen op speltheoretische principes.

Wim Spierings: Marktdenken verhindert de uitwisseling van diensten en kennis. Door invoering van het concurrentieprincipe (zoals in Rotterdam) lopen we het risico dat het beschermen van de belangen van de eigen organisatie een vrije kennisuitwisseling in de weg gaat staan. Dat is gevaarlijk. Daarmee zouden we uit het oog kunnen verliezen dat we samen moeten staan voor een goede (keten)zorg. We mogen geen concurrenten worden, maar moeten collega's zijn met een gezamenlijke missie en visie en een gezamenlijk streven de zorg op een hoger plan te brengen, met de inzet van iedereen. Vandaar dat je bij elkaar in de keuken moet kunnen kijken en elkaar traint in 'best practices'.

Guus Schrijvers: Daar heb ik niet zo gauw een antwoord op. Concurrentie is iets voor economen en managers, niet iets voor professionals. Het staat op gespannen voet met de vrije uitwisseling tussen professionals. Vrije communicatie tussen professionals is hier een grondrecht. Dat moet je dan ook heilig verklaren. Eigen bureautjes die commercieel gaan verstoren dit beeld. Maar uiteindelijk moeten ook die in een netwerk zitten om de eigen kennis op peil te houden.

Marlies Hulscher: Directeuren leggen de verantwoordelijkheid voor de inhoud bij de professionals; ze gaan ervan uit dat artsen de beste zorg toepassen. Artsen denken helemaal niet zo in termen van concurrentie, richtlijnen en doelgroepen. Ze kijken per patiënt.

Boi Jongejan c.s.: Er zijn weinig professionals die geen kennis willen delen. Ziekenhuizen willen deels wel vermarkten, tegelijkertijd hebben ziekenhuizen veelal een regionale rol in het leveren van de basiszorg. Patiënten en professionals zijn voor die basiszorg geografisch sterk aan die regio gebonden. Zij willen geen grote afstanden reizen. Voor het leveren van goede zorg stimuleert dit alleen maar kennisuitwisseling over regio's heen. Daarnaast is er een overvloed aan werk; de vraag overstijgt het aanbod. Je hoeft dus meestal niet om de patiënten te vechten. En in die gevallen waar er weinig vraag is, wil je geen zorg bieden (en ook niet moeten willen bieden) voor twee patiënten per jaar. Dan ga je veel liever bovenregionaal samenwerken om de zorg goed te kunnen leveren.

Renée Beer: Of EMDR een rol speelt in de concurrentie, dat kunnen we nog niet zeggen. EMDR is wel 'in', maar we kunnen het nog niet neerzetten als echt een 'evidence-based' interventie voor kinderen en jeugdigen met posttraumatische stressstoornissen (PTSS), zoals dat wel het geval is voor volwassenen. Daar is het een bewezen effectieve behandeling en opgenomen in diverse (inter)nationale richtlijnen als eerste keus behandeling. Voor kinderen en jeugdigen is nog geen enkele behandelmethode voldoende bewezen effectief, voor zover het gaat om PTSS en andere traumagerelateerde stoornissen.

Walter Matthys: Concurrentie? Daar hebben we weinig van gemerkt. Dat zou ik ook niet zo belangrijk vinden. Het gaat er eerder om dat het programma verder wordt ontwikkeld.

Jan Willen Veerman: Nee, concurrentie speelt nu nog weinig een rol. Dat zou wel moeten, want de klant zou moeten weten dat de hulp aan kwaliteitseisen voldoet.

Lisbeth Utens: Scholen kunnen zich profileren en hierdoor min of meer concurreren op het feit of ze met speciale programma's werken. Er zijn echter veel programma's daarbij in de running, ook allerlei niet-evidence-based sociale vaardigheden programma's. Ouders en scholen laten mijns inziens daarbij (te) weinig de evidence-based status meewegen.

