



# 55 Vragen over effectiviteit

Antwoorden voor de jeugdzorg

# 55 Vragen over effectiviteit

Antwoorden voor de jeugdzorg

Tom van Yperen (Redactie)

Maart 2010

© 2010 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.

### **Redactie**

Tom van Yperen

### **Met bijdragen van**

Anne Addink

Gert van den Berg

Marianne Berger

Leonieke Boendermaker

Suzanne Krutwagen

Marjan de Lange

Mariska van der Steege

Marleen Wilschut

Tom van Yperen

Machteld Zwikker

Niels Zwikker

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van het programma *Effectieve jeugdzorg* van het Nederlands Jeugdinstituut. Doel van dit programma is (aankomende) professionals in de jeugdsector kennis en vaardigheden aan te reiken zodat zij effectief kunnen handelen.

De tekst is te downloaden via [www.nji.nl/publicaties](http://www.nji.nl/publicaties).

De tekst is aan te halen of te citeren met de volgende referentie:

Yperen, T.A. van (red., 2010). *55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

### **Nederlands Jeugdinstituut**

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

Telefoon (030) 230 63 44

Website [www.nji.nl](http://www.nji.nl)

Infolijn (030) 230 65 64, e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

# Inhoudsopgave

## Voorwoord 5

### Thema 1. Effectief werken met interventies in de jeugdzorg 7

1. Wat zijn 'interventies in de jeugdzorg'? 7
2. Is het beter om te spreken over effectieve professionals of effectieve interventies? 8
3. Waarom zo veel aandacht voor effectiviteit van interventies? 8
4. Wat verstaan we onder een 'effectieve interventie'? 9
5. Wat is 'evidence-based' werken eigenlijk? 10
6. Zijn alle interventies 'evidence-based'? 11
7. Is 'evidence-based' werken niet hetzelfde als 'buitenland-based' werken? 12
8. Welke vernieuwingstrajecten lopen er op het gebied van effectiviteit van de jeugdzorg? 13
9. Gaat het om effectieve jeugdzorg of om een effectief stelsel? 14

### Thema 2. De ingrediënten van goede zorg 15

10. Wat zijn de ingrediënten van een effectieve interventie? 15
11. Gaat het om een effectieve interventie, een effectieve professional of een effectieve organisatie? 16
12. Levert ingebruikname van een interventie altijd veel effectwinst op? 18
13. Welke andere aandachtspunten zijn van belang voor kwaliteit van zorg? 19

### Thema 3. Wat we weten over effectiviteit 20

14. Wat is een 'effect size' of effectgrootte? 20
15. Hoe moet de effectgrootte worden geïnterpreteerd? 21
16. Wat weten we over de effectiviteit van de huidige jeugdzorgpraktijk? 23
17. In welke mate bepaalt de interventie het resultaat? 24
18. Waar vind ik goede overzichten van effectieve interventies? 27
19. Wat weten we over de effectieve behandelingen bij de meest voorkomende problemen? 27
20. Wat weten we over de effectiviteit van de verschillende werksoorten? 28

### Thema 4. Effectieve interventies, professionals... en anderen 30

21. Wat kenmerkt een goede professional? 30
22. Wat is een effectieve professional? 31
23. Moeten professionals zich aan methoden houden? 32
24. Hoe om te gaan met de spanning tussen methoden en professionals? 33
25. Hoe om te gaan met de spanning tussen methoden en individuele cliënten? 34
26. Wat is de rol van beroepsverenigingen en richtlijnen? 35

27. Wat is de rol van andere partijen in de verbetering van de effectiviteit? 35
28. Moet een financier eisen dat er alleen nog maar 'evidence-based' wordt gewerkt? 36
29. Hoe kunnen opleidingen het beste op de ontwikkelingen rond effectiviteit insteken? 37

#### **Thema 5. Erkenning en databank Effectieve Jeugdinterventies 39**

30. Waar is de databank Effectieve Jeugdinterventies voor bedoeld? 39
31. Wat is het nut van de effectladder? 40
32. Wat is het belang van de Erkenningscommissie Interventies? 41
33. Hoe komt de Erkenningscommissie Interventies aan te hanteren criteria? 43
34. Is het niet heel moeilijk om een interventie erkend te krijgen? 44
35. Wat moet de praktijk met de erkenning en de databank? 44
36. Zijn de erkenning en de databank het enige wat van belang is? 45
37. Moeten we niet een beperkte set interventies erkennen en in de databank opnemen? 46

#### **Thema 6. Goede beschrijving en onderbouwing van interventies 48**

38. Wat is er nodig om een interventie goed te beschrijven en te onderbouwen? 48
39. Wat verstaan wij onder een goede doel- en doelgroepbeschrijving? 49
40. Waarom is theoretische onderbouwing van interventies zo belangrijk? 50

#### **Thema 7. De effectiviteit bewijzen 52**

41. Wat voor onderzoek is nodig voor 'bewezen effectiviteit'? 52
42. Is de werkzaamheid van een interventie alleen met een RCT te testen? 54
43. Welke andere aandachtspunten zijn van belang voor 'bewezen effectiviteit'? 54

#### **Thema 8. Bij welke zorg is effect te bepalen? 56**

44. Laten effecten zich vooral bepalen bij enkelvoudige of ook bij meervoudige problemen? 56
45. Zijn er ook interventies ('basismethodieken') voor niet-specifieke problemen? 57
46. Hoe moeten we 'cure' en 'care' zien in relatie tot effectiviteit? 58

#### **Thema 9. Ontwikkeling, implementatie en borging van interventies 61**

47. Hoe wordt een interventie het best ontwikkeld? 61
48. Hoe wordt een interventie het best geïmplementeerd? 62
49. Innovatie en de professional: top-down en/of bottom-up? 63

#### **Thema 10. Monitoring van de effectiviteit 64**

50. Wat heeft 'evidence-based practice' te maken met 'practice-based evidence'? 64
51. Wat zijn de kenmerken van goede praktijkmonitoring? 65
52. Is praktijkmonitoring wetenschappelijk verantwoord? 66
53. Wat zijn prestatie-indicatoren? 66
54. Leidt het werken met prestatie-indicatoren niet tot calculerend gedrag? 67
55. Waar is meer informatie te vinden? 68

# Voorwoord

De belangstelling voor het onderwerp ‘effectiviteit van de jeugdzorg’ neemt stormachtig toe. Veel instellingen timmeren op dit terrein flink aan de weg. De verdere professionalisering van de sector is daarmee in een stroomversnelling geraakt.

Het Nederland Jeugdinstituut ondersteunt de ontwikkelingen met een databank waarin informatie over effectieve interventies is verzameld, met factsheets over werkzame factoren in de aanpakken, met voorlichting over het werken met richtlijnen en prestatie-indicatoren etc. Dit alles roept geregeld vragen op in de praktijk. Streeft het instituut ernaar dat hulpverleners in de jeugdzorg alleen nog maar met interventies uit de databank gaan werken? Heeft het wel nut om zo veel aandacht te besteden aan specifieke interventies als onderzoek laat zien dat de relatie tussen cliënt en hulpverlener erg belangrijk is? Welke rol spelen opleidingen eigenlijk in de verbetering van de effectiviteit?

Met dit document willen we duidelijk maken waar het Nederlands Jeugdinstituut staat als het gaat om het bevorderen van de effectiviteit van de jeugdzorg. Een algemeen kenmerk van onze positie is dat we zo veel mogelijk willen aansluiten bij de behoeften en vragen van professionals. Tegelijk proberen we net een stapje verder te gaan door nieuwe inzichten aan te dragen die helpen de toekomst vorm te geven. Vanuit dit perspectief geven we in dit document antwoord op veelvoorkomende vragen. Het doel daarvan is drieledig.

- In de eerste plaats willen we onze kijk op het thema ‘effectiviteit’ verhelderen. Daarin zal duidelijk worden dat het Nederlands Jeugdinstituut genuanceerd tegen het onderwerp aan kijkt, maar tegelijkertijd met de nodige ambitie wil bijdragen aan de ontwikkelingen in het veld.
- Ten tweede willen we met het formuleren van het antwoord consensus creëren: denken we er allemaal ongeveer hetzelfde over? Dat moet voorkomen dat we bij de verdere ontwikkeling van de sector verzanden in spraakverwarring of uiteenlopende ideeën.
- Ten derde willen we ‘nieuwkomers’ in het thema zo veel mogelijk meenemen in de discussie. Zij kunnen daarop dan voortbouwen, wat de vooruitgang bevordert.

De opzet van het onderhavige document is erop gericht de inhoud op twee manieren te presenteren. De eerste manier is via een rubriek ‘veelgestelde vragen’ (Frequent Asked Questions / FAQ) in het digitaal dossier over effectiviteit ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)). De tweede publicatiewijze is als rapport, waarin alle vragen en antwoorden in een te downloaden document bij elkaar staan. Hoewel we in dit document zo veel mogelijk onze visie willen presenteren, zijn de antwoorden op sommige vragen puur feitelijk van aard. Dat is dan bedoeld om voor een aantal van onze opvattingen een heldere context neer te zetten. Omdat volgens de FAQ-opzet elk antwoord in principe als een zelfstandige tekst te lezen moet zijn, is er hier en daar overlap in de teksten. We verzoeken de lezer dat voor lief te nemen; we hopen dat de tekst helpt het werk in de sector verder te verbeteren.

Consensus vormen, voortbouwen op het gedachtegoed, het werk in de sector verder verbeteren. Dit document is bedoeld als input daarvoor. We nodigen iedereen dan ook uit om te reageren. Als daar behoefte aan is, maken we een nieuwe versie van dit werkstuk. Hoe dan ook: wij verbeteren mee.

Namens de medewerkers van het Nederlands Jeugdinstituut,  
Tom van Yperen



# Effectief werken met interventies in de jeugdzorg

## 1. Wat zijn ‘interventies in de jeugdzorg’?

De term ‘interventies’ is een verzamelnaam voor projecten, trainingsmethoden, behandel- en begeleidingsvormen, sancties etc. Het gaat om aanpakken:

- voor de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige (tot 23 jaar);
- die bestemd zijn voor een doelgroep met een of meer van deze risico’s of problemen;
- die gericht zijn op de jeugdige zelf, zijn opvoeders en/of zijn opvoedingsomgeving;
- die geleid worden door een weldoordachte, doelgerichte en systematische werkwijze (een ‘methodiek’);
- met een nader omschreven tijdsduur en frequentie.

De focus is hier gericht op interventies die gebruikt worden in de jeugdzorg. Het gaat hierbij om de Raden voor de Kinderbescherming, Bureaus Jeugdzorg (incl. gezinsvoogdij en jeugdreclassering), provinciale jeugdzorg, jeugd-GGZ, LVG-zorg, JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg) en de justitiële jeugdinrichtingen. Deze organisaties en deelsectoren bieden ambulante zorg, thuishulp, daghulp, dag-en-nachthulp, pleegzorg en crisisopvang.

De in dit veld uitgevoerde interventies worden ook wel aangeduid als:

- *Methodieken*. Bij ‘methodiek’ gaat het letterlijk om een bepaalde leer voor het handelen. In een methodiek is vastgelegd hoe men zou moeten werken in geval van bijvoorbeeld kinderen met gedragsproblemen. In een interventie is altijd een bepaalde methodiek verpakt.
- *Modules*. Het gaat daarbij om een (qua aanpak, omvang en intensiteit) relatief homogene eenheid van zorg. Bijvoorbeeld: een vorm van ouderbegeleiding, een training in sociale vaardigheden. Kenmerk van een module is dat deze vaak niet alleen een inhoudelijke werkwijze bevat, maar ook de praktische uitvoering ervan regelt. Ze zijn dan ook vaak instellingsgebonden.
- *Zorgprogramma, zorgtraject of zorgarrangement*. Dit betreft een samenstel van modules die op een planmatige, samenhangende en gecoördineerde manier worden ingezet bij een doelgroep. Bijvoorbeeld: Voor kinderen met gedragsproblemen en hun ouders werkt de volgende interventie: een programma bestaand uit een kortdurende dagopvang van de jeugdige om het gezin tijdelijk wat te ontlasten en de rust te herstellen, een gedragstraining van de kinderen en een opvoederstraining van de ouders.



Welk aanbod zorgaanbieders precies met een interventie, methodiek, module of een programma aanduiden, verschilt nogal. Sommige aanbieders noemen bijvoorbeeld een heel programma een module, andere duiden een module aan als ‘een behandelprogramma’. Op dit terrein moet dus nog veel worden gedaan om een verdere eenheid van taal te creëren.

## 2. Is het beter om te spreken over effectieve professionals of effectieve interventies?

Om meteen maar een misverstand uit de weg te ruimen: het gaat het Nederlands Jeugdinstituut om allebei. In dit document laten we in dat licht het volgende zien:

- Interventies zijn ‘verpakkingen’ van werkzame principes (‘ingrediënten’) in de hulpverlening.
- Professionals kunnen gebruikmaken van de interventies of van de principes die erachter schuilgaan. Het is hun verantwoordelijkheid om daarin de beste keuzes te maken. Welke keuzes ze maken en hoe ze die uitvoeren, maakt hen tot goede professionals.
- De professionals worden als het goed is ondersteund door een organisatie die hen voorziet in een goede feedback op hun handelen, een goede supervisie, een draaglijke caseload etc.
- Ook cliënten dragen hun steentje bij. Zij voeren bijvoorbeeld in het kader van een behandeling huiswerk uit, ze reflecteren op hun functioneren, ze nemen deel aan bijeenkomsten. Ze ondergaan dus geen interventies, maar nemen er actief aan deel.

We zullen in dit document de verwevenheid van de verschillende factoren die een rol spelen bij effectief werken dan ook voortdurend tegenkomen. Dit laat onverlet dat aandacht voor de effectiviteit van specifieke jeugdzorginterventies van belang is. Het vormt immers een van de elementen in het verbeteren van het stelsel. Daarom besteden we op deze plaats veel aandacht aan dit onderwerp. Het accent leggen op het een, betekent echter niet dat het andere niet van belang is.

## 3. Waarom zo veel aandacht voor effectiviteit van interventies?

Opvallend is dat de aandacht voor effectieve interventies de laatste jaren enorm is toegenomen. Dat heeft volgens ons vier achtergronden.

- *Tijdgeest.* Volgens de tijdgeest moet de kwaliteit van diensten transparant zijn: ziekenhuizen, scholen en jeugdvoorzieningen moeten duidelijk maken wat hun kwaliteit is. Ook waart de geest van het ‘evidence-based’ werken rond: handelen van professionals moet zo veel mogelijk gebaseerd zijn op praktijk- of wetenschappelijk bewijs van ‘wat werkt’. De discussie over het ‘evidence-based’ werken is momenteel sterk gekoppeld aan de invoering van ‘evidence-based’ interventies.
- *Visie op kwaliteit.* Veel organisaties hebben met kwaliteitskaders zoals die van Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) en Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) een visie op kwaliteit ontwikkeld. Vragen als ‘Welke doelen stellen wij als organisatie?’ en ‘Welke resultaten boeken we hierop?’ staan daarbij centraal. Het concept ‘effectiviteit’ sluit daarbij aan: iets heet effectief als het bijdraagt aan de realisatie van een gesteld doel.

Aandacht voor kwaliteit betekent dus automatisch aandacht voor effectiviteit. Interessant is dat INK en HKZ de kwaliteit niet opvatten als een stabiel gegeven, maar als een te ontwikkelen eigenschap van de zorg. Daarom is de aandacht ook gericht op verbetering van de effectiviteit. Het invoeren van effectieve(re) interventies is daarbij een van de strategieën die in de belangstelling komen te staan.

- *Financiële krapte.* De vraag naar jeugdzorg neemt al jaren toe, terwijl de financiële ruimte om de groei op te vangen zeer beperkt is. Die krappe ruimte is op zich niet bezwaarlijk: het vergt een doelmatige en doeltreffende inzet van middelen. Onderzoek naar de effectiviteit van de zorg laat geregeld zien dat het werken met bepaalde interventies een kostenbesparing kan opleveren. Wat ons betreft geldt dit algemener: de zoektocht naar zo doeltreffend mogelijk werken moet ons helpen niet alleen de zorg inhoudelijk beter te maken, maar deze ook zo goedkoop mogelijk te maken, zodat er zo veel mogelijk cliënten voor eenzelfde budget te helpen zijn. Interventies geven in die zoektocht antwoord op de vraag wat een effectief antwoord kan zijn bij een bepaalde doelgroep. Voordeel daarbij is dat de aanpak goed is uitgewerkt, zodat in principe ook te berekenen is wat de verhouding is tussen de effecten en de kosten die er doorgaans mee gepaard gaan. Onderzoek naar de effecten van een aantal van die interventies laat ook zien dat die verhouding gunstig is ten opzichte van de gebruikelijke zorg: men bereikt meer effecten of evenveel effect tegen een lagere prijs in vergelijking met het gebruikelijke aanbod. Het behoeft geen betoog dat dit bij financiële krapte de nodige interesse wekt.
- *Professionaliseringslag.* De jeugdzorg werkt aan een grote slag in de professionalisering. Beroepsverenigingen maken een start met de formulering van richtlijnen, de aandacht van praktijkwerkers voor effectieve methoden is groot en er wordt in toenemende mate gewerkt met effectmonitors. Daarnaast worden (beroeps)opleidingen aangescherpt en wordt registratie en nascholing gestimuleerd. Interventies worden daarin veelvuldig beschouwd als belangrijke kennisproducten in de sector: het zijn transparante, werkzame werkwijzen waarmee professionals in het kader van opleiding en bijscholing op een gestructureerde manier kennis kunnen maken of waarin zij getraind kunnen worden.

Meer in het algemeen zien we een hoge ambitie in de sector: het transparant maken én verder verbeteren van de effectiviteit van de jeugdzorg. De focus is daarbij veel gericht op de invoering van effectieve interventies. Wij willen dit perspectief verbreden: interventies hebben een functie in het verbeteren van de effectiviteit van de zorg, maar zijn daarvoor niet het enige aangrijppingspunt. Daarom werpen we als het gaat om effectiever werken ook de vraag op welke rol professionals in dit verband spelen.

#### **4. Wat verstaan we onder een 'effectieve interventie'?**

Een interventie is effectief als deze bij een bepaalde doelgroep leidt tot de realisatie van gestelde doelen. Bijvoorbeeld: Voor een groep ouders met kinderen die gedragsproblemen hebben, is een trainingsprogramma gemaakt om de ouders te leren het gedrag van hun kind in goede banen te leiden. Het doel van de interventie is dat dit uiteindelijk leidt tot afname van de gedragsproblemen

van de kinderen, tot een niveau dat ‘normaal’ is voor hun leeftijd. Deze interventie bereikt dit door de ouders te trainen in belangrijke opvoedingsvaardigheden. Wanneer is deze interventie nu effectief te noemen? Het volgende is daarbij van belang:

- Centraal bij de effectiviteitsvraag staat het doel van de interventie. Als het goed is, zijn de cliënt en de hulpverlener dit doel overeengekomen. Het vormt de gezamenlijke toetssteen om al dan niet van een effectieve interventie te spreken. Meer in het algemeen is een interventie als ‘effectief’ aan te duiden als deze in de meeste gevallen leidt tot de realisatie van het doel waarvoor de interventie wordt ingezet. Een uitspraak over de effectiviteit vereist dan ook dat er helderheid bestaat over het doel.
- Daarnaast moeten ook de doelgroep en de aanpak van de interventie helder zijn beschreven. Tevens moet het mogelijk zijn een verband te leggen tussen de aanpak en het resultaat, al is het maar in theorie. Het moet immers aannemelijk zijn dat het resultaat (het bereiken van het doel) ‘veroorzaakt’ wordt door de interventie.
- Uit een aantal studies moet blijken dat de gedragsproblemen van de kinderen voldoende zijn afgenomen. Dat is immers het doel van de interventie. Hoe meer studies dit laten zien, hoe sterker de aanwijzingen dat de interventie echt werkt.
- Als studies aantonen dat de opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd, maar dat de gedragsproblemen niet voldoende zijn afgenomen, dan is de interventie niet effectief te noemen. Hoogstens spreekt men hier van een aanpak die slechts deels effectief is, omdat alleen een van de factoren waarmee men hoopte de gedragsproblemen te verminderen met succes is aangepakt.
- Als het doel zou zijn geweest dat alleen de opvoedingsvaardigheden van de ouders verbeteren, dan zou de interventie wellicht wel effectief heten.

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat de kwalificatie ‘effectief’ volgens ons altijd in het licht geplaatst moet worden van het doel van de interventie. Anders gezegd: men moet altijd de vraag stellen: Effectief voor wat? Voorts benadrukken we dat de kwalificatie ‘effectief’ geen kwestie is van alles of niets. Een interventie is in meer of mindere mate effectief, al naargelang de mate waarin het doel bereikt wordt en de mate waarin aannemelijk is gemaakt dat de interventie de oorzaak daarvan is.

## 5. Wat is ‘evidence-based’ werken eigenlijk?

‘Evidence-based’ werken betekent feitelijk niets anders dan werken met behulp van kennis over wat werkt in de praktijk. Die kennis kan verschillende bronnen hebben:

- *Wetenschappelijk onderzoek*. Dit is ook ‘research-based’ werken te noemen. Vaak wordt gedacht dat onderzoek de enige bron is van ‘evidence-based’ werken. Sacket (2000), de grondlegger van het begrip ‘evidence-based’ werken, heeft dat nooit zo bedoeld. Deze auteur omschreef ‘evidence-based’ werken als handelen op basis van het beschikbare bewijs, de eigen expertise en de dialoog met de cliënt. Het zou volgens ons ook zonde zijn om het begrip ‘evidence-based’ werken te beperken tot het werken op basis van wetenschappelijk bewijs, omdat ook andere bronnen belangrijke kennis kunnen leveren over ‘wat werkt’.

- *Praktijkervaring*. Dit heet ook wel werken met ‘practice-based evidence’. Deze praktijkbasis neemt grofweg twee vormen aan. In de eerste plaats is er *gecollecteerde praktijkervaring*. Professionals kunnen onderling informatie uitwisselen over hun ervaring met wat het beste werkt bij bepaalde groepen cliënten. Zolang er geen wetenschappelijk bewijs is, biedt deze bron vaak de beste onderbouwing van het handelen. Daarnaast is er *private praktijkervaring*. Individuele professionals kunnen over een schat aan ervaring beschikken. Dit kan hun handelen zeer effectief maken. Als de professional deze kennis impliciet hanteert en niet collectief toegankelijk heeft gemaakt, wordt dit ook wel *tacit knowledge* genoemd (letterlijk: ‘verborgen kennis’). Een bepaalde groepsleider weet bijvoorbeeld heel goed hoe hij conflicten in een groep moet aanpakken; het zit in zijn hoofd en hij handelt ernaar – met succes. Deze kennis en ervaring staan echter nergens te boek.

Een vakgebied is erbij gebaat de impliciete, individuele kennis zo veel mogelijk expliciet en collectief te maken. Langs die weg zijn succespraktijken ook met wetenschappelijk bewijs te staven, te onderzoeken op de werkzame elementen en verder te verspreiden onder vakgenoten. Momenteel is dit soort ‘evidence’ nog maar mondjesmaat voorhanden. Daarom is er nu zo veel aandacht voor. De jeugdzorg pleegt wat dat aangaat een inhaalslag.

## 6. Zijn alle interventies ‘evidence-based’?

Nee. Een bekend misverstand is dat ‘evidence-based’-werken inhoudt dat *alle* handelen van professionals theoretisch en empirisch door de wetenschap goed onderbouwd moet zijn. Niet voor iedere doelgroep ligt er echter een wetenschappelijk goed onderbouwde interventie op de plank. In een dergelijk geval kan de hulpverlener moeilijk met zijn armen over elkaar gaan zitten. Dit probleem zal altijd spelen, omdat doelgroepen veranderen en er nieuwe bij komen. Het handelen van een hulpverlener is dan ook vaak een combinatie.

- Zoals gezegd, is hulpverlening voor een deel *evidence-based*. Als deze ‘evidence’ uit onderzoek komt, heet dit ook wel *research-based*.
- Hulpverleners die ervaring hebben met een doelgroep, handelen vaak op basis van praktijkinzichten over wat lijkt te werken. Men spreekt dan ook wel van *practice-based* kennis over wat wel en wat niet werkt. Inzichten van zeer ervaren professionals worden in dit verband ook wel *expert-based* genoemd. Het gaat daarbij soms om impliciete kennis van deze experts: ze hebben ervaren dat het werkt en die ervaringskennis ‘zit in hun hoofd’.
- Praktijkhandelen is ook *consensus-based*. Er bestaat in dat geval een expliciete, gezamenlijk gedragen opvatting over hoe de hulp er bij voorkeur uitziet.
- De jeugdzorg werkt ook *value-based*: bij sommige problemen – zoals kindermishandeling – is ingrijpen soms noodzakelijk, zonder dat er veel kennis is over wat de beste aanpak is. Men kan dan ethisch gezien niet blijven toekijken tot die duidelijkheid er wel is.
- Sommigen zijn van mening dat het van belang is expliciet aan te geven dat hulpverleners ook *client-based* hun besluiten nemen. In ons land spreken we in dit verband ook wel van dialooggestuurde hulpverlening. Kern daarbij is dat inzichten over ‘wat werkt’ mede bepaald worden door opvattingen en ervaringen van cliënten.

Professioneel handelen wordt volgens ons niet primair gekenmerkt door uitsluitend een van deze bronnen als ‘professioneel’ te beschouwen. Het gaat erom dat professionals in het individuele geval de juiste combinatie weten te maken van deze bronnen en hun handelen zo veel mogelijk op juistheid toetsen. Lange tijd is in de totstandkoming van deze mix de beschikbare ‘evidence’ verwaarloosd of te weinig gewicht gegeven. In de huidige tijdgeest is dit duidelijk ten goede aan het veranderen. Dat gebeurt door wetenschappelijke kennis veel meer te gebruiken bij de besluitvorming over de te volgen aanpak en door te monitoren wat de resultaten zijn. Dit houdt in dat professionals de kennis bijhouden over ‘wat werkt’, dat zij transparant zijn in hun beslissingen en handelen en dat zij empirisch nagaan of hun eerdere besluiten juist zijn (zie o.a. Van Strien, 1984; De Bruyn e.a., 2003; Van Yperen & Veerman, 2008). Het is gerechtvaardigd te stellen dat beroepskrachten pas professioneel zijn als zij begrijpen dat dit hun werkwijze moet zijn, zij dit in hun dagelijkse werk toepassen en langs deze weg tevens toe werken naar het vergroten van de beschikbare ‘evidence’.

## 7. Is ‘evidence-based’ werken niet hetzelfde als ‘buitenland-based’ werken?

Het lijkt er soms op. Om effectiever te gaan werken, worden er heel wat buitenlandse programma’s geïmporteerd: *Families First*, *Triple P*, *Multi System Therapy*, *Parent Management Training*, *Functional Family Therapy*. Wij zien de voordelen, maar plaatsen er ook kritische kanttekeningen bij.

Een voordeel is dat er in het buitenland veel onderzoek is gedaan naar de aanpak van bepaalde doelgroepen. De daarmee gegenereerde kennis is ‘verpakt’ in programma’s die goed werken, blijkens gedegen wetenschappelijk onderzoek. De verwachting is dat die programma’s ook bij ons goede uitkomsten laten zien (Bruinsma & Konijn, 2008). Het is zonde om van die kennis geen gebruik te maken.

De kanttekening hierbij is dat de werkzaamheid van die programma’s in Nederland uit onderzoek moet blijken. Het is denkbaar dat de programma’s in het buitenland veel effect laten zien, terwijl dat in Nederland kan tegenvallen als het niveau van de gebruikelijke zorg (‘treatment as usual’) hier hoger is dan daar. We moeten ons dus door het succes dat elders is behaald niet zonder meer laten overtuigen dat het programma beter is dan de praktijk in Nederland. Dat brengt ons op de tweede kanttekening: het is niet gezegd dat er in Nederland geen effectieve methoden zijn. Wat dat aangaat zijn wetenschappers soms geneigd om meer naar het buitenland te kijken dan naar de praktijk in eigen land. Een voorbeeld daarvan vinden we in het rapport van de Inventgroep (Hermanns e.a., 2005). Bij het overzicht van werkzame programma’s voor kinderen met gedragsproblemen wordt een aantal buitenlandse programma’s genoemd, terwijl op Nederland toegesneden en goed onderzochte programma’s als *Minder boos en opstandig* en *Zelfcontrole* niet in het overzicht zijn meegenomen. Een derde kanttekening is dat het aantal onderzochte programma’s in het buitenland groter is dan in Nederland. Dat is logisch, want het buitenland is omvangrijker dan Nederland. Een probleem is nu dat het effectiviteitsonderzoek naar de hulpverlening in de praktijk in Nederland over het algemeen slecht ontwikkeld is. Ons land kan dan ook weinig tegenover die buitenlandse programma’s stellen. Dit leidt tot een situatie waarin het breed implementeren van ‘evidence-based’ programma’s uit het buitenland al snel de overhand krijgt op het ‘practice-based’ opwerken en doorontwikkelen van de Nederlandse praktijk.

De hier geschetste situatie verandert echter snel. Steeds meer instellingen in de jeugdzorg werken aan explicitering en empirische onderbouwing van hun aanbod. Het werken met commissies die in de praktijk gebruikte, goed onderbouwde interventies erkennen, helpt dit proces versnellen. Dit alles leidt hopelijk tot een emancipatie van de Nederlandse praktijk. Dan kan het buitenland ook van ons leren.

## 8. Welke vernieuwingstrajecten lopen er op het gebied van effectiviteit van de jeugdzorg?

Er is in de media veel kritiek op de jeugdzorg in ons land. Het Nederlands Jeugdinstituut beschouwt de jeugdzorg echter niet als een kwakkelende sector, maar als een werkveld dat in hoog tempo een vergaande professionalisering doorvoert. Wij noemen hier vijf trajecten waaruit dat blijkt:

- *Intensivering praktijkontwikkeling.* In het traject *Zicht op effectiviteit* is met praktijkinstellingen geëxperimenteerd met het standaard monitoren van de effectiviteit van de praktijk. Dit heeft ertoe geleid dat inmiddels veel meer instellingen die monitor zijn gaan opbouwen. Het gevolg zal zijn dat er in toenemende mate methoden komen 'bovendrijven' die in de praktijk zijn ontwikkeld en die bij bepaalde doelgroepen effectief blijken te zijn. Ook zal het ertoe leiden dat bepaald zorgaanbod wordt afgebouwd omdat het niet goed te onderbouwen is en onvoldoende resultaat oplevert.
- *Erkenning van jeugdinterventies.* Het is de taak van de Erkenningscommissie Interventies om aan te geven of interventies als 'effectief' aan te merken zijn. De erkenningscommissie hanteert verschillende niveaus van erkenning. Dat moet ervoor zorgen dat de praktijk letterlijk erkenning krijgt voor het stapsgewijs verbeteren van het aanbod. Door de erkenningscommissie beoordeelde interventies zijn terug te vinden in de databank Effectieve Jeugdinterventies ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)).
- *Prestatie-indicatoren.* De kern van deze ontwikkeling is dat de financiers en de brancheorganisaties afspraken hebben gemaakt over wat de kerndoelen van de jeugdzorg zijn en met welke gegevens de realisatie van die doelen in de praktijk te monitoren is. Alle jeugdzorginstellingen hebben zich verplicht om in dat kader effectiviteitsgegevens te verzamelen. Dat moet een impuls geven aan het kritisch beoordelen van het eigen aanbod en het opsporen van succespraktijken in het veld.
- *Onderzoeksprogramma Zorg voor jeugd.* Dit is een subsidiepot van miljoenen euro's waaruit door ZonMw op een gerichte manier wetenschappelijk onderzoek wordt gefinancierd. De focus is gericht op onderzoek naar ontwikkeling, implementatie, effectiviteit en kosten van jeugdinterventies. De bedoeling is om de 'gaten' in ons kennisbestand op dit terrein op te vullen en daarvoor in samenhang aanvullende kennis te ontwikkelen.
- *Actieprogramma Professionalisering.* Dit programma is onder meer gericht op het verbeteren van beroepsopleidingen die beginnende beroepskrachten voor de jeugdzorg aanleveren, het vergroten van het aantal geregistreerde beroepskrachten en de ontwikkeling van tuchtrecht. Het moet leiden tot een versterking van de beroepsgroepen binnen de jeugdzorg. In het kielzog van het programma wordt een traject opgebouwd waarin de beroepsverenigingen

richtlijnen voor het effectief behandelen van doelgroepen ontwikkelen. In die richtlijnen moeten verschillende bronnen van kennis worden opgenomen (evidence-based, practice-based, expert-based, value-based, cliënt-based).