Wim Slot: Concurrentie speelt wel een rol. Zo beconcurreren Triple P en PMTO elkaar. Maar als je als aanbieder in een regio de enige bent die deze programma's (of één ervan) in huis hebt, sta je wel sterker. Maar de vraag is of er echt sprake is van een markt. Dat veronderstelt namelijk dat de klanten een goed overzicht hebben van het aanbod. Dat hebben ze momenteel niet, ook het bureau jeugdzorg niet.

Geraldien Blokland: Triple P concurreert met andere programma's die een vergelijkbare kwaliteit en inhoud hebben en zich ook op gedragsproblemen bij jeugdigen richten. Dat biedt keuzemogelijkheden. Maar meer van hetzelfde kan ook zonde van de investeringen zijn, want het zijn kostbare ontwikkeltrajecten.

Sandra Korthals: Voor programma's als BBBS geldt dat zorgaanbieders in principe van elkaar professionals kunnen weggopen. Maar omdat ze in de kwaliteit van de uitvoering zullen moeten blijven investeren, kunnen ze beter samenwerken, dan is dat veel beter te organiseren.

Corina Brekelmans: In de volwassenen-ggz speelt concurrentie zeker een rol. Zo biedt het bedrijf PSY-Q een aantal geprotocolleerde behandelingen waar ze de markt mee opgaan. Expertisecentra spelen in op de behandeling van bepaalde stoornissen. Op zich is er echter geen belemmering in de verspreiding van de kennis, daar zorgen de beroepsgroepen wel voor. Maar ook de aanbieders hebben belang bij toegankelijkheid van de kennis, want het is de enige manier om over goede professionals te kunnen beschikken.

5. Naar een ideaal-model

Globale bevindingen

In de inleiding is aangegeven dat drie vragen in deze notitie centraal staan:

- *Wie is de eigenaar van de interventie?* Hier blijken grofweg drie typen te onderscheiden:
 - Type 1: interventie als een privaat product, met een beschermd eigendom, waarvan het gebruik onder strikte voorwaarden is over te nemen.
 - Type 2: interventie als een academisch product. Hier geldt vaak geen strikt eigendom. Vaak geldt dat een onderzoeker de interventie heeft ontwikkeld en vervolgens de kennis en het gebruik 'vrij toegankelijk' stelt.
 - Type 3: de interventie als product van een zorgaanbieder. De mate waarin hier sprake is van een strikt eigendom, vrij toegankelijke kennis of een commercieel belang is wisselend of diffuus.
- *Wie is verantwoordelijk voor implementatie, kwaliteit van de uitvoering en het onderhoud?* Over het algemeen zien we dat de eigenaar zichzelf daarvoor verantwoordelijk stelt. Maar omdat bij type 2 en 3 interventies dat eigendom vaak er niet is of diffuus ligt, is ook de verantwoordelijkheid voor de implementatie, kwaliteit van de uitvoering en het onderhoud niet duidelijk.
- *Is de interventie een product in de markt of openbaar bezit?* Er is vrij veel overeenstemming dat de kennis over de interventie en de technieken door professionals vrij gedeeld moeten kunnen worden. Voor handleidingen, trainingen en monitors ligt dat minder voor de hand, omdat daar kosten aan verbonden zijn die terugverdiend moeten worden. Meer in het algemeen is er echter weinig geloof in het functioneren van de zorg als een echte markt. Principes als vrije uitwisseling van kennis tussen professionals, gezamenlijke missies van zorgaanbieders en regionalisering van de zorg passen daar immers niet goed bij.

Nemen we het bovenstaande in ogenschouw, hoe is de ontwikkeling, implementatie en borging van interventies in de sector dan het beste vorm te geven? Hieronder volgen de belangrijkste aanbevelingen.

Uitgangspunten: elke partij zijn eigen rol

In een ideale situatie neemt elke partij in de jeugdsector zijn specifieke verantwoordelijkheid.