## 9. Gaat het om effectieve jeugdzorg of om een effectief stelsel?

Het is niet wenselijk de effectiviteit van de jeugdzorg geïsoleerd te bezien. Het gaat erom dat er een effectief *stelsel* komt. Dat houdt voor het Nederlands Jeugdinstituut het volgende in.

- Opvoeders (ouders, betrokken familie en beroepsopvoeders als peuterspeelzaalleidsters en leerkrachten) weten hoe ze allerlei gewone problemen van kinderen kunnen opvangen. Waar nodig worden ze met eenvoudige voorzieningen (zoals folders, opvoedcursussen, gerichte voorlichting) in de buurt, op school of via het internet ondersteund.
- Er zijn effectieve voorzieningen voor vroeginterventie in de eerste lijn (waaronder de Centra voor Jeugd en Gezin), zodat problemen niet escaleren. Er moet in dit verband voldoende pedagogische ondersteuning en lichte ambulante begeleiding of training van jeugdigen en/of opvoeders zijn.
- Er is een pakket van effectieve, gespecialiseerde zorgarrangementen.
- Er is na gespecialiseerde zorg een goede nazorg, die voorkomt dat jeugdigen en ouders opnieuw in de problemen komen.
- Voor veelvoorkomende problemen (zoals gedragsproblemen van de jeugdige in combinatie met handelingsverlegenheid bij ouders en leerkrachten) zijn er goede ketens geregeld van lichte ondersteuning, zwaardere zorgarrangementen en goede nazorg.

Dit is overigens een verhaal dat vele partijen al jaren vertellen. Het Nederlands Jeugdinstituut is echter van mening dat dit tot nu toe heel vrijblijvend is verkondigd. Wat ons betreft heeft dit een veel concretere invulling. Van Yperen (2007, 2009) geeft daar voorbeelden van. Drie dingen zijn daarbij van belang. Ten eerste: de huidige kennis over instrumenten en effectieve interventies moet worden ingezet om de hiervoor beschreven lijn praktisch in te vullen. Ten tweede: aan de praktische invulling moeten gewenste resultaten worden gekoppeld. Bijvoorbeeld: het streven is om door een betere vroeginterventie het aantal verwijzingen naar de gespecialiseerde zorg binnen twee jaren met 10 procent te verminderen. Of: binnen twee jaren geldt dat 80 procent van de jeugdigen die uit de jeugdzorg komen op een eenvoudige manier preventief worden ondersteund om terugval te voorkomen. Ten derde: betrokken bestuurders, financiers, uitvoerende organisaties en professionals verklaren de hiervoor beschreven lijn tot een collectieve ambitie: dat gaan we neerzetten! In het kielzog daarvan maken ze niet-vrijblijvende afspraken. Zo is voor de meerderheid van de jeugdigen en opvoeders het stelsel veel effectiever in te richten.

Dit alles laat onverlet dat aandacht voor de effectiviteit van gespecialiseerde jeugdzorginterventies van belang is. Het vormt immers een van de schakels in het stelsel. Daarom besteden we op deze plaats veel aandacht aan dit onderwerp.

## De ingrediënten van goede zorg

### 10. Wat zijn de ingrediënten van een effectieve interventie?

Volgens ons is er inmiddels tamelijk veel kennis over wat er werkt in de jeugdzorg. Deze kennis is te halen uit internationale overzichten (meta-analyses en reviews) van onderzoek naar de werkzaamheid van psychotherapie en psychosociale interventies in het algemeen (volwassenen en jeugdigen), interventies in de jeugdzorg en de aanpak van bepaalde problemen bij jeugdigen en opvoeders (bijvoorbeeld wat er werkt bij de aanpak van gedragsproblemen). De overzichten tonen dat een werkzame interventie twee soorten ingrediënten omvat.

- *Algemeen werkzame factoren.* Dit zijn werkzame elementen die ongeacht de doelgroep en het specifieke type interventie bevorderend zijn voor de effectiviteit. Voor een deel zijn dit factoren op organisatieniveau die de werkomstandigheden van de professional bepalen (zoals goede monitoring en supervisie/coaching, een draaglijke caseload en veiligheid van de hulpverlener). Daarnaast gaat het om factoren die van invloed zijn op de algemene kwaliteit van de hulpverlener. Voorbeelden hiervan zijn: een goede kwaliteit van de relatie cliënt-hulpverlener realiseren, een duidelijke structuur aanbrengen in de interventie (heldere doelen, planmatige en stapsgewijze aanpak), goed aansluiten bij de motivatie van de cliënt, over een handelingsrepertoire beschikken dat aansluit bij de problemen en hulpvragen van de cliënten, uitvoering van de interventie zoals bedoeld, goede opleiding en training. Hulpverleners die deze ingrediënten kunnen inzetten, zijn over het algemeen effectieve professionals.
- *Specifiek werkzame factoren.* Hierbij gaat het om factoren die van belang zijn met het oog op de werksoort, de specifieke doelgroep of de specifieke methode. Ze vallen grofweg weer uiteen in twee typen:
  - *Specifiek werkzame factoren voor de werksoort.* Het gaat hier om factoren die samenhangen met bijvoorbeeld ambulante of residentiële werken, individuele of groepstherapie of een bepaalde vorm van thuishulp (zie bijvoorbeeld Van der Steege, 2007).
  - *Specifiek werkzame factoren voor de doelgroep.* Hier gaat het om de factoren die – ongeacht de werksoort – van belang zijn bij de aanpak van een bepaald specifiek probleem van de doelgroep. Bijvoorbeeld: De hulp aan misbruikte kinderen moet ‘abuse-specifiek’ zijn, de traumatische gebeurtenissen moeten zo snel mogelijk besproken worden en onder meer het thema ‘schuld’ moet aan de orde worden gesteld (Lamers-Winkelmann, 2000).



## 11. Gaat het om een effectieve interventie, een effectieve professional of een effectieve organisatie?

Voor effectieve zorg zijn alle drie belangrijk. Om grip te krijgen op de vraag hoe dat zit, onderscheidt het Nederlands Jeugdinstituut de volgende factoren (zie ook figuur 1):

- In de eerste plaats is er de cliënt en de context waarin hij of zij leeft. Hierbij zijn factoren aan te wijzen die met jeugdzorg niet beïnvloedbaar zijn (zoals IQ, leeftijd, economische omstandigheid) en factoren die wel beïnvloedbaar zijn.
- In de tweede plaats is er de hulp die de cliënt krijgt. Hierbinnen laten zich weer drie factoren onderscheiden.

*A. De organisatie.* Hier gaat het vooral om zaken die te maken hebben met het onderscheid tussen wel of geen goede kwaliteit van de hulpverleningsorganisaties, bijvoorbeeld organisaties die zorgen voor een draaglijke caseload, een goede monitoring en daaraan gekoppelde supervisie/coaching en een goede veiligheid van de cliënten en hulpverleners. Ook gaat het hier om organisatorische aspecten van specifieke werksoorten (zoals een goede basis van 'bad, bed en brood', de omvang van de leefgroep, de kwaliteit van de groepsopvoeding en ruimte voor vrijetijdsbesteding in de residentiële leefgroep).

*B. De professional (hulpverlener).* Allerlei studies tonen aan dat de professional veel invloed heeft op de resultaten van de hulp. Hier gaat het vooral om het onderscheid tussen goede en minder goede hulpverleners: goede hulpverleners zijn warm en vriendelijk in het contact, weten hoe ze een goede relatie met de cliënten realiseren, weten de hulp te structureren, de motivatie bij de cliënten te activeren, hun verrichtingen af te stemmen op de doelgroepen waarmee ze werken en weten zich aan de methodiek te houden. Al deze factoren samen worden vaak aangeduid als het belang van de 'hulpverlener-cliëntrelatie'. Door beroepskrachten daarin professioneler deel te laten nemen, is er niet alleen een effect op het algemene contact met cliënten, maar heeft deze ook impact op de effectiviteit van de methodiek.

*C. De specifieke methodiek.* Hier gaat het om een specifiek behandelklimaat (bijvoorbeeld de specifieke groepsaanpak van jeugdigen met agressief gedrag via cognitief-gedragstherapeutische principes) of de geprotocolleerde training van kinderen om hun agressieve gedrag de baas te worden. Voor een deel heeft de methode effect via de uitvoerend hulpverlener, maar voor een belangrijk deel werkt de methode ook direct op de cliënt. Dat laatste gebeurt via regels, instructies, materialen en oefeningen waar de cliënt zelf mee aan de slag gaat (tijdens sessies, als 'huiswerk' of als generaliserend denken en doen buiten de behandelcontext). Met dit soort materiaal leert de cliënt hoe hij of zij zelf met de problematiek aan de slag kan, buiten de relatie tussen cliënt en hulpverlener, wat leidt tot empowerment en zelfredzaamheid van de cliënt bij momenten van terugval. Sommige methoden werken helemaal zonder hulpverlener, bijvoorbeeld bij zelfhulpprogramma's.

Hulpverlening aan cliënten is te verbeteren door organisaties te veranderen, hulpverleners in de toepassing van algemene principes van goede hulp te trainen of te ondersteunen. Ook helpt het om goede interventies te implementeren. Onze stelling is dat veel interventies 'verpakkingen' zijn van algemeen en specifiek werkzame ingrediënten die van betekenis zijn voor alle drie factoren

(organisatie, hulpverlener en specifieke methodiek). Door deze interventies te implementeren, is er daarom niet alleen een effect waarneembaar op het niveau van de specifieke methodiek, maar heeft deze ook impact op de effectiviteit van de hulpverlener en de organisatie. De reden hiervan is dat de interventie als 'vehikel' werkzame factoren introduceert op al deze facetten, door eisen te stellen aan de organisatie, door de hulpverlener te sturen op algemeen werkzame factoren, door informatie en instructies op te nemen die betrekking hebben op de werksoort en de omgang met de doelgroep en door een heel specifieke methode voor te schrijven.

		de werkzame factoren dragen bij aan het effect van de		
		A organisatie	B hulpverlener	C specifieke methodiek
'verpakking' van werkzame factoren in de interventie	1 algemeen werkzame factoren	De interventie stelt bijvoorbeeld eisen t.a.v. de caseload, wijze van monitoring en supervisie/coaching, goede veiligheid.	De interventie geeft instructies voor een goede relatie hulpverlener-cliënt (bejegening), aansluiting bij motivatie cliënt, structurering hulpverleningsproces, goede training/opleiding, werken zoals bedoeld.	
	2 specifiek werkzame factoren			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voor de werksoort</li> </ul>	Bijvoorbeeld bij residentieel werken: de interventie geeft aanwijzingen voor de te organiseren randvoorwaarden voor veilige groepen.	De interventie reikt kennis en vaardigheden aan t.a.v. de werksoort (bv. werken met groepen jongeren, werken in een 24-uursopvang, werken in teams).	De interventie reikt kennis en vaardigheden aan t.a.v. een specifiek behandelklimaat of hantering groepsdynamiek volgens de leertheorie.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• voor de doelgroep</li> </ul>	De interventie schrijft specifieke voorzieningen voor met het oog op de doelgroep (bv. veiligheidsvoorschriften bij werken met agressieve jongeren).	De interventie reikt kennis en vaardigheden aan t.a.v. de doelgroep (bv. de werkzame mechanismen bij de aanpak van agressieve jongeren).	De interventie reikt specifieke technieken aan t.a.v. de doelgroep (bv. een protocol van 12 sessies voor de verandering van cognitieve schema's bij agressieve jongeren).	

Figuur 1. De interventie als 'vehikel' om de kwaliteit van de hulp aan cliënten te bevorderen

Voor de goede orde: de implementatie van interventies is niet de enige weg om hulp te verbeteren. Het veranderen van de organisatie en het goed ondersteunen van hulpverleners is ook van belang. Onze ervaring is echter dat via de implementatie van interventies men soms veel vliegen in één klap kan slaan, omdat er uiteenlopende werkzame factoren in zijn verpakt. 'Met de implementatie trekt onze instelling zichzelf aan de haren uit het moeras', zoals een hulpverlener onlangs aan ons meegaf.

## 12. Levert ingebruikname van een interventie altijd veel effectwinst op?

Nee, volgens ons niet. De effectwinst als gevolg van de implementatie van een interventie kan om verschillende redenen tegenvallen:

- Een organisatie en de hulpverleners kunnen de algemeen werkzame factoren goed op orde hebben. Als de nieuwe interventie eveneens veel van deze factoren bevat en verder niet zo veel specifiek biedt, schiet men er niet zo veel mee op.
- Een organisatie en de hulpverleners kunnen de algemeen werkzame factoren goed op orde hebben en beschikken over veel ervaringskennis over hoe ze hun doelgroep het beste kunnen helpen. Mogelijk biedt de interventie ook dan weinig nieuws.
- Een organisatie en de hulpverleners hebben de algemeen werkzame factoren niet goed op orde en de nieuwe interventie bevat op dit vlak niet zo veel ingrediënten. Men loopt dan al gauw op tegen de beperkingen van de organisatie en de uitvoerders.
- De organisatie en de hulpverleners hebben geen duidelijk beeld van hun doelgroep of werken met een heel gemêleerde doelgroep. Het aantal cliënten dat van een nieuwe interventie profiteert, kan dan heel beperkt zijn.
- Niet alle factoren die bij een probleem van jeugdigen of opvoeders spelen, zijn beïnvloedbaar. Bijvoorbeeld het IQ van een jeugdige, of toevallige gebeurtenissen waardoor een probleem verergert. Hoe meer er bij een doelgroep dit soort niet-beïnvloedbare factoren in het spel zijn, hoe moeilijker het is effecten te bewerkstelligen.

Als het plan is interventies te implementeren om daarmee een flinke effectwinst te boeken, adviseert het Nederlands Jeugdinstituut dan ook vooral op het volgende te letten:

- Kijk als organisatie en hulpverleners in welke mate de algemeen werkzame factoren op orde zijn. Zijn die niet voldoende op orde, implementeer dan in ieder geval methoden die (onder meer) helpen deze factoren in het gerede te krijgen, of verbeter de algemeen werkzame factoren langs andere wegen.
- Bepaal welke doelgroep(en) de organisatie vooral bedient. Maak helder in welke mate er behoefte aan is om bij specifieke doelgroepen de hulp te verbeteren. Kijk ook in hoeverre er intern kennis op dit terrein voorhanden is en of er behoefte aan is om van buiten kennis en methodieken te importeren. Implementeer interventies die goed bij die behoeften passen.
- Hoe meer niet-beïnvloedbare factoren bij een doelgroep in het spel zijn, hoe meer wel beïnvloedbare factoren je moet aanspreken om effect te bewerkstelligen. Maak daarom ook altijd op dit vlak een goede doelgroepanalyse. Kies vervolgens interventies die passen bij de aard van de problematiek. Bij 'moeilijke' doelgroepen betekent dit meestal dat men met interventies moet werken die meerdere factoren tegelijk aanpakken (bij de jeugdige, in het gezin, bij medeopvoeders in de sociale omgeving, op school, bij het werk, etc.).

### 13. Welke andere aandachtspunten zijn van belang voor kwaliteit van zorg?

De kwaliteit van de hulpverlening betreft niet alleen factoren die de effectiviteit bepalen. Ook zijn bijvoorbeeld van belang: de transparantie waarmee besluiten worden genomen, de snelheid waarmee de resultaten worden geboekt, de mate waarin de cliënt zich goed bejegend voelt en de mate waarin de hulp ethisch verantwoord is. De verschillende aspecten aan de kwaliteit van de hulp zijn terug te vinden in:

- *wet- en regelgeving*. De Nederlandse wet- en regelgeving vormt het meest basale kader voor de kwaliteit van hulp- en dienstverlening. In wetten en algemene maatregelen van bestuur zijn de basisvereisten vastgelegd waaraan aanbieders van zorg en diensten moeten voldoen. Verschillende inspecties van gemeentelijke en landelijke overheden zijn belast met het toezicht op de naleving van deze wet- en regelgeving.
- *kwaliteitsmodellen*. Een veelgebruikt kwaliteitsmodel voor non-profitorganisaties is het INK-model (Instituut Nederlandse Kwaliteit). Voor zorginstellingen wordt ook veel gebruikgemaakt van het HKZ-model (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Met name het HKZ-model speelt in de jeugdzorg een grote rol, omdat het wordt gebruikt voor de certificering van instellingen. Gecertificeerde instellingen moeten klanten en financiers de zekerheid bieden dat hun kwaliteit in een aantal opzichten goed geregeld is (bijvoorbeeld dat de werkprocessen transparant en goed op orde zijn, iedereen handelt daardoor op vergelijkbare wijze).
- *beroepsstandaarden*. Professionals leren in hun opleiding wat volgens de standaarden van het beroep de juiste werkwijze is. Beroepsverenigingen leggen deze standaarden doorgaans vast in richtlijnen voor het handelen en vereisten om in het register van de beroepsvereniging ingeschreven te mogen staan.