Belangrijk kenmerk van *de professional* is dat hij met kennis autonome beslissingen maakt. Dat houdt in dat de professional ervoor verantwoordelijk is de beste zorg of diensten te leveren, naar de huidige stand van kennis. Richtlijnen helpen hem daarbij keuzes te maken. Specifieke programma's zijn als het ware prototypes van hoe de aanpak volgens de richtlijnen het beste kan verlopen. Of een professional echter geheel volgens de richtlijnen en/of een prototype werkt is zijn eigen verantwoordelijkheid. Hij kan – gegeven zijn kennis en ervaring - beredeneerd afwijken als hij denkt dat dit de kwaliteit van de zorg of diensten ten goede komt. De professional is vanuit dat oogpunt verantwoordelijk voor het bieden van transparantie over de werkwijze en de resultaten van de hulp- en dienstverlening. Hiermee verantwoordt de professional zich naar zijn beroepsgroep (via inter- en supervisie en via klacht- en tuchtrecht) en de samenleving (via inspectie).

In een optimale situatie waken *beroepsverenigingen* over de kwaliteit van een professie. Zij registreren hun leden als bevoegd als deze aan eisen ten aanzien van kennis en ervaring voldoen. Kennis delen is in dit systeem essentieel. Zonder dat is er geen basis voor de professie. In dat kader stellen zij ook eisen met betrekking tot supervisie, intervisie en geregelde her- en bijscholing. Tot de registratievereisten van leden zou kunnen behoren dat professionals werken volgens geldende richtlijnen die mede door de beroepsverenigingen zijn vastgesteld. De professionals hebben de vrijheid om van die richtlijnen af te wijzen als dat de kwaliteit van de zorg aantoonbaar – blijkens

geregistreerde resultaten - ten goede komt. Via tuchtrecht kan de beroepsvereniging bij klachten nagaan of een professional zich volgens de geldende inzichten in zijn handelen heeft laten leiden.

De zorg- of dienstverlenende instelling stelt als organisatie de professional in staat optimale zorg te verlenen, onder meer door hem de mogelijkheid te bieden kennis te delen en zich (bij)te scholen in specifieke programma's die van belang zijn voor de doelgroep. Een voorwaarde is dat zorgaanbieders – op voorspraak van de professionals – daarbij weloverwogen keuzes maken over de voor hun doelgroep geschikte behandelmethodes. Dat voorkomt dat het aanbod bestaat uit een potpourri van methodieken. Ook zorgt de organisatie ervoor dat er innovatiebudget is voor onderzoek, ontwikkeling en implementatie van interventies. Daarvoor maakt de organisatie afspraken met zijn financiers. Net als de professional is ook de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het bieden van transparantie over de inhoud over de werkwijze en de resultaten van de hulp- en dienstverlening. Hiermee verantwoordt de aanbieder zich naar zijn financier en de wetgever. Als de organisatie alles goed op orde heeft, kan hij zich als zodanig laten certificeren.

Wetenschappers helpen dit systeem te werken door kennis te verzamelen en uit te dragen over wat werkt bij welke doelgroepen en onder welke omstandigheden.

Opleidingen zorgen ervoor dat er voor aankomend professionals een goed scholingsaanbod is dat hen opleidt volgens de geldende inzichten. Ook bieden zij een aanbod van her- en bijscholing voor de reeds werkzame professionals.

Inspecties van de overheid zien erop toe dat professionals en zorgaanbieders werken volgens de geldende wet- en regelgeving. *Cliëntenverenigingen* spelen eveneens een rol in de beoordeling van de kwaliteit van de zorg. *Financiers* letten namens belasting- of premiebetalers vooral op de kosteneffectiviteit van de zorg (zo goed mogelijke resultaten tegen zo laag mogelijke prijs).

Eigenaars van interventies zijn in dit systeem houders van kennis over een specifieke handelswijze bij een specifieke doelgroep en daaraan gekoppelde handboeken, trainingen en monitors. Zij houden zich verantwoordelijk voor de ontwikkeling, het onderzoek en het onderhoud van de interventie en de daaraan gekoppelde producten. Als professionals en zorgaanbieders het erover eens zijn dat – met het oog op kwaliteitsverbetering – het nuttig is om een dergelijke interventie 'in huis' te halen, kunnen zij daarvoor de handboeken, trainingen en eventueel ook de monitor met hun innovatiebudget aanschaffen. Als de eigenaar van de interventie langs deze weg zijn handboeken, trainingen en monitors vaak genoeg kan aanbieden, dekt hij daarmee de kosten van de ontwikkeling en het onderhoud. Zij kunnen professionals en organisaties een keurmerk geven als zij aan de eisen voldoen voor de uitvoering van een interventie.

Professionals staan in dit systeem centraal als de verantwoordelijken voor hun eigen handelen. Als resultaten achterblijven, moet dit voor professionals en aanbieders onder meer een stimulans zijn om goede interventies in huis te halen en er zo getrouw mogelijk mee te werken zodat resultaten verbeteren. Monitorsystemen gericht op integriteit van de uitvoering zijn voor de professional in dat verband hulpmiddelen. Eigenaars van interventies kunnen in dat licht het benodigde verbeteraanbod leveren. De kennis die de professionals met dat aanbod opdoen zullen zij delen met hun beroepsgenoten. Immers – zoals gezegd – zonder die kennisdeling is er geen professe.

Eigendom interventies: publiek, privaat of hybride systeem?

Hierboven is gesteld dat de eigenaar van een interventie verantwoordelijk is voor ontwikkeling, het onderzoek en het onderhoud van de interventie en de daaraan gekoppelde producten. Kernvraag is nu: wie is die eigenaar? Oftewel: wie is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, het onderzoek en het onderhoud?

Het antwoord is afhankelijk van de vraag of de interventie deel uitmaakt van een publiek of een privaat bestel. We hebben gezien dat men bijvoorbeeld in de jeugdgezondheidszorg ernaar neigt om de richtlijnen met betrekking tot het Basistakenpakket – waarvan feitelijk de overheid de aanbieder is – in beheer te geven van een rijksinstituut (i.e. het RIVM). Ook de regie in de ontwikkeling en het onderhoud valt in dat model onder het instituut. Feitelijk gaat het hier om eigendom binnen een publiek bestel. In een privaat bestel zullen vooral particuliere eigenaars van type 1-interventies opereren. Dat zijn dan organisaties die – al dan niet met een winstoogmerk – ‘zorgproducten in de markt zetten’.

In veel werkvelden van de jeugdsector is er echter noch sprake van een zuiver publiek, noch van een puur privaat systeem. Eerder neigt het naar een hybride bestel met publieke en private elementen. Dat heeft verschillende oorzaken.

- Ten eerste geldt dat het ideale systeem zoals in de vorige paragraaf is geschetst op veel plaatsen (nog) niet bestaat. In dat geval kunnen bepaalde partijen in de samenleving (momenteel is dat vaak de overheid of de zorgverzekeraar) de verantwoordelijkheid nemen om de sector van een kwaliteitsimpuls te voorzien. In dat kader financieren ze bijvoorbeeld de ontwikkeling en grootscheepse implementatie van interventies, zoals dat jaren geleden met de invoering van Families First gebeurde en momenteel met interventies als MST, FFT en PMTO.
- Ten tweede komen – samenhangend met het eerste punt - veel interventies tot stand middels publiek geld of verzekeringspremies. Het gaat hier dan om type 2- of 3-interventies, waarvan we het oneigenlijk vinden dat die in handen komen van commerciële organisaties die de ze verder gaan uitventen.
- Ten derde is er veel twijfel in de jeugdsector of marktprincipes daar wel van toepassing zijn. Regio's en zorgaanbieders willen elkaar helpen in plaats van beconcurreren. Ze stellen elkaar producten ter beschikking, laten hun professionals kennis delen. Als eigenaars van een interventie hun product in een dergelijk veld implementeren, is de kans groot dat de professionals de kennis en technieken aan elkaar doorgegeven. De eigenaars kunnen hun product dan wellicht niet genoeg afzetten om uit de kosten te komen.