Effectiviteit is dus een belangrijk, maar zeker niet een exclusief criterium om de kwaliteit van de hulpverlening aan te toetsen.

## Wat we weten over effectiviteit

### 14. Wat is een 'effect size' of effectgrootte?

Tegenwoordig wordt de effectiviteit van de hulp meestal uitgedrukt in termen van een zogenoemde effect size (ES) ofwel effectgrootte. Doorgaans gebruikt men daarbij Cohen's  $d$  als index. Er zijn twee hoofdvarianten.

- De effectgrootte bij een vergelijking tussen een experimentele groep waarbij een nieuwe interventie wordt toegepast en een controlegroep waarbij deze niet wordt toegepast.

$$d = \frac{\text{(gemiddelde score nameting bij experimentele groep – gemiddelde score nameting bij controlegroep)}}{\text{spreiding van de effectscores bij alle cliënten in het onderzoek}}$$

De effectgrootte mag op deze manier berekend worden als de scores van de experimentele en de controlegroep bij de beginmeting niet significant verschillen. Er zijn hier weer twee varianten: de controlegroep krijgt geen interventie of krijgt de gebruikelijke zorg. In het laatste geval vergelijkt men bijvoorbeeld de effecten van een nieuwe groepstraining voor opvoeders in vergelijking met een gebruikelijke individuele vorm van ouderbegeleiding ('care as usual'). Als de opvoedingsvaardigheden in de experimentele groep gemiddeld meer toenemen dan bij de controlegroep, dan is de index  $d$  positief. Ligt de uitslag van het onderzoek andersom, dan is  $d$  negatief. Is er geen verschil tussen de behandelvormen, dan ligt  $d$  rondom nul. De score ligt meestal tussen -2,0 en +2,0. Het teken – of + mag worden omgedraaid, zodat altijd geldt dat bij een + de experimentele groep meer profijt heeft van de behandeling dan de controlegroep.

- Bij de tweede hoofdvariant is er geen controlegroep, maar alleen een meting bij aanvang en bij beëindiging van de interventie.

$$d = \frac{\text{(gemiddelde score bij aanvang – gemiddelde score bij einde)}}{\text{spreiding effectscores bij alle cliënten in het onderzoek}}$$

Men vergelijkt bijvoorbeeld de gemiddelde score op een opvoederscompetentielijst bij de aanvang van de nieuwe groepstraining met het gemiddelde bij beëindiging van de training. Ook hier varieert de score meestal van -2,0 tot +2,0.

Het is wenselijk dat deze index in alle onderzoek en effectmonitoring in de praktijk wordt gebruikt. Een probleem is dat in studies de formules soms op verschillende manieren verder worden inge-

vuld. Dat kan soms substantieel verschillende uitkomsten opleveren. Het Nederlands Jeugdinstituut werkt daarom aan een advies voor landelijke standaardisering.

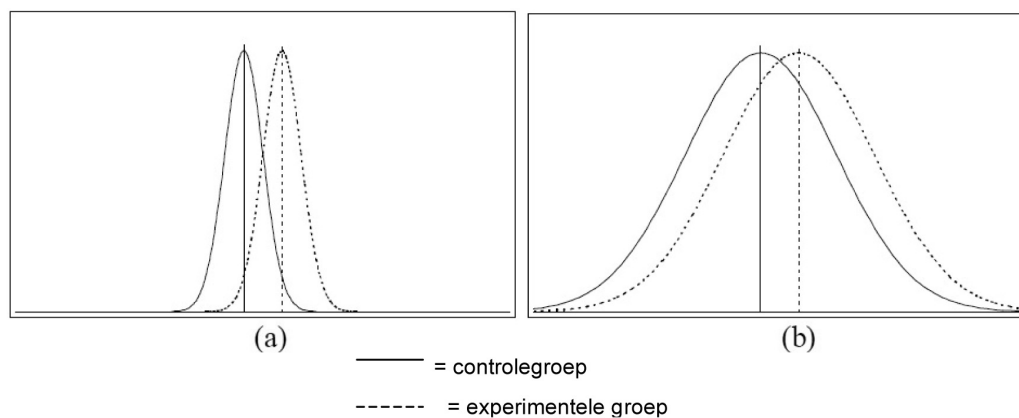
## 15. Hoe moet de effectgrootte worden geïnterpreteerd?

Cohen (1992) maakt de volgende indeling voor de betekenis van de index:

- -0,21 of lager staat voor een negatief effect
- -0,20 t/m 0,19 staat voor een verwaarloosbaar effect
- 0,20 t/m 0,49 staat voor een klein effect
- 0,50 t/m 0,79 staat voor een middelmatig effect
- 0,80 of meer staat voor een groot effect

Maar wat moeten we ons nu voorstellen bij een klein of een groot effect? Dat is een zeer belangrijk, maar tegelijk ingewikkeld verhaal, aangezien er in de literatuur allerlei vertalingen te vinden zijn. We bespreken hier kort de belangrijkste en formuleren enkele vuistregels voor de praktijk.

De aanname bij een effectgrootte is dat de scores van een controle- en experimentele groep normaal zijn verdeeld. De index  $d$  neemt die spreiding mee in de berekening van het verschil in de twee condities. In feite laat de effectgrootte zien hoeveel standaarddeviaties een experimentele groep er ten opzichte van een controlegroep op vooruit is gegaan. In figuur 2 is dit zichtbaar.



Figuur 2. Gemiddelden en spreiding effectscores in twee studies (Bron: Coe, 2002)

De figuur toont dat er in voorbeeld (a) een veel groter effect is dan in voorbeeld (b). De twee verdelingen in (a) overlappen elkaar immers veel minder dan in (b). Er bestaan verschillende formules om te schatten welk percentage cliënten in de experimentele groep erop vooruit is gegaan ten opzichte van de controlegroep. We beschrijven kort drie veel genoemde modellen (zie ook tabel 1).

1. Het eerste model geeft voor een bepaalde effectgrootte aan voor hoeveel procent van de controlegroep de experimentele groep gemiddeld beter af is. Bijvoorbeeld: bij  $d = 0,40$  is de experimentele groep gemiddeld beter af dan 66% van de controlegroep. Dat lijkt heel wat, maar bij  $d = 0,00$  is dat percentage al 50%; cliënten scoren immers ook spontaan beter of

- slechter. Bij  $d = 0,40$  spreken we dus eigenlijk van slechts 16 procentpunten ‘echte winst’ ( $50\% + 16\% = 66\%$ ).
2. Bij het tweede model hanteert men een criterium om van een succesvolle behandeling te spreken (bijvoorbeeld: het doel ‘het gedrag is weer normaal’ is bereikt). In dit model schat men het verschil in de mate waarin dat criterium wordt gehaald. Bij  $d = 0,40$  bedraagt het verschil ongeveer 20 procentpunten (bijvoorbeeld 60% doelrealisatie in de controlegroep en 80% in de experimentele groep).
  3. Het derde model maakt gebruik van het feit dat de mate van overlap van de verdelingen in figuur 2 bij (a) en (b) verschillend is. Met berekent dan welke percentage scores van de experimentele groep niet overlapt met die van de controlegroep. Bijvoorbeeld, bij  $d = 0,40$  is de non-overlap 27%.

Tabel 1. De betekenis van de effectgrootte

Cohen's standaard	effect-grootte $d$	modellen voor interpretatie van $d$			vuistregels voor betekenis in de praktijk
		model 1 gemiddeld beter af dan ... % in controlegroep	model 2 % verschil in doelrealisatie (in aantal procentpunten)	model 3 % non-overlap cliënten in experimentele groep	
groot	2,00	98 (50+48)	71	81	meer dan 1 op de 3 cliënten zijn beter af
	1,80	96 (50+46)	67	77	
	1,60	95 (50+45)	62	73	
	1,40	92 (50+42)	57	68	
	1,20	88 (50+38)	51	62	
	1,00	84 (50+34)	45	55	
	0,90	82 (50+32)	41	52	
	0,80	79 (50+29)	37	47	
middelmatic	0,70	76 (50+26)	33	43	tussen 1 op de 4
	0,60	73 (50+23)	29	38	en 1 op de 3
	0,50	69 (50+19)	24	33	cliënten zijn beter af
klein	0,40	66 (50+16)	20	27	tussen 1 op de 10
	0,30	62 (50+12)	15	21	tot 1 op de 5
	0,20	58 (50+8)	10	15	cliënten zijn beter af
verwaarloosbaar	0,10	54 (50+4)	5	8	cliënten zijn niet beter af
	0,00	50 (50+0)	0	0	
negatief	-0,10	46 (50-4)			cliënten zijn slechter af
	< -0,10				

Bronnen: model 1 en 2 – Coe (2002); model 3 – Becker (2000)

In tabel 1 is te zien dat de modellen nogal verschillende cijfers opleveren. Zolang er in de literatuur geen uitsluitsel te vinden is over de beste interpretatie, maakt iedereen al gauw zijn eigen arbitraire keuze. Wij stellen voor om model 2 als leidraad te nemen. Het aantrekkelijke van dit model is dat

het goed aansluit bij de praktijk. Daarin gaat het immers vaak om het realiseren van hulpverleningsdoelen. Model 2 maakt op basis van schattingen een vertaalslag van een bepaalde effectgrootte naar de mate waarin er een verbetering in doelrealisatie optreedt. Die vertaling hebben we in de laatste kolom samengevat:

- Bij een effectgrootte tussen  $-0,10$  en  $0,10$  treedt er geen of een verwaarloosbare verbetering van de doelrealisatie op. Voor de praktijk betekent dit dat cliënten die de nieuwe behandeling hebben gekregen waarvan het effect is getoetst, niet beter af zijn dan de cliënten die deze nieuwe behandeling niet hebben gekregen.
- Bij een effectgrootte van  $0,20$  tot  $0,40$  neemt de doelrealisatie in 10 tot 20 procent van de gevallen toe. Dat betekent dat met een nieuwe behandeling 1 op de 10 tot 1 op de 5 cliënten beter af zijn dan de cliënten die deze nieuwe behandeling niet hebben gekregen.
- Bij een effectgrootte van  $0,50$  tot  $0,70$  neemt de doelrealisatie in 25 tot 33 procent van de gevallen toe. Dat betekent dat met een nieuwe behandeling 1 op de 4 tot 1 op de 3 cliënten beter af zijn dan de cliënten die deze nieuwe behandeling niet hebben gekregen.
- Bij een effectgrootte van  $0,80$  of hoger neemt de doelrealisatie met meer dan 33 procent van de gevallen toe. Dat betekent dat met een nieuwe behandeling meer dan 1 op de 3 cliënten beter af zijn dan de cliënten die deze nieuwe behandeling niet hebben gekregen.

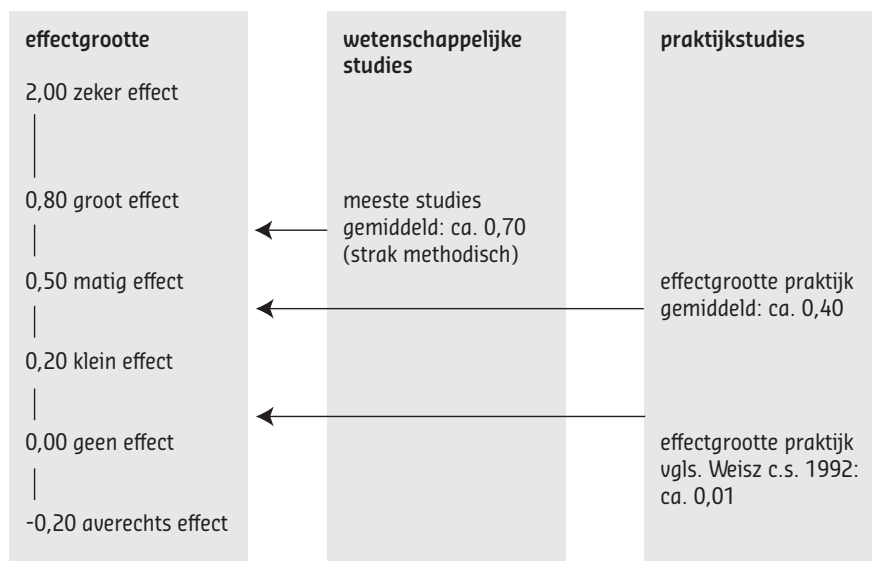
Deze vuistregels luiden in principe hetzelfde als er alleen voor- en nametingen worden vergeleken in een behandelde groep (zonder controlegroep). Welbeschouwd gaat men dan uit van een denkbeeldige controlegroep die geen behandeling heeft gekregen en waarvan het gemiddelde en de verdeling van de scores niet veranderen. De genoemde vuistregels zijn dan toepasbaar als aan twee voorwaarden zijn voldaan. De eerste is dat de problematiek zonder behandeling doorgaans betrekkelijk stabiel is (dat die gemiddeld genomen niet verslechtert of verbetert). De tweede voorwaarde is dat op  $d$  een correctie wordt toegepast om overschatting van de effectiviteit door statistische artefacten te voorkomen. Het Nederlands Jeugdinstituut werkt aan een uitwerking van deze correctie.

## 16. Wat weten we over de effectiviteit van de huidige jeugdzorgpraktijk?

Uit internationale metastudies blijkt dat de effectgrootte in de meeste onderzoeken naar de effecten van jeugdzorg tussen  $0,40$  en  $0,80$  ligt, met in totaal een gemiddelde van ongeveer  $0,70$  (Van Yperen, 2005; zie figuur 3). Dit plaatje heeft wel enige nuancering, aangezien critici erop wijzen dat veel studies geen betrekking hebben op de hulpverlening in de dagelijkse praktijk (ook wel 'treatment as usual / TAU' of 'care as usual / CAU' genoemd). Volgens de critici hebben de jeugdigen en gezinnen in de meeste wetenschappelijke studies enkelvoudige problemen, bestaat de behandeling slechts uit één soort therapie die strak is geprotocolleerd en zijn de behandelaars vaak erg goed getraind. Dit zou niet de normale praktijk weergeven.

Wat is dan de effectiviteit van interventies in de praktijk? Weisz c.s. (1992, 1995) vonden in een veel geciteerde metastudie een gemiddelde effectgrootte van  $0,01$  – geen effect dus. Dit onderzoek blijkt echter niet geldig voor de jeugdzorg, zeker niet van deze tijd (zie Van Yperen, 2005). Er zijn inmiddels aardig wat interventies ontwikkeld waarvan de effectiviteit vrij groot is; het probleem is alleen dat die vaak niet of niet goed worden gebruikt.





Figuur 3. Gemiddelde effectgrootte in wetenschappelijke studies en de praktijk

Onze schatting is dat de effectiviteit rond 0,40 zal liggen. We baseren ons daarbij op publicaties van Lipsey & Wilson (1998); Bartels e.a. (2001); Van der Ploeg & Scholte (2003); Shadish e.a. (2000); Weisz e.a. (1995). Ook eerste resultaten van effectmonitors van jeugdzorginstellingen wijzen in die richting. Een ‘effect size’ van 0,40 betekent dat ruwweg een vijfde tot een kwart van de cliënten beter af zijn dan de cliënten die niet behandeld worden.

Wij vinden dit beeld van de effectiviteit van de dagelijkse praktijk niet erg bevredigend. Temeer omdat praktijkexperimenten laten zien dat het mogelijk is de effectiviteit van de gebruikelijke zorg door monitoring en door meer consequente toepassing van de behandelprincipes te verdubbelen (Leijssen, 2008). Veel zekerheid hierover is er nog niet. Bij het Nederlands Jeugdinstituut worden momenteel studies uitgevoerd om het beeld verder aan te scherpen.

## 17. In welke mate bepaalt de interventie het resultaat?

Volgens ons wordt dit fors onderschat. Op veel conferenties en debatten over effectieve jeugdzorg is te horen dat de uitkomsten van de hulp maar voor een klein deel door de specifieke interventie worden bepaald. In veel gevallen refereert men daarbij aan het werk van Lambert en zijn collega’s (zie o.a. Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Bergin, 1994), die stelden dat de methodiek maar 15 procent van het resultaat uitmaakt. Voor het overige zouden de resultaten voornamelijk worden bepaald door omgevings- en cliëntfactoren die buiten de reikwijdte van de therapie vallen (bijvoorbeeld: een moeder van een kind hertrouwt met een man die een zeer goede vaderrol vervult, waardoor het gedragsprobleem van de jeugdige grotendeels oplost), algemeen werkzame factoren (bijvoorbeeld of het ‘klikt’ tussen cliënt en hulpverlener) en hoop en verwachting (een cliënt die hoop heeft op een goede uitkomst doet beter mee in de behandeling – ook wel placebo-effect genoemd). In tabel 2 is in de kolom ‘1992’ vermeld wat volgens Lambert c.s. de

verdeling is van de percentages. In de tabel hebben we deze vertaald naar het aandeel in de totale effectgrootte van de hulp.

Tabel 2. Aan welke factoren is het effect toe te schrijven?\*

factor	1992	2020	
	(Lambert c.s.)	mogelijkheid 1	mogelijkheid 2
extratherapeutische factoren (cliënt- en omgevingsfactoren)	40% (0,16)	40% (0,48)	13% (0,16)
algemeen werkzame factoren (o.a. therapeutische relatie)	30% (0,12)	30% (0,36)	30% (0,36)
placebo-effect (o.a. hoop en verwachting)	15% (0,06)	15% (0,18)	15% (0,18)
specifieke methodiek / therapeutische techniek	15% (0,06)	15% (0,18)	42% (0,50)
totale effectgrootte	$d = 0,40$	$d = 1,20$	$d = 1,20$

\* Achter elk percentage staat het absolute aandeel in de totale effectgrootte genoemd

De onderste rij van de tabel laat effectgrootte  $d$  zien, een bekende index die aangeeft wat de effectiviteit van de hulp in totaal is. Bij  $d = 0$  is de hulp niet effectief, bij  $d = 0,20$  een klein beetje, bij  $d = 0,50$  matig effectief en bij  $d = 0,80$  of hoger is er sprake van een hoge effectiviteit. In de tabel is met de index aangegeven wat de gemiddelde effectiviteit van de hulp in de praktijk is; de schatting is dat die ongeveer  $d = 0,40$  is. Tussen haakjes staat het absolute deel van deze effectgrootte dat volgens de verdeling van Lambert c.s. aan de verschillende factoren is toe te schrijven. Slechts een fractie van de effectiviteit ( $d = 0,06$ ) zou aan de methode toegerekend kunnen worden. In veel debatten wordt dit als argument gebruikt om aan specifieke interventies niet veel waarde te hechten.

Volgens het Nederlands Jeugdinstituut is dit argument echter niet juist, om verschillende redenen (voor een uitgebreide bespreking zie Van Yperen e.a., 2010):

- Ten eerste baseerden Lambert c.s. hun percentages op een kwalitatieve impressie van de literatuur, en niet op een kwantitatieve analyse. De percentages zijn dus niet meer dan een ruwe schatting.
- Ten tweede is hun indeling in de werkzame factoren niet gelukkig; ook relatie, hoop en verwachting zijn immers methodisch te beïnvloeden. Het is bijvoorbeeld mogelijk een hulpverlener te scholen in het bevorderen van de relatie door training in luistervaardigheden en door in dialoog doelen te stellen. In de literatuur treffen we dan ook verschillende indelingen aan, met ook weer uiteenlopende verdelingen van percentages.
- Ten derde hebben de percentages betrekking op in het verleden behaalde resultaten. Lambert (1992) geeft aan dat zijn schattingen zijn gebaseerd op een review uit 1986. De daarin opgenomen studies zijn nog ouder. Deze gegevens zeggen niet direct iets over de huidige situatie – ongeveer een kwart eeuw later. Door de percentages van Lambert zonder meer geldig te verklaren voor de huidige praktijk, wordt er impliciet gezegd dat er in de afgelopen 25

jaar methodisch geen vooruitgang is geboekt. Laat staan dat het iets zegt over de mogelijke toekomstige verbeteringen. Stel dat over tien jaar de effectiviteit flink is toegenomen (bijvoorbeeld naar  $d = 1,20$ ), dan luidt de vraag of de verhouding van de percentages waaraan de resultaten zijn toe te schrijven hetzelfde zijn (in tabel 2: mogelijkheid 1). Volgens ons ligt dat niet voor de hand. Immers, als we wel vasthouden aan de verdeling in percentages zou er van de vooruitgang in effectiviteit slechts 15% toe te schrijven zijn aan (verbeterde) methodiek (van  $d = 0,06$  naar  $0,18$ ), terwijl er 40% moet worden toegeschreven aan een toegenomen invloed van toevallige omgevings- en cliëntfactoren (van  $d = 0,16$  naar  $0,48$ ). Die toename van de invloed van toevallige omstandigheden is weinig aannemelijk. Dit laat zien dat de verdeling van percentages van Lambert c.s. niet zonder meer te vertalen is naar het heden, laat staan naar de toekomst. Op dit laatste punt gaan we nader in.

Verschillende onderzoekers (waaronder ook Lambert zelf – zie Van Yperen e.a., 2010) stellen dat de invloed van specifieke methoden op de effectiviteit mogelijk wordt onderschat. Aannemelijk is dat door een verdere ontwikkeling van het professioneel methodisch handelen in het algemeen en het gebruik van goede interventies de resultaten van de zorg sterk toenemen. Dat is langs verschillende wegen te realiseren.

- Voormalige extratherapeutische factoren komen door nieuwe methodieken binnen de reikwijdte van de behandeling. Bijvoorbeeld: Met multisystemische en multimodale aanpakken betrekken we ouders en leerkrachten veel sterker en beter bij de aanpak van problemen die voorheen vooral – en met weinig succes – behandeld werden met residentiële hulp aan het individuele kind. Met betere hulp veroveren we als het ware steeds meer terrein dat we vroeger niet konden betreden of waar we weinig aan deden. In tabel 2 hebben we onder mogelijkheid 2 de absolute invloed van de extratherapeutische factoren nog gelijk gehouden ( $d = 0,16$ ), maar de mogelijkheid bestaat die invloed (nog) te doen afnemen.
- Door te investeren in de algemeen werkzame factoren verbetert onder meer de structuur van de behandeling en de relatie cliënt-hulpverlener. In relatieve zin blijft het aandeel van deze factoren misschien gelijk (30%), maar in absolute zou de effectgrootte kunnen stijgen van  $0,12$  naar bijvoorbeeld  $0,36$ .
- Ook het placebo-effect kan in absolute zin iets sterker worden (in ons voorbeeld van  $d = 0,06$  naar  $d = 0,18$ ). Doordat de hulp sterk verbetert, nemen immers ook de hoop en de verwachting van cliënten toe, wat hen sterker kan motiveren deel te nemen in de hulp.
- Daarnaast zetten we veel in op de implementatie van de specifieke methodiek. De hulpverlener doet er immers een belangrijk leereffect mee op: wat moet je wel en niet doen, welke technieken horen daarbij, wat kan een cliënt zelf doen? Dat zou het aandeel van de specifieke methodiek flink kunnen doen stijgen; in ons voorbeeld van 15 naar 42%, oftewel een 'effect size' van  $d = 0,06$  naar  $d = 0,50$ .

Uit dit voorbeeld blijkt dat de percentages – als we gebruikmaken van alle 'state of the art' kennis en verbetermogelijkheden – er in de toekomst heel anders uit kunnen zien. Of dit plaatje realiteit wordt, hebben we deels zelf in de hand. Een voorwaarde om dit soort ontwikkelingen te realiseren, is dat we de kennis over de algemeen werkzame factoren en over de werkzaamheid van specifieke methodieken in de jeugdzorg ontsluiten en ermee gaan werken.

## 18. Waar vind ik goede overzichten van effectieve interventies?

Goede overzichten van effectieve interventies zijn belangrijk. Ze bieden praktijkwerkers de mogelijkheid kennis te maken met goede voorbeelden van werkzame werkwijzen. Door gebruikmaking van die kennis is de effectiviteit van de praktijk flink te verhogen. Er zijn de laatste jaren handzame overzichten verschenen. We noemen hier de belangrijkste bronnen.

- De *databank Effectieve Jeugdinterventies*. Deze databank van het Nederlands Jeugdinstituut biedt een overzicht van in Nederland toegepaste interventies die minstens theoretisch goed onderbouwd zijn. Daarnaast wordt informatie geboden over de mate waarin onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies uitkomsten laat zien. Specifiek voor de jeugdgezondheidszorg en de gezondheidsbevordering kan men voor deze informatie ook terecht bij de I-database en de portal Jeugdgezondheid van het RIVM.
- ‘*Wat werkt?*’-overzichten. Voor verschillende doelgroepen en werksoorten is door het Nederlands Jeugdinstituut op een rij gezet wat de werkzame ingrediënten lijken te zijn in de te hanteren aanpak. Vervolgens zijn de interventies genoemd waarin deze ingrediënten op een goede wijze zijn ‘verpakt’.
- *Internationale databanken*. Verschillende websites van buitenlandse organisaties bieden toegang tot een rijke bron aan veelbelovende en bewezen effectieve interventies. Hoewel deze aanpakken vaak niet zonder meer in de Nederlandse situatie toepasbaar zijn, bieden de databanken belangwekkende inspiratie tot zorgvernieuwing in de sector.

Al deze overzichten zijn te benaderen via de website [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies). Het interessante daarbij is dat er niet alleen typische jeugdzorginterventies worden getoond, maar ook vormen van hulp en ondersteuning die in aangrenzende werkvelden van belang zijn, zoals preventie en lichte opvoedingsondersteuning. Jeugdzorgwerkers komen langs deze weg ook in contact met informatie die relevant is voor bijvoorbeeld vormen van nazorg. Preventie en lichte ondersteuning gaan immers niet alleen aan jeugdzorg vooraf. Het is ook daarna in te zetten. Daarmee wordt voorkomen dat jeugdigen uit de jeugdzorg na hun behandeling onvoldoende ondersteuning vinden bij het oppakken van het ‘normale’ leven (zie onder meer het WRR-rapport *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*, p. 295, Van Lieshout e.a., 2007).

## 19. Wat weten we over de effectieve behandelingen bij de meest voorkomende problemen?

Verbetering van de effectiviteit van de praktijk is een enorme onderneming, aangezien het vraagt om de verbetering van organisaties, professionals en interventies voor de zeer diverse doelgroep van de sector. Volgens ons is er al heel veel te winnen als de focus in eerste instantie wordt gericht op bijvoorbeeld de ‘top 10’ van de meest voorkomende problemen bij het opgroeien en opvoeden van jeugdigen. Daarom is het belangrijk veel bekendheid te geven aan deze behandelingen. Op de website [www.nji.nl](http://www.nji.nl) zijn en komen dossiers beschikbaar over de meest voorkomende problemen: wat weten we over de prevalentie, de oorzaken en risicofactoren, de werkzame ingrediënten van de aanpak en de interventies die een goede ‘verpakking’ zijn van werkzame factoren? Het gaat daarbij onder meer om de volgende problemen:

- ADHD
- angststoornissen
- delinquentie
- depressie
- gedragsproblemen en gedragsstoornissen
- kindermishandeling
- multiprobleemgezinnen
- onderwijsachterstanden
- voortijdig schoolverlaten
- overgewicht

De stand van kennis over ‘wat werkt’ bij de meeste van deze problemen en de daarbij horende werkzame interventies is redelijk goed ontwikkeld. De effectiviteit van de hulpverlening in de dagelijkse praktijk is volgens ons flink te verbeteren als deze kennis breed wordt geïmplementeerd. Naar ons idee is het zeer wenselijk dat de betrokken brancheorganisaties, beroepsverenigingen, opleidingen en financiers op dit punt een collectieve ambitie formuleren: over vijf jaar willen we ten aanzien van deze veelvoorkomende problemen de beste aanpak in Europa hebben. Dit zorgt ervoor dat in ieder geval de meerderheid van de cliënten adequaat wordt bediend.

## 20. Wat weten we over de effectiviteit van de verschillende werksoorten?

De jeugdzorg wordt doorgaans ingedeeld in een aantal werksoorten, zoals:

- ambulante jeugdzorg
- residentiële jeugdzorg
- crisisinterventie
- gezinsvoogdij
- justitiële jeugdzorg
- jeugdreclassering

Hiernaast is een indeling in een aantal interventietypen mogelijk, zoals:

- cognitieve gedragstherapie
- motiverende gespreksvoering
- oudertrainingen

Wat voor de meest voorkomende probleemgroepen geldt, gaat ook op voor de dominante werksoorten en interventietypen in de sector. Als we weten wat de werkzame factoren hierin zijn, is er veel te winnen als deze kennis wordt geïmplementeerd. Informatie hierover is te vinden op [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies), onder ‘Wat werkt?’

Het Nederlands Jeugdinstituut plaatst hierbij twee kanttekeningen. In de eerste plaats is er nog weinig gedegen effectonderzoek beschikbaar over de werkzame ingrediënten van de verschillende werksoorten. Het beschikbare effectonderzoek lijdt onder een gebrek aan inzicht wat precies de

toegepaste werkwijzen zijn. Een tweede kanttekening is dat effectieve hulp, zeker bij de ernstige probleemgezinnen, niet zelden bestaat uit een combinatie van werksoorten. De werkzame ingrediënten van één bepaalde werksoort moeten dus in deze context worden beschouwd.

## Effectieve interventies, professionals... en anderen

### 21. Wat kenmerkt een goede professional?

Om dit te verhelderen, maakt het Nederlands Jeugdinstituut graag gebruik van het gedachtegoed dat is ontwikkeld door de socioloog Eliot Freidson (2001). Freidson stelt in zijn boek *Professionalism. The third logic* dat de professional zich kenmerkt door zijn kennis. Die kennis bestaat uit:

- alledaagse kennis die hij deelt met de leek;
- expliciete vakkennis (de 'body of knowledge' van het vakgebied) die in een langdurige opleiding is aangeleerd;
- deels geëxpliciteerde, maar deels ook impliciete ervaringskennis, opgedaan in de praktijk.

Naast deze kennis beschikt de professional ook over vaardigheden ('skills') die hem in staat stellen zijn taken goed uit te voeren. Deze kennis en vaardigheden geven de professional macht over de cliënt: hij weet en kan op zijn vakgebied immers meer dan de gemiddelde jeugdige of de ouder. Dit biedt de professional echter geen kant-en-klare recepten die hij zonder meer kan toepassen. Iedere cliënt is immers uniek. Hij moet een verbinding maken tussen zijn min of meer algemene kennis en vaardigheden en de individuele cliënt. Daarvoor beschikt hij over zogeheten discretionaire ruimte, beslisruimte om op maat te werken en creatief op de dagelijkse praktijk in te spelen. De discretionaire ruimte geeft de professional veel autonomie. Het is immers de professional die – samen met de cliënt – de discretionaire ruimte kan invullen.

De macht en de autonomie van de professional brengen tegelijkertijd veel verantwoordelijkheid met zich mee. Ze bestaan bij de gratie van accurate kennis en vaardigheden van de professional en bij zijn vakkundigheid om deze succesvol in het individuele geval toe te passen. Dat verplicht de professional ertoe zijn kennis en vaardigheden goed op peil te houden, zodat de cliënt erop kan vertrouwen dat hem op de beste manier hulp wordt geboden. Het verplicht de professional er ook op te houden wat de resultaten zijn van de geboden hulp. Blijven de resultaten achter bij wat er volgens de stand van kennis mogelijk is, dan zijn verbeteracties nodig.

## 22. Wat is een effectieve professional?

Een goede professional werkt effectief als deze optimaal bijdraagt aan de realisatie van de doelen van de hulpverlening. Maar wat kenmerkt dan een effectieve werkwijze van de professional? Naar ons idee komen die kenmerken overeen met de ingrediënten van een effectieve interventie.