Interventies die van goede kwaliteit zijn, helpen om in de sector een flinke kwaliteitsslag te maken. In dat geval is het logisch dat er voor interventies die geen duidelijk eigendom hebben of waarvan de eigenaar moeilijk het hoofd boven water kan houden voorzieningen worden getroffen. Dat moet ervoor zorgen dat in een adequate implementatie, borging en onderhoud van de interventies wordt voorzien. Een dergelijke voorziening kan net zo hybride zijn als het bestel waarin het opereert.

Voorbeeld: landelijk steunpunt

De constructie van het RIVM als beheerder van richtlijnen in een publiek bestel kan als voorbeeld dienen van een soortgelijk steunpunt in een hybride omgeving. Dat steunpunt kan voorzien in de implementatie en/of het onderhoud van interventies die van goede kwaliteit zijn en bijdragen aan de verdere ontwikkeling van de sector. Het steunpunt neemt die functies *alleen* op zich als daar niet in voorzien is, of als eigenaars dat wenselijk vinden. Het heeft als doel:

- *Maximale beschikbaarheid*: de interventies zijn voor de uitvoerend professionals zo breed mogelijk beschikbaar zijn, met zo min mogelijk obstakels.
- *Maximale kwaliteit*: de uitvoering van de interventie gebeurt op een wijze die garandeert dat cliënten zorg krijgen die zoveel mogelijk effect sorteert.
- *Minimale kosten*: de kosten van de interventies zijn zo laag mogelijk.

Taken kunnen zijn:

- Het in eigendom nemen van ontwikkelde interventies die aan kwaliteitseisen voldoen en waarvan de ontwikkelaars de implementatie en het onderhoud willen overdragen. In het verlengde hiervan:

- Het voor een maximale verspreiding beschikbaar stellen van informatie over de interventies en de daarin vervatte werkzame factoren en technieken.
- Het tegen kostprijs verzorgen van handboeken, trainingen, materialen, monitors en consultaties bij de implementatie.
- Het beschikbaar stellen van handboeken en trainingsmateriaal aan initiële opleidingen voor de scholing van aankomend professionals.
- Het over voorwaarden onderhandelen / het ondersteunen van onderhandelingen met (buitenlandse) eigenaars van interventies die van belang zijn om in Nederland breed te worden geïmplementeerd. De onderhandelingen moeten leiden tot maximale beschikbaarheid en minimale kosten van de interventie.
- Het voorzien in tijdelijke systemen van certificering van uitvoerders en/of monitors van uitvoeringsintegriteit. Tegelijk zoekt het steunpunt naar borging van de interventies via beroepsverenigingen en opleidingen.

Het steunpunt zou te financieren zijn met een mix van overheidsgeld en bijdragen van zorgaanbieders die zich abonneren op (tegen kostprijs aangeboden) diensten van het steunpunt. Het zou voorts nauw moeten aansluiten bij andere belangrijke initiatieven in de sector, zoals de onderzoeksprogrammering van ZonMw en de aanleg en uitbouw van de kenniscollectie in de sector door het NJi en RIVM. Voorts zijn er in de sector verschillende initiatieven ontwikkeld voor de monitoring van de resultaten van de zorg (zie bijvoorbeeld het implementatietraject Prestatie-indicatoren in de jeugdzorg en de resultatenmonitor van het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland / SEJN). Deze initiatieven spelen een belangrijke rol in de ontwikkeling, implementatie en borging van interventies. Ook helpen ze professionals de ruimte te bieden om interventies aan hun concrete praktijk aan te passen, door de focus te richten op verbetering van de uitkomsten van hun interventies, in plaats van alleen de focus te richten op de uitvoeringsintegriteit. Gezien het belang van deze initiatieven zou het steunpunt ook hierbij aansluiting moeten zoeken. Dat kan door de initiatieven samen te voegen of door andere verbindingen aan te gaan.