- *Algemene werkzame factoren.* Voorbeelden hiervan zijn:
  - in staat zijn om een goede relatie met de cliënt te onderhouden;
  - goed aansluiten bij de motivatie van de cliënt en deze weten te activeren;
  - een duidelijke structuur in de interventie aan kunnen brengen (doelen van de hulp helder maken, een planmatige en stapsgewijze aanpak hanteren);
  - een goede 'fit' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag;
  - interventies uitvoeren zoals deze uitgevoerd moeten worden ('behandelintegriteit');
  - goede opleiding en training en feedback creëren op het werk en openstaan voor reflectie en supervisie;
  - ook zijn er steeds meer aanwijzingen dat het routinematig monitoren en het met behulp van de monitorgegevens reflecteren op de effectiviteit een algemeen werkzame factor is (zie Van Yperen e.a., 2010).
- *Specifiek werkzame factoren.* Voorbeelden hiervan zijn:
  - goede kennis hebben over de specifieke doelgroep (de problemen, hulpvragen en mogelijkheden) waarmee men werkt;
  - vaardig zijn in de toepassing van de aangewezen specifieke hulpvormen;
  - weten welke valkuilen er zijn bij de hulp aan de specifieke doelgroep en die kunnen vermijden.

Effectieve professionals delen voorts hun belangrijkste doelen en resultaten met het management van hun instelling, met andere beroepskrachten en met onderzoekers. Zo creëren zij een context waarin de collectieve ambitie kan ontstaan om de doelgroep zo goed mogelijk te helpen, daarvoor samen te werken en als beroepskracht ondersteund te worden.

Belangrijk is de constatering die we zojuist maakten, dat er in de literatuur aanwijzingen te vinden dat het creëren van feedback op het werk, via supervisie en met monitorgegevens, bijdraagt aan de effectiviteit van het werk (zie bijvoorbeeld ook Duncan e.a., 2007). Op deze wijze leren professionals hun handelen aan te scherpen en dragen ze bij aan de ontwikkeling van hun vak. Het kenmerk van een professionele hulpverlener is dan ook dat hij zicht houdt op de kwaliteitsverhoging van de hulp, zowel vanuit zijn persoonlijke situatie als vanuit zijn vak (zie bijvoorbeeld Vlaar e.a., 2006). Professionals zijn daarbij geen lijdend voorwerp, maar actieve participanten in het verbeteren van (hun rol in) de hulpverlening.



### 23. Moeten professionals zich aan methoden houden?

Ja, als professionals effectief willen zijn, is het verstandig om methoden goed te volgen. In de onderzoeksliteratuur spreekt men in dit verband ook wel van het principe van behandelintegriteit: een interventie wordt toegepast zoals deze uitgevoerd hoort te worden. In Engelstalige vakliteratuur heet dit ook wel *treatment integrity* of *treatment adherence*. Het belang dat men aan dit principe hecht, is voor een deel gebaseerd op logica: als blijkt dat een bepaalde werkwijze bij bijvoorbeeld kinderen met agressieve gedragsstoornissen goed werkt, dan is het raadzaam deze werkwijze aan te houden. Gebeurt dat niet, dan loopt de hulpverlener het risico dat zijn aanpak de werkzaamheid mist. We vinden het principe behandelintegriteit terug bij het lijstje van de algemeen werkzame factoren.

Buiten de logica is er ook empirisch bewijs dat het volgen van de methode wenselijk is. Afwijken van de methode kan zelfs averechts werken. Zo bleek in een Amerikaanse studie dat Functional Family Therapy (FFT) en Aggression Replacement Training (ART) bij een juiste toepassing de recidive van jeugdige delinquenten vermindert, maar dat bij een onjuiste toepassing de recidive juist toeneemt (Barnoski, 2004). Een goede implementatie en borging van de interventie is dan ook cruciaal: men moet met de interventie werken zoals bedoeld en het niet laten ‘verwateren’.

Te sterk vasthouden aan een eenmaal ontworpen methode kan ook nadelen hebben. Zo bestond de oudercursus van het effectieve programma *Minder boos en opstandig* aanvankelijk uit achttien bijeenkomsten. Ouders vonden dat echter nogal veel, waardoor ze ertoe neigden af te haken. Zonder al te zeer in te boeten op de werkzaamheid bleek een kleiner aantal bijeenkomsten ook mogelijk te zijn. Naast goed implementeren en borgen is ook dóórontwikkelen dus cruciaal. Het gaat er niet om tot in lengte van dagen volgens de gegeven methodiek te werken, maar om zo effectief mogelijk te werken. Dit kan betekenen dat de methode wordt aangepast, bijvoorbeeld om uitval terug te dringen.

Het vasthouden aan de methode is dus geen doel op zich; het gaat erom de beoogde effecten te bereiken. Vaak volstaat het de belangrijkste behandelprincipes te volgen. Daaromheen bestaat enige ruimte om te variëren zonder de werkzaamheid aan te tasten. In de literatuur heet dit ook wel het responsiviteitsbeginsel: een goede professional moet de ruimte nemen om van een bepaalde aanpak af te wijken als dat in het individuele geval nodig blijkt. Daarbij geldt dat de hulpverlener dit op een beredeneerde wijze doet: hij geeft aan waarom een andere werkwijze nodig is (zie bijvoorbeeld Bruinsma & Konijn, 2008). Ook is van belang dat er wordt bijgehouden of de aanpassing de werkzaamheid niet te veel aantast – monitoring van de uitkomsten.

Stals e.a. (2008) wijzen er in dit verband op dat het bij de implementatie en borging van interventies van belang is onderscheid te maken tussen effecten in engere zin en effecten in brede zin.

- De effecten van een implementatie in engere zin worden bereikt als hulpverleners werken zoals de methode voorschrijft (i.e. er is sprake van behandelintegriteit).

- De effecten van een implementatie in brede zin worden bereikt als dit leidt tot een betere doelrealisatie: door de implementatie van de interventie nemen bij meer cliënten dan voorheen de problemen af of nemen de vaardigheden toe.

Het gaat er bij de implementatie niet alleen om te werken zoals bedoeld (implementatie in engere zin), maar ook om de beoogde effecten bij de cliënt te bereiken (implementatie in brede zin).

## 24. Hoe om te gaan met de spanning tussen methoden en professionals?

De verhouding tussen de professional en de methode is ambivalent. Daarvoor zijn drie redenen te formuleren:

- Een methode verpakt kennis over ‘wat werkt’. Kennis is echter macht. Naarmate de methode meer expliciet is, is de kennis minder exclusief eigendom. Ook bijvoorbeeld cliënten kunnen dan over die kennis beschikken. Dit verandert de positie van professionals ten opzichte van cliënten. Sommige hulpverleners hebben daar moeite mee.
- Een methode schrijft de handelwijze van de professional voor. De behandelintegriteit vereist dit te volgen. Tegelijk is een kenmerk van professionaliteit dat de hulpverlener autonoom is in zijn beslissingen. Dit confronteert hem voortdurend met de vraag: moet ik de voorschriften volgen of zijn er bij deze cliënt redenen om daarvan af te wijken?
- Een methode veronderstelt per definitie een zekere routine: men gaat ervan uit dat de aanpak toepasbaar is bij cliënten in een bepaalde doelgroep. Tegelijk is iedere cliënt uniek.

Deze spanning is naar ons idee niet per definitie negatief. Er is goed mee om te gaan als de volgende zaken goed zijn geregeld.

- *Collectieve ambitie.* De jeugdzorg staat voor de gezamenlijke ambitie om kinderen met problemen te helpen en ze veilig te laten opgroeien. Deze collectieve ambitie maakt het aanvaardbaar – en zelfs noodzakelijk – om kennis te delen. Deze kennis is verpakt in methoden, maar zit ook ‘in de hoofden’ van professionals. Uitwisseling van die kennis is essentieel.
- *Beroepsstandaarden.* Idealiter geven beroepsverenigingen via richtlijnen aan wat de beste manier van handelen is en welke methoden daarbij passen. In dat geval schrijft niet de maker van een methode het handelen voor, maar de eigen beroepsgroep. Als hulpverleners cliënten schaden door van standaarden af te wijken, dan is het mogelijk hen via tuchtrecht tot de orde te roepen.
- *Discretionaire ruimte.* Van de professional wordt verwacht dat hij effectief gebleken methoden goed toepast. Dit impliceert dat de professional zijn handelen toesnijdt op de cliënt en zijn situatie; de professional beschikt daarvoor over discretionaire ruimte. Hij zoekt daarbij een match tussen collectieve kennis en het individuele geval. Hij baseert zijn koers op collectieve kennis - die ondermeer vervat is in methodieken – alsook op zijn eigen ervaringskennis, de inbreng van de cliënt en normatief-ethische overwegingen. Afwijken van richtlijnen is niet bezwaarlijk zolang dit beredeneerd gebeurt, de overwegingen helder zijn en zich ten overstaan

van de beroepsgroep en de cliënt laten legitimeren *en* zolang het afwijken goede resultaten oplevert. De discretionaire ruimte is dus niet oneindig, maar is gedefinieerd binnen wat acceptabel is.

- *Samenwerking*. Professionals werken zelden in een isolement. Ze maken in toenemende mate deel uit van teams, samenwerkingsverbanden, ketens. Dit vraagt om een zekere mate van voorspelbaarheid in het functioneren: wat kan je van iemand verwachten? Hier sluit het werken met een expliciete werkwijze en een zekere routine bij aan.
- *Monitoring*. De discretionaire ruimte brengt met zich mee dat de professional verantwoordt wat hij doet en wat de resultaten van zijn inspanningen zijn. Het is wenselijk dat de resultaten worden gemonitord in supervisie en door het gebruik van uitkomstindicatoren. Langs die weg signaleert de professional of de effectiviteit van zijn hulp tekortschiet, voldoende is of wellicht zeer goed uitpakt. Daarnaast biedt het op een algemener niveau suggesties voor het aanscherpen van de methode en relevante randvoorwaarden.

## 25. Hoe om te gaan met de spanning tussen methoden en individuele cliënten?

In het voorgaande hebben we onze visie feitelijk al weergegeven: effectieve hulp bestaat uit een goede matching tussen wat een methode voorschrijft en wat een cliënt behoeft. Daartoe hebben we een aantal elementen aangereikt:

- Interventies die in de databank Effectieve Jeugdinterventies zijn opgenomen, zijn te beschouwen als prototypen. Cliënten passen altijd in meer of mindere mate bij de doelgroep van de betreffende interventie. De hulpverlener past daarom de methode in meer of mindere mate toe. Hij doet er daarbij verstandig aan zo veel mogelijk gebruik te maken van de methode, maar als hij het verstandig vindt, kan hij ervan afwijken.
- De professional maakt gebruik van zijn autonomie om – binnen zijn discretionaire ruimte – zijn handelen toe te snijden op de individuele situatie van de cliënt. Hierbij maakt de professional gebruik van de collectieve kennis over ‘wat werkt’ en van zijn ervaringskennis ten aanzien van de cliënten die hij in zijn praktijk tegenkomt. Hij maakt zijn keuzes zo veel mogelijk beredeneerd.
- Een professional monitort zijn resultaten. Aan de hand hiervan evalueert hij of zijn besluiten goed zijn geweest. Op deze wijze leert hij van gemaakte keuzes.

Werken volgens een bepaalde methode (‘programma-integriteit’) is dus niet bedoeld als keurslijf, maar als keuze dat bij een bepaalde groep cliënten de betreffende methode de meeste kans geeft op effectiviteit (Bruinsma & Konijn, 2008). Dat die keuze juist is, moet blijken uit de resultaten van de hulp.

## 26. Wat is de rol van beroepsverenigingen en richtlijnen?

In een optimale situatie waken beroepsverenigingen over de kwaliteit van een professie. Zij registreren hun leden als bevoegd als deze voldoen aan eisen ten aanzien van kennis en ervaring. Kennis delen is in dit systeem essentieel. Zonder dat is er geen basis voor de professie. In dat kader stellen beroepsverenigingen ook eisen met betrekking tot scholing, supervisie, intervisie en geregelde her- en bijscholing.

Tot de registratievereisten van leden behoort dat professionals werken volgens geldende richtlijnen die mede door de beroepsverenigingen zijn vastgesteld. En ook hier geldt weer: specifieke interventies of programma's zijn als het ware prototypen van hoe de aanpak volgens de richtlijnen het beste verloopt. Of een professional geheel volgens de richtlijnen en/of een prototype werkt, is echter zijn eigen verantwoordelijkheid. Hiervoor beschikt hij over de nodige discretionaire ruimte. 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. Dat gebeurt via inter- en supervisie en via klacht- en tuchtrecht.

Het is van belang te beseffen dat de discretionaire ruimte van een professional niet alleen wordt bepaald door de beroepsvereniging. In de praktijk werken de meeste professionals in organisaties waar ook anderen deze ruimte beïnvloeden.

- Professionals van andere disciplines waar men mee samenwerkt oefenen mede een zekere invloed uit. Als de richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen niet geheel met elkaar te verenigen zijn, vraagt dit om een oplossing. Bijvoorbeeld: Bij adolescenten met een depressie kan de kinder- en jeugdpsychiater een andere koers willen varen dan de orthopedagoog. Zaak is dan om in dit samenwerkingsverband een goede gezamenlijke koers te bepalen.
- In de jeugdzorg is de zorgaanbieder wettelijk verantwoordelijk voor het realiseren van een goede kwaliteit van zorg. Bestuurders en managers kunnen in dat licht van professionals vragen hun handelen af te stemmen op de visie van de organisatie op goede zorg. Idealiter verwoordt deze visie een collectieve ambitie van zowel de professionals als de bestuurders en managers.

## 27. Wat is de rol van andere partijen in de verbetering van de effectiviteit?

Niet alleen de professional is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. In een ideale situatie neemt elke partij zijn verantwoordelijkheid als het gaat om verbetering van de effectiviteit (zie ook Van Yperen & Bakker, 2008).

- *De professional* is er – naar de huidige stand van kennis – voor verantwoordelijk de beste zorg of diensten te leveren. Richtlijnen helpen hem daarbij keuzes te maken.

- *Beroepsverenigingen* stellen richtlijnen en beroepscodes op waarmee zij waken over de kwaliteit van een professie. Navolging van deze richtlijnen en beroepscodes vindt onder meer plaats door het beoordelen van geregistreerde beroepskrachten 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. Ook houdt de instelling zicht op de mate van belasting van de professionals en de gewenste ondersteuning in de uitoefening van hun vak.
- *Brancheverenigingen* maken met hun leden en met financiers afspraken over de voor de zorg te realiseren randvoorwaarden.
- *Wetenschappers en kennisinstututen* als het Nederlands Jeugdinstuut dragen eraan bij dat dit systeem werkt door kennis te verzamelen en uit te dragen over wat werkt bij welke doelgroepen en onder welke omstandigheden.
- *De overheid* stelt wet- en regelgeving op, onder meer voor het afbakenen van de sector en de bescherming van enerzijds cliënten en anderzijds professionals.
- *Opleidingen* zorgen ervoor dat er voor (aankomend) professionals een 'state of the art' 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* leveren input over de cliëntbeleving van hulp en agenderen verbeterpunten ten aanzien de kwaliteit van de zorg.
- *Financiers* letten namens belasting- of premiebetalers vooral op de kosteneffectiviteit van de zorg (zo goed mogelijke resultaten tegen een zo laag mogelijke prijs).
- *Ontwikkelaars en eigenaars van interventies* zijn in dit systeem houders van kennis over een specifieke handelwijze bij een specifieke doelgroep en daaraan gekoppelde handboeken, trainingen en monitors.

## **28. Moet een financier eisen dat er alleen nog maar 'evidence-based' wordt gewerkt?**

Nee. Een veelgehoorde misvatting is dat financiers moeten eisen dat er alleen nog met interventies wordt gewerkt die door de Erkenningscommissie Interventies zijn erkend en in databases als de databank Effectieve Jeugdinterventies zijn opgenomen. Een dergelijke eis is om twee redenen niet reëel. In de eerste plaats is er een praktisch bezwaar; niet voor alle doelgroepen zijn dergelijke interventies voorhanden. In de tweede plaats is er een principieel bezwaar; het is de professional die beslist of en in welke mate hij gebruikmaakt van 'evidence-based' interventies. Alleen in dit geval is het mogelijk hem volledig verantwoordelijk te stellen voor zijn handelen. Vanuit dit oogpunt moeten de rollen gescheiden blijven. Professionals beslissen over welke interventie aangevoerd is; ze kunnen daarbij gebruikmaken van beschikbare kennis over effectieve interventies. Financiers mogen van professionals eisen dat ze zo effectief mogelijk werken.

Idealiter impliceert een dergelijke scheiding van rollen overigens dat financiers ook niet *hoeven* te eisen dat er zo veel mogelijk met effectieve methoden wordt gewerkt. Welbeschouwd zouden de professionals, de beroepsverenigingen, de organisaties waar ze werken en hun brancheorganisatie moeten uitstralen: wij werken ‘state of the art’!

## 29. Hoe kunnen opleidingen het beste op de ontwikkelingen rond effectiviteit insteken?

Opleidingen voor professionals in de jeugdzorg zijn met name:

- universitaire opleidingen (orthopedagogiek en kinder- en jeugdpsychologie);
- hbo-opleidingen maatschappelijk werk en dienstverlening (MWD), sociaal pedagogische hulpverlening (SPH) en pedagogiek;
- mbo-opleiding pedagogisch medewerker jeugdzorg.

In het kader van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg ([www.nji.nl/professionalisering-jeugdzorg](http://www.nji.nl/professionalisering-jeugdzorg)) wordt op een landelijk gecoördineerde manier gewerkt aan het actualiseren van de hbo-opleidingen. Een belangrijke basis hiervoor wordt gevormd door het competentieprofiel voor de jeugdzorgwerker. Dit profiel maakt duidelijk over welke competenties beroepskrachten in de jeugdzorg moeten beschikken om het vak adequaat te kunnen uitoefenen. In het profiel gaat veel aandacht uit naar kennis, houding en vaardigheden die relevant zijn voor het vormgeven aan effectieve jeugdzorg. Bijvoorbeeld:

- de attitude van professionals;
- kennis over de werkzame principes;
- kennis over richtlijnen en interventies;
- vaardigheden in de toepassing van de kennis;
- kennis en vaardigheden in het stellen van doelen en het meten van resultaten in de praktijk.

Deels worden deze kennis, attitude en vaardigheden verworven binnen opleidingen, deels via de loopbaan en door na- en bijscholing. Voor de initiële opleidingen is het van belang om te bepalen welke competenties tijdens de opleiding verworven moeten worden. De HBO-raad probeert dit vast te stellen door een Uitstroomprofiel Jeugdzorg te ontwikkelen. Om de leerlingen zo goed mogelijk te scholen, is het van belang dat docenten zelf ook op de hoogte zijn van de ontwikkelingen rond effectieve jeugdzorg en in staat zijn deze kennis adequaat over te dragen. Hiertoe is het wenselijk dat ze actief contact houden met het werkveld en daarnaast participeren in kennisnetwerken. Het Nederlands Jeugdinstituut organiseert in dat kader voor hbo-docenten een kennisnetwerk waarin expliciet aandacht is voor effectieve jeugdzorg.

Ook het mbo gaat na op welke wijze ze competenties voor de jeugdzorgwerker vorm kunnen geven binnen de opleiding. Hiermee zullen ook automatisch competenties rond effectieve jeugdzorg aanbod komen, zij het op een basaler niveau dan bij het hbo. Ook voor het mbo wordt door het Nederlands Jeugdinstituut een kennisnetwerk ingericht.

Parallel aan het competentieprofiel voor de jeugdzorgwerker is met de beroepsverenigingen een competentieprofiel ontwikkeld voor de gedragswetenschapper in de jeugdzorg. Ook hierin wordt aandacht besteed aan competenties die van belang zijn voor effectieve jeugdzorg. De verwachting is dat dit profiel een belangrijke rol gaat vervullen binnen de initiële opleiding en binnen de postdoctorale opleiding orthopedagoog-generalist en kinder- en jeugdpsycholoog.

## Erkenning en databank Effectieve Jeugdinterventies

### 30. Waar is de databank Effectieve Jeugdinterventies voor bedoeld?

De databank Effectieve Jeugdinterventies is een via internet toegankelijk overzicht van theoretisch goed onderbouwde interventies. De databank toont tevens welke van deze interventies ook als 'bewezen effectief' zijn aan te merken.

In het werkveld bestaat behoefte aan een overzicht van interventies waarmee kinderen, jongeren en hun ouders ondersteund of geholpen kunnen worden. Daarnaast leeft bij professionals, beleidsmakers en financiers de vraag: Wat zijn goede interventies? Wat werkt wel en wat werkt niet? Het doel van de databank Effectieve Jeugdinterventies is de beschikbare kennis over de effectiviteit van interventies aan te bieden aan professionals, beleidsmakers en financiers, met het oog op verbetering en uitbreiding van het bestaande aanbod. Dat gebeurt via de website [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies), onder 'Databank Effectieve Jeugdinterventies'.

Alle interventies die in de databank zijn opgenomen, zijn getoetst door de onafhankelijke Erkeningscommissie Interventies.

Het Nederlands Jeugdinstituut is van mening dat de databank niet geschikt is als selectiemiddel, bijvoorbeeld om alleen nog met interventies te werken die in de databank als effectief te boek staan. De kennis over wat wel en niet werkt is daarvoor nog te onvolledig. Bovendien zijn er risico's en problemen die nu eenmaal niet makkelijk aan te pakken zijn; het moet mogelijk blijven om bij 'moeilijke doelgroepen' te experimenteren met interventies die nog niet op effectiviteit zijn getoetst. Ook meer in het algemeen is het nodig dat de praktijk ruimte houdt om nieuwe interventies te ontwikkelen en bestaande – nog niet op effectiviteit onderzochte – interventies alsnog op werkzaamheid te toetsen. Het doel van de databank is daarbij inspirerende voorbeelden aan te reiken van interventies die goed zijn onderbouwd. De opgenomen interventies zijn als het ware prototypen van hoe de aanpak volgens de theorie en wetenschappelijk onderzoek het beste verloopt.



### 31. Wat is het nut van de effectladder?

De databank Effectieve Jeugdinterventies is opgebouwd volgens de principes van de zogeheten effectladder. Het Nederlands Jeugdinstituut hecht veel waarde aan deze principes, omdat de effectiviteit van een interventie volgens ons geen kwestie is van alles of niets. Een interventie ontwikkelt zich doorgaans in stadia, waarin deze toe groeit van een impliciete gedachte of handeling naar een theoretisch en empirisch onderbouwde werkwijze. Elk stadium draagt bij aan de effectiviteit van de interventie. Figuur 4 toont de verschillende niveaus van de effectladder.

niveau (stap)*	toelichting*	erkenning**	
4	Is de interventie <i>werkzaam?</i>	Als 1 tot en met 3, maar nu is er bewijs dat positieve uitkomsten veroorzaakt worden door de interventie en is er zicht op de werkzame ingrediënten.	bewezen effectief of
3	Is de interventie <i>doeltreffend?</i>	Als 1 en 2, maar nu kan empirisch worden aangetoond dat de gestelde doelen zijn bereikt, problemen zijn afgenomen en competenties zijn toegenomen, en cliënten tevreden zijn.	waarschijnlijk effectief
2	Is de interventie <i>in theorie effectief?</i>	Als 1, maar nu is er ook een geloofwaardige interventietheorie over welke factoren met de problemen van de doelgroep samenhangen en waarom de interventie de beoogde uitkomsten bereikt.	theoretisch goed onderbouwd
1	Is de interventie <i>goed beschreven?</i>	De kernelementen van een interventie (doelgroep, interventie, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële context en randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk beschreven.	
0	Is de interventie <i>impliciet (black box)?</i>	De interventie is nog niet expliciet beschreven en onderbouwd.	

Figuur 4. Niveaus effectladder (Bronnen: \*Van Yperen & Veerman, 2008; \*\*Van Yperen & Van Bommel, 2009)

De ladder schetst de sporten waarlangs men omhoog kan klimmen om een interventie van impliciete kennis naar een op werkzaamheid getoetst niveau te brengen. Van Yperen en Veerman hebben bij elke stap verschillende soorten onderzoek aangegeven die passen bij het ontwikkelingsstadium van de interventie. In de databank is aan deze verschillende soorten onderzoek een mate van bewijskracht voor de effectiviteit toegekend: van zeer laag (onderzoek dat past bij niveau 1) tot zeer hoog (onderzoek dat uitsluitel geeft over de werkzaamheid van een interventie – niveau 4).

Onze ervaring is dat dit goed aansluit bij de praktijk: was voorheen vaak de gedachte dat men voor de ontwikkeling van effectieve interventies meteen bewijs op niveau 4 moest aanleveren, nu ziet men een stapsgewijze weg voor zich om de kwaliteit van interventies in de praktijk verder te ontwikkelen. Deze weg impliceert dat men eerst de kernelementen van de interventie goed beschrijft, deze dan theoretisch goed onderbouwd, daarna via eenvoudig onderzoek de doeltreffendheid van een interventie onderzoekt en tot slot het bewijs aanlevert dat de interventie verantwoordelijk is voor het effect.

Interventies die stap 2 goed hebben doorlopen, komen al in aanmerking voor opname in de databank Effectieve Jeugdinterventies. Ze worden daarvoor getoetst door de onafhankelijke Erkeningscommissie Interventies, die de interventies als ‘theoretisch goed onderbouwd’ erkent. Is er onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid of de werkzaamheid van de interventie, dan kan de commissie een erkenning afgeven voor ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘bewezen effectief’, afhankelijk van het type onderzoek dat is uitgevoerd en de resultaten daarvan.

## 32. Wat is het belang van de Erkeningscommissie Interventies?

De taak van de Erkeningscommissie Interventies, opgericht onder auspiciën van het Nederlands Jeugdinstituut en het RIVM, is te beoordelen of interventies als ‘effectief’ aan te merken zijn. Het Nederlands Jeugdinstituut ziet daarbij als belang dat een onafhankelijke groep experts uit wetenschap en praktijk interventies van een keurmerk voorziet als ze goed zijn onderbouwd en onderzocht. Het belang daarvan is tweeledig: (1) het beloont ontwikkelaars voor het neerzetten van een gedegen interventie en (2) de interventies kunnen dienen als een goed voorbeeld en een inspiratiebron voor anderen.

De erkenning kent vier niveaus, die voor een belangrijk deel aansluiten op de effectladder van Van Yperen & Veerman (2008; zie ook figuur 5):

- I. *theoretisch goed onderbouwd*. Op dit niveau is in theorie aannemelijk gemaakt dat de interventie zou *kunnen* werken.
- II. *waarschijnlijk effectief*. Hierbij laat onderzoek zien dat de interventie beter werkt dan de thans gebruikelijke situatie of handelwijze. Maar het bewijs is nog niet voldoende ‘hard’ en meer onderzoek is gewenst.
- III. *bewezen effectief*. Op dit niveau is er voldoende onderzoek – en het onderzoek is van voldoende kwaliteit – om aan te nemen dat de interventie bij de doelgroep beter werkt dan de thans gebruikelijke situatie of handelwijze.
- IV. *kosteneffectief*. Als de effectiviteit is aangetoond, is van belang om te kijken of de effecten opwegen tegen de kosten. Voor dit niveau worden nog geen erkenningen afgegeven. De reden hiervoor is dat kosteneffectiviteit tot nu toe nog nauwelijks een aandachtspunt vormt bij de ontwikkeling van interventies. In de toekomst zal dat moeten veranderen.

niveau effectladder (Van Yperen & Veerman, 2008)		Erkenningscommissie Interventies (zie Van Yperen & Van Bommel, 2009)
		IV. Erkenning <i>kosteneffectief</i> . De effecten wegen op tegen de kosten (voor dit niveau worden nog geen erkenningen afgegeven).
4	Is de interventie <i>werkzaam</i> ?	III. Erkenning <i>bewezen effectief</i> . Op dit niveau is er voldoende onderzoek – en het onderzoek is van voldoende kwaliteit – om aan te nemen dat de interventie bij de doelgroep beter werkt dan de thans gebruikelijke situatie of handelwijze.
3	Is de interventie <i>doeltreffend</i> ?	II. Erkenning <i>waarschijnlijk effectief</i> . Hier laat onderzoek zien dat de interventie beter werkt dan de thans gebruikelijke situatie of handelwijze. Maar het bewijs is nog niet voldoende ‘hard’ en meer onderzoek is gewenst. Hoe dan ook moet er meer onderzoek zijn dan alleen studies naar doelrealisatie of cliënttevredenheid.
2	Is de interventie <i>in theorie effectief</i> ?	I. Erkenning <i>theoretisch goed onderbouwd</i> . Op dit niveau is in theorie aannemelijk gemaakt dat de interventie zou kunnen werken.
1	Is de interventie goed <i>beschreven</i> ?	
0	Is de interventie <i>impliciet (black box)</i> ?	

Figuur 5. Niveaus effectladder en erkenning interventies

In figuur 5 is te zien dat het erkenningsniveau begint bij de theoretische effectiviteit van interventies. Daarna zijn er twee niveaus wat betreft empirisch bewijs ten aanzien van de werkzaamheid van interventies. Onderzoek naar de doeltreffendheid van interventies (niveau 2 van de effectladder) kan in bijzondere omstandigheden meetellen in de weging van een erkenning ‘waarschijnlijk effectief’.

De oordelen worden gepubliceerd via de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)) en webportals van het RIVM ([www.rivm.nl/jeugdgezondheid](http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid) en [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)).

De Erkenningscommissie Interventies kent vier deelcommissies:

- jeugdzorg, psychosociale en pedagogische preventie;
- jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering;
- ontwikkelingsstimulering, onderwijsgerelateerde hulpverlening en jeugdwelzijn;
- preventie en gezondheidsbevordering bij volwassenen.

De beoordeling van gedragsinterventies bij delinquenten vindt plaats door een commissie van het ministerie van Justitie. De afspraak is dat de Erkenningscommissie Interventies oordelen van de commissie van Justitie altijd overneemt. Zo is het mogelijk verschillen in uitspraken te voorkomen.

Het Nederlands Jeugdinstituut benadrukt dat de onafhankelijke Erkenningcommissie Interventies de erkenningen afgeeft. Het Nederlands Jeugdinstituut ondersteunt samen met het RIVM het proces. Het Nederlands Jeugdinstituut en het RIVM hechten veel waarde aan het feit dat de erkenning in veel werkvelden ingang vindt. Hierdoor ontstaat er een brede beweging waarin aandacht is voor de goede theoretische en empirische onderbouwing van interventies.

### 33. Hoe komt de Erkenningcommissie Interventies aan te hanteren criteria?

De Erkenningcommissie Interventies baseert een deel van de criteria op het werk van voorgaande panels. Deze hadden weer hun 'roots' in eerdere commissies die al jaren voor 2007 programma's beoordeelden voor voor- en vroegschoolse educatie (VVE), de wijkaanpak van probleemjeugdigen (*Communities that Care / CtC*), programma's in de gezondheidsbevordering (o.a. door het NIGZ en het RIVM) en in de jeugdzorg en jeugdbescherming. In al deze initiatieven gebruikte men een soort effectladder. Die effectladder werd door Van Yperen en Veerman meer gesystematiseerd en verder uitgewerkt. Zo ontstond door een voortdurende integratie van initiatieven een breed gedragen set kwaliteitscriteria voor de theoretische onderbouwing van interventies.

In de periode 2007-2008 is gewerkt aan de opbouw van criteria voor de 'bewezen effectiviteit'.

- In 2007 is een eerste kader opgesteld (Van Yperen, 2007). Deze notitie bevat ook een verslag van een studie naar beoordelingscriteria in het binnen- en buitenland.
- In het najaar van 2008 heeft een voorbereidingsgroep zich over het eerste voorstel gebogen.
- De uitkomsten hiervan zijn voorgelegd aan de leden van de stuurgroep van de databank Effectieve Jeugdinterventies en de voorzitters en leden van de deelcommissies (i.o.). Aan de hand van de commentaren is er een nieuw voorstel gemaakt.
- In een laatste consensusbijeenkomst met de voorzitters van de deelcommissies zijn vervolgens knopen doorgehakt over het voorlopig te volgen beoordelingskader.