Hoe verder?

Het is nuttig om een verdere verkenning uit te voeren naar de wijze waarop in een hybride bestel voorzieningen zijn in te richten voor implementatie, borging en onderhoud van interventies. Eén van de opties die daarbij aandacht kan krijgen is de vorming van een landelijk steunpunt. Voor deze verkenning bevelen we twee acties aan.

- De eerste is dat er een nieuwe kenniskring wordt ingericht waarin eigenaars van verschillende soorten programma's (type 1, 2 en 3), partners in het Kennisprogramma Jeugd van het ministerie voor Jeugd en Gezin (ZonMw, RIVM en NJi) en vertegenwoordigers van enkele beroepsverenigingen een of meerdere modellen uitwerken voor de voorzieningen. Deze kenniskring is te organiseren met middelen van en door de partners in het genoemde kennisprogramma.
- De tweede actie omvat een nadere studie van voorzieningen in andere zorgsectoren en het bedrijfsleven in Nederland en het buitenland die mogelijk goede voorbeelden kunnen zijn. Deze studie kan worden begeleid door de eerder genoemde kenniskring. De financiering van de studie zou kunnen lopen via ZonMw.

Op basis van deze acties zouden medio 2008 nadere voorstellen op tafel moeten liggen.

Bijlage 1. Geïnterviewde personen

Groep 1. Hieronder vallen enkele deskundigen binnen en buiten de jeugdzorg die in algemene zin bevrraagd worden op de manieren waarop eigendom, kwaliteitsbewaking en verdere ontwikkeling van interventies is vorm te geven.

- *Corina Brekelmans* (Medewerker GGZ-Nederland);
- *Margot Fleuren* (TNO Kwaliteit van leven, deskundige implementatie in de JGZ);
- *Marlies Hulscher* (Universitair Medisch Centrum St. Radboud, afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) – deskundige implementatie en kwaliteitsontwikkeling gezondheidzorg);
- *Boi Jongejan* (directeur CBO), *Ingrid Janssen* en *Haske van Veenendaal* (medewerkers CBO);
- *Guus Schrijvers* (Julius Centrum UMC Utrecht – deskundige professionalisering gezondheidzorg);
- *Wim Spierings* (Flexus – directeur en portefeuillehouder professionalisering MO Groep);
- *Peter Stam* (Jeugdzorg Drenthe – directeur en ‘trekker’ resultaatgericht meten en benchmarking jeugdzorg).

Groep 2. Dit zijn ontwikkelaars, onderzoekers, eigenaars of verantwoordelijken voor de implementatie van specifieke interventies.

- *Renée Beer* (De Bascule, Academisch Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie - Trainer en supervisor EMDR bij kinderen en adolescenten . Implementatie, opleiding en borging)
- *Geraldien Blokland* (Nji – senior adviseur en trainer, ervaringsdeskundige implementatie en borging Triple P);
- *Sandra Korthals-Stemerding* (Directeur Stichting Big Brothers, Big Sisters of Rotterdam);
- *Walter Matthys* (Universitair Medisch Centrum Utrecht - ervaringsdeskundige ontwikkeling, onderzoek en borging Minder Boos en Opstandig);
- *Ria van der Sar* (Vertegenwoordiger CED Groep – ontwikkelaar en licentiehouder Taakspel);
- *Wim Slot* (Pi Research / de Bascule – onderzoeker MST, FFT en PMTO);
- *Lisbeth Utens* (afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Erasmus MC - Sophia Kinderziekenhuis – eigenaar van de Nederlandse versie van het ‘VRIENDEN’ preventie- en behandelprogramma);
- *Jan Willem Veerman* (Praktikon / Radboud Universiteit - ervaringsdeskundige ontwikkeling, implementatie en borging Families First, voorheen lid Landelijke Programma Commissie Raad voor de Kinderbescherming);

Bijlage 2. Overzicht van besproken programma's (groep 2)

Per programma volgt een korte beschrijving. Voor meer gegevens wordt verwezen naar een bron waar ingangen zijn te vinden naar gedetailleerde informatie.

Big Brothers, Big Sisters (BBBS) koppelt individuele kinderen en jongeren van 4 tot 24 jaar die in een risicosituatie verkeren, aan volwassen vrijwilligers die activiteiten met hen ondernemen. Doel is de jeugdigen beter te laten functioneren in het dagelijks leven en hun zelfredzaamheid te vergroten. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'BBBS'.

EMDR staat voor 'Eye Movement Desensitization & Reprocessing'. Het is een behandelmethode voor kinderen, jeugdigen en volwassenen die lijden aan traumagerelateerde stoornissen, waaronder Acute Stress Stoornis (ASS) of Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS). Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'EMDR'.

Families First is intensieve crisishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'Families First'.

FFT staat voor 'Functional Family Therapy'. Het is bedoeld voor jongeren van 11 tot 18 jaar met gedragsproblemen (waaronder crimineel gedrag) en hun gezinnen. De therapie wil het functioneren van de jongere en het gezin verbeteren en de kans op herhaling van crimineel gedrag verkleinen. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'FFT'.

Minder Boos en Opstandig is een behandelprogramma voor kinderen van 8 tot 12 jaar met een agressieve of opstandige gedragsstoornis, eventueel in combinatie met ADHD, en hun ouders. Doel is vermindering van het probleemgedrag van het kind door de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de sociale vaardigheden van de kinderen te verbeteren. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'Minder Boos'.

MST staat voor 'Multi Systeem Therapie'. Deze behandeling richt zich op het voorkomen en/of verkorten van een (her)plaatsing in een justitiële jeugdinrichting van een jongere met antisociaal gedrag en competentievergroting van het gezin. Het betreft een intensieve behandeling van ongeveer 3 tot 6 maanden, waarbij de hulpverlener het gezin meerdere malen per week in de thuissituatie bezoekt en 24 uur per dag bereikbaar is. Daarnaast zijn er contacten met voor de jongere en het gezin belangrijke anderen, bijvoorbeeld de leerkracht of werkgever. Voor meer informatie zie www.jeugdzorgdrenthe.nl/pdf/folder_MST.pdf en www.mstservices.com.

PMTO staat voor 'Parent Management Training Oregon', een oudertherapie voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar, waarvan één of meerdere van de kinderen gedragsproblemen heeft. PMTO wil de competentie van ouders vergroten. De aanpak bestaat uit gemiddeld 25 wekelijkse sessies van elk een uur. Daarnaast zijn er wekelijks telefoongesprekken tussen de therapeut en de ouder. Voor meer informatie zie www.pmtto.nl.

STOP 4-7 is een interventie voor 4 tot 7 jarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. De STOP4-7-interventie kent een aanpak op meerdere fronten tegelijk. De interventie richt zich bij de kinderen voornamelijk op de stimulering en versterking van de sociaal-cognitieve ontwikkeling. Daarnaast krijgen de ouders een training waardoor hun vaardigheden om de ouderrol adequaat te vervullen worden uitgebreid. De leraren op school worden getraind met

het oog op de verbetering van het pedagogische klimaat op de school van de betreffende kinderen. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'STOP4-7'.

Taakspel is een universeel preventieprogramma. Het bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Doel is het verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertrekend gedrag bij de kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positief gedrag. Voor meer informatie zie www.taakspel.nl of www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'Taakspel'.