Niet alle criteria zijn tot in de finesses geoperationaliseerd. Dit biedt de commissie ruimte om een weging te maken van allerlei aspecten die in de beoordeling meespelen. Voor een dergelijke weging blijkt het moeilijk te zijn allerlei regels op te stellen zonder het systeem erg ingewikkeld te maken. Eind 2010 wordt deze werkwijze geëvalueerd.

Het Nederlands Jeugdinstituut heeft in de ontwikkeling van de criteria en de beoordelingspraktijk steeds de positie ingenomen dat er een goede balans moet zijn tussen wetenschappelijke criteria en praktijkrelevantie. Ook streeft het instituut er zo veel mogelijk naar vast te houden aan een doorgaande lijn (van de 'roots' naar de toekomst), om te voorkomen dat ontwikkelaars van interventies steeds met sterk gewijzigde beoordelingskaders te maken krijgen. Tot nu toe nemen wij bij veel collega-instituten, wetenschappers en praktijkvertegenwoordigers een vergelijkbare opvatting waar.

### **34. Is het niet heel moeilijk om een interventie erkend te krijgen?**

Ja en nee.

Nee, volgens ons is het niet moeilijk om een interventie erkend te krijgen door de Erkenningcommissie Interventies, mits de interventie aan bepaalde basiseisen voldoet. Het gaat dan bijvoorbeeld om een duidelijke doelstelling, een heldere omschrijving van de doelgroep en een logische en acceptabele onderbouwing van de werkwijze.

En ja, we zien dat het voor veel praktijkinstellingen moeilijk is om hun aanbod ten aanzien van deze basiseisen te expliciteren. Het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN), een groep ondersteuningsorganisaties (zie [www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)), voert in verschillende regio's projecten uit waarin het aanbod wordt doorgelicht op de mate waarin het voldoet aan de eisen van de Erkenningcommissie Interventies. In veel gevallen blijkt dat de doelgroep niet duidelijk is afgebakend en dat zich om die reden ook niet goed laat bepalen of het aanbod bij deze doelgroep kan leiden tot effectieve zorg (zie o.a. Oudhof & Van der Steege, 2009; Van der Steege, 2009). Veel hulpvormen in de jeugdzorg blijken nog erg algemeen van aard te zijn, en (nog) niet verder te zijn toegespitst op de aanpak van specifieke hulpvragen of problemen. Veel van deze interventies blijken ook nog niet op effectiviteit te zijn onderzocht. Daarmee is niet gezegd dat er in de individuele hulpverleningsrelatie tussen hulpverlener en cliënt geen effectieve zorg plaatsvindt, maar welke methoden de hulpverleners van een instelling daarbij hanteren en of die methoden (in theorie) effectief zijn, is vooralsnog onduidelijk.

Het netto-effect van de Erkenningcommissie Interventies is dat er een proces van explicitering en aanscherping van het aanbod in de praktijk plaatsvindt. De commissie hanteert dan ook criteria met de blik gericht op die praktijk. De erkenning vindt om die reden plaats in niveaus: het eerste niveau betreft de goede beschrijving en logische onderbouwing van een interventie, pas daarna komt de vraag aan bod of de effectiviteit ook uit onderzoek blijkt. Voorts maakt de commissie veelvuldig gebruik van de mogelijkheid om interventies 'onder voorbehoud' te erkennen. Daarmee krijgt de indiener de kans om veelal kleine, specifieke, door de commissie gesuggereerde wijzigingen aan te brengen voordat het definitieve oordeel wordt gegeven. Potentiële indieners van interventies kunnen ook gebruikmaken van ondersteuning vanuit het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN). Er worden complete trainingen aangeboden, maar ook incidenteel advies op inhoudelijke punten is mogelijk. Daarnaast organiseert het Nederlands Jeugdinstituut collectieve feedbackbijeenkomsten voor diegenen die in het erkenningstraject zijn opgenomen en bezig zijn met een interventiebeschrijving. Het Nederlands Jeugdinstituut neemt met eigenaren van niet-erkende interventies contact op om te overleggen hoe zij dit op de website vermeld willen zien en of zij hun interventie willen verbeteren.

### **35. Wat moet de praktijk met de erkenning en de databank?**

We merken geregeld dat de afstand tussen de erkenning van interventies en de hulpverlening in de dagelijkse praktijk tamelijk groot is. Dit roept geregeld de vraag op of de erkenning en de databank wel genoeg bij de praktijk aansluiten. De databank Effectieve Jeugdinterventies en de Erkenningcommissie Interventies hebben naar ons idee in twee opzichten nut voor de praktijk.

In de eerste plaats heeft vooral de databank Effectieve Jeugdinterventies een etalagefunctie. De praktijk kan zien (en ook: laten zien) welke theoretisch onderbouwde en bewezen effectieve interventies er zijn. Via internet krijgt elke professional toegang tot deze kennis. Wij beschouwen de interventies in de databank in dat verband als een soort prototypen die in de etalage staan: kijk, voor een bepaalde doelgroep en met dat doel lijkt deze aanpak vooral goed te werken. Een kenmerk van een prototype is dat het een soort ideaalplaatje is. Een cliënt in de praktijk vertoont in meer of mindere mate overeenkomst met de doelgroep van de interventie. Ook de in overleg met de cliënt gestelde doelen komen in meer of mindere mate overeen met de doelen waarvoor de interventie is ontwikkeld. In zijn werkwijze zal de professional de interventie dan ook in meer of mindere mate kunnen toepassen. Idealiter kiest de professional voor de interventie waarvan hij verwacht dat de cliënt daar het meeste van zal profiteren en voert hij deze zo getrouw mogelijk uit. In de praktijk zien we dat de hulpverlener zich daarbij meestal toelegt op de toepassing van één interventie, en er niet een palet van verschillende interventies op nahoudt. Hij werkt dan ook vooral met een doelgroep die bij 'zijn' aanpak past. Indien nodig varieert hij binnen deze aanpak, al naargelang de behoefte van de individuele cliënt.

Ten tweede spelen de erkenning van interventies en de databank en rol bij de kwaliteitsbevordering van de zorg. We merken op veel plaatsen dat de vraag zich opdringt: Hoe zit het met onze interventies? Voldoen deze aan de criteria? Moeten wij hier iets mee? In die zin leveren de erkenning en de databank een soort opwaartse druk op in de kwaliteitsontwikkeling van de sector. Die druk heeft er bijvoorbeeld bij veel jeugdzorginstellingen toe geleid dat men het aanbod doorlicht op de vraag of de kernelementen van de interventies helder zijn en of ze theoretisch goed zijn onderbouwd. Hebben we onze doelgroepen helder? Zijn de doelen duidelijk gespecificeerd? Past onze aanpak goed bij de doelgroepen en de doelen? Onze ervaring is dat uit een dergelijke doorlichting vaak blijkt dat er verbeterlagen nodig zijn. Het is dan bijvoorbeeld mogelijk om te besluiten een interventie die in de databank staat als 'pakket' in zijn geheel in de eigen praktijk te implementeren. Ook kan men er elementen uit halen om het eigen aanbod te verbeteren.

### **36. Zijn de erkenning en de databank het enige wat van belang is?**

Nee. Bij sommigen bestaat het idee dat het aantal interventies dat in de databank Effectieve Jeugdinterventies is opgenomen een graadmeter is van de stand van effectiviteit in de sector ('de teller staat op 60'). In het verlengde daarvan kan de gedachte zijn dat het werken met interventies uit de databank effectieve zorg garandeert. Die suggestie is onjuist. De databank is een etalage waarin goed omschreven en onderzochte interventies zijn opgenomen. Het is bedoeld als inspiratiebron waarvan men gebruik kan maken voor verbetering van de zorg. Het is wenselijk dat professionals die etalage ook daadwerkelijk gebruiken voor het verbeteren van hun handelen – bijvoorbeeld door met interventies te gaan werken die in de databank zijn omschreven – maar dat is de verantwoordelijkheid van de professionals en hun organisaties (zorginstellingen en beroepsverenigingen).

Voor de verdere ontwikkeling van de effectiviteit van de sector is – naast het gebruik van informatiebronnen als de databank Effectieve Jeugdinterventies – nog een aantal andere zaken van belang:

- *Het op een rij zetten van ‘Wat werkt?’-principes.* De theoretische onderbouwing van interventies en onderzoek naar de effectiviteit maakt helder wat werkt bij de aanpak van bepaalde risico’s, problemen of te ontwikkelen vaardigheden. Het Nederlands Jeugdinstituut zet dit op een rij in zogeheten ‘Wat werkt?’-overzichten ([www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)). Deze kunnen weer nut hebben bij het opstellen van professionele richtlijnen.
- *Verdere professionalisering van beroepsbeoefenaren.* Dit gebeurt onder meer door de explicitering van de professionele verantwoordelijkheden, door de ontwikkeling van richtlijnen en tuchtrecht en door periodieke scholing in de ontwikkelingen in het vakgebied.
- *Verzamelen van practice-based evidence.* Effectmonitoring laat zien wat de daadwerkelijke resultaten zijn van het professioneel handelen in de alledaagse praktijk. Het hier beschreven traject van het werken met prestatie-indicatoren moet dat beter mogelijk maken.
- *Onderzoek.* Via wetenschappelijke studies en praktijkonderzoek is de kennis over de ontwikkeling en opvoeding van kinderen verder te verbeteren. Ook is het beeld van ‘wat werkt’ in preventie, vroeghulp, gespecialiseerde jeugdzorg en nazorg verder aan te scherpen.

### **37. Moeten we niet een beperkte set interventies erkennen en in de databank opnemen?**

Voorlopig niet. Er komen bij de erkenningscommissie en in de databank interventies terecht die veel gelijkenis vertonen met andere. Dat roept discussie op: Wat hebben we aan tien verschillende gezinshulpprogramma’s die weinig van elkaar verschillen? Ons standpunt is daar vooralsnog geen kwestie van te maken.

Positief aan de erkenning en de databank is dat er kennelijk een sterke ‘opwaartse druk’ van uitgaat: men ziet graag dat de ‘eigen’ interventie in de databank wordt opgenomen. Zorgaanbieders worden gedwongen over de kwaliteit van hun aanbod na te denken als zij hun interventies in de databank willen plaatsen. Het is van belang die druk te koesteren; het leidt immers tot beter aanbod.

Daarnaast is het de vraag wie gaat bepalen of een interventie wel of geen toegevoegde waarde heeft ten opzichte van wat er al in de databank is opgenomen. De overheid of de financier, zoals sommigen suggereren? Gesprekken met deze partijen wijzen erop dat zij zich bij voorkeur niet bemoeien met het aantal programma’s voor bijvoorbeeld ADHD – als het maar werkt. Het Nederlands Jeugdinstituut is van mening dat de professionals, de beroepsverenigingen, de zorgaanbieders en hun brancheorganisatie de selecties moeten doen. Aangezien het hún werkwijzen betreft, is het passend dat de beroepsverenigingen een gezamenlijk traject van richtlijnformulering voorbereiden. In een dergelijk traject zal duidelijk worden welke interventies goed bij de richtlijnen passen. Dat zal een ‘zuiverende’ werking geven. Daarnaast implementeert de brancheorganisatie MOgroep Jeugdzorg momenteel een set prestatie-indicatoren die standaard resultaatgegevens over de jeugdzorg opleveren. Dat zal een belangrijke bijdrage leveren aan de gegevensverzameling voor de werkzaamheid van programma’s in de praktijk.

Een risico is dat er zonder selectie op termijn mogelijk een wirwar van interventies ontstaat, die elk met effectonderzoek op een niveau van bewezen effectiviteit moeten komen. De kans hierop lijkt echter niet zo groot. Het zal immers – praktisch én financieel – nooit lukken alle interventies met voldoende effectonderzoek te onderbouwen. En in het geval er effectonderzoek is uitgevoerd, zal de ene variant wellicht beter uit de bus komen dan de andere. Ook hier zal dus een selectie optreden: sommige interventies wordt wel de hoogste kwalificatie toebedeeld, andere niet.



## Goede beschrijving en onderbouwing van interventies

### 38. Wat is er nodig om een interventie goed te beschrijven en te onderbouwen?

De onafhankelijke Erkeningscommissie Interventies geeft keurmerken aan interventies die aan te merken zijn als ‘theoretisch goed onderbouwd’, ‘waarschijnlijk effectief’ of ‘bewezen effectief’. Deze keurmerken zijn de laatste jaren belangrijk geworden in de beoordeling van de kwaliteit van het aanbod in de jeugdsector en het werkveld van de gezondheidsbevordering. De basis van een erkenning ligt in een goede beschrijving en theoretische onderbouwing van de interventie. Figuur 6 biedt zicht op waar die beschrijving en onderbouwing op hoofdlijnen uit moeten bestaan.

#### goede beschrijving

- naam van de interventie en toelichting daarop
- doel van de interventie
- doelgroep van de interventie
- aanpak:
  - beschrijving van de methodiek;
  - uitvoeringseisen en kwaliteitsbewaking.
- context / overige randvoorwaarden voor toepassing
- uitvoerende organisaties
- overeenkomsten met andere interventies
- bronvermelding

---

#### goede onderbouwing

- theoretische onderbouwing van de aanpak (het wat, hoe, waarom)
- empirische onderbouwing van de aanpak:
  - beschrijving type en resultaten buitenlands effectonderzoek naar deze interventie ('indirect bewijs');
  - beschrijving type en resultaten Nederlands onderzoek naar soortgelijke interventies ('indirect bewijs').
- bronvermelding

Figuur 6. Elementen van een goede beschrijving en onderbouwing

Voor de uitwerking van de beschrijving en onderbouwing zijn uitgebreide handleidingen beschikbaar (zie [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies), onder 'Databank Effectieve Jeugdinterventies'). De ervaring leert dat een goede theoretische onderbouwing voor veel praktijkinstellingen lastig te realiseren is. In het handboek *Zicht op effectiviteit* (Van Yperen & Veerman, 2008) is hiervoor een kader aangegevoerd. Bovendien is er een ondersteuningspakket beschikbaar dat aanbieders van interventies helpt de beschrijving en onderbouwing op orde te krijgen (zie [www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)).

### 39. Wat verstaan wij onder een goede doel- en doelgroepbeschrijving?

Effectieve hulp bieden veronderstelt dat volstrekt helder is op welke problemen die hulp antwoord biedt. In projecten waarin we jeugdzorgaanbieders ondersteunen bij het beschrijven en onderbouwen van hun zorgaanbod zien we dat dit niet altijd het geval is. Veel van het bestaande jeugdzorgaanbod is gericht op jeugdigen en gezinnen met een brede range aan problemen en beoogt allerlei verschillende doelen te bereiken. De hulpverleners die deze hulp uitvoeren, worden daarbij geacht op een verscheidenheid aan hulpvragen antwoord te geven. In de praktijk blijkt dit vrijwel onmogelijk te zijn. Hulpverleners hebben vaak onvoldoende kennis en vaardigheden om deze grote verscheidenheid aan hulpvragen en achterliggende problematiek te behandelen.

Een goede doel- en doelgroepbeschrijving begint met het beantwoorden van de vraag op welk probleem of risico de interventie is gericht. Welk risico of probleem beoogt de interventie te verminderen of op te lossen?

Vaak is in de praktijk te horen dat de doelgroep niet met één probleem kampt, maar dat het multiprobleemgezinnen betreft. De aanwezigheid van veel problemen betekent echter nog niet dat deze ook allemaal tegelijk aangepakt moeten worden. Sterker: meestal is dat ondoenlijk en ook niet nodig. Vanuit dit oogpunt is het belangrijk onderscheid te maken tussen de problemen die de interventie beoogt te behandelen en allerlei bijkomende en achterliggende problemen of risicofactoren waar cliënten mee kampen die het probleem verergeren, veroorzaken of in stand houden. Daarnaast hebben cliënten met bepaalde problemen vaak zekere kenmerken; zo verkeren gezinnen met veel en complexe problemen bijvoorbeeld vaak in een slechte buurt.

Het beschrijven van een probleemanalyse (ook wel ontstaanstheorie of verklaringstheorie genoemd) helpt om de problematiek van cliënten uiteen te rafelen en in samenhang te bezien. In een probleemanalyse worden het (kern)probleem van de doelgroep en de bijkomende of achterliggende problemen/risicofactoren/kenmerken met elkaar in verband gebracht. Geanalyseerd wordt hoe de problemen/factoren elkaar beïnvloeden en welke factoren het beste