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma, een van origine Australisch programma voor opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Het is een laagdrempelig en integraal programma met als doel de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. Voor meer informatie zie www.triplep-nederland.nl of www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'Triple'.

VRIENDEN is een individuele of groepsinterventie voor jeugdigen van 7 tot en met 16 jaar die last hebben van angstklachten of depressieve klachten. Het programma leert in tien bijeenkomsten vaardigheden en technieken aan om de angst- of depressieve klachten aan te pakken. Voor de ouders zijn er vier bijeenkomsten. *VRIENDEN* kan ook als preventieprogramma worden gebruikt, bijvoorbeeld op school. Voor meer informatie zie www.jeugdinterventies.nl > Zoekterm 'Vrienden'.

Bijlage 3. Vragen als leidraad voor de interviews

Onderstaande vragen vormden een leidraad voor het gesprek. De vragen verschilden per geïnterviewde groep op een aantal punten. Waar relevant, is dat aangegeven met aanduiding van de in bijlage 1 genoemde groepen.

1. Groep 1: Hoe is het begrip ‘interventie’ in uw sector op te vatten? Welke soorten zijn er grofweg te onderscheiden?
Groep 2: Wat is de naam van de interventie? Welk document of welke informatiebron is het beste te gebruiken voor een korte typering van het doel, de doelgroep, de aanpak en de achterliggende rationale en/of onderzoeksgegevens?
2. Groep 1: Is er in uw sector sprake van een duidelijk eigendom over interventies?
Groep 2: Is er sprake van een duidelijk eigendom over de interventie?
 - Zo ja, wat houdt dit eigendom precies in (denk aan auteursrecht, alleenrecht op het gebruik, alleenrecht op de verspreiding e.d.)? Is er een doelbewuste reden hiervoor? In hoeverre heeft dit eigendom in de praktijk ook werkelijk geldingskracht?
 - Zo nee, betekent dit dat de interventie door iedereen vrij over te nemen is? Is er een doelbewuste reden hiervoor?
3. Hoe is in het onderhoud en de bewaking van de kwaliteit van de implementatie en de uitvoering voorzien? Onderscheid hierbij
 - Het entameren en uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek;
 - Opleiding van de uitvoerders;
 - Monitoring van de juistheid van de uitvoering;
 - Monitoring van de resultaten;
 - Groep 1: Aanpassing van de interventie aan nieuwe ontwikkelingen.
Groep 2: Hoe is in het onderhoud van de interventie voorzien? Wie heeft het recht de interventie aan te passen? Wie zorgt voor de communicatie over doorgevoerde veranderingen?
4. Groep 1: Zijn er over het algemeen belangrijke kosten verbonden aan de kwaliteitsbewaking van de implementatie en de uitvoering? Zo ja, hoe worden die kosten gedekt?
Groep 2: Welke kosten zijn er met de kwaliteitsbewaking van de implementatie en de uitvoering gemoeid? Hoe worden die kosten gedekt?
5. Speelt de interventie volgens u een rol in de concurrentie tussen de zorgaanbieders? Komt dit de brede implementatie van de interventie wel of juist niet ten goede?
6. Kent u uitvoeringspraktijken die de kwaliteit van de interventie volgens u aantasten?
 - Zo ja, heeft u voorbeelden? Hoe biedt een eigendom over de interventie daartegen bescherming? Welke overige maatregelen zijn genomen of nodig?
 - Zo nee, hoe komt dat volgens u? Speelt hier het eigendom over de interventie een rol?
7. Wat zou volgens u een ideale situatie zijn, met het oog op
 - *Maximale beschikbaarheid*: de interventie is voor de uitvoerend professionals zo breed mogelijk beschikbaar zijn, met zo min mogelijk obstakels.
 - *Maximale kwaliteit*: de uitvoering van de interventie gebeurt op een wijze die garandeert dat cliënten zorg krijgen die professioneel verantwoord is.
 - *Minimale kosten*: de kosten van de zorg zijn zo laag mogelijk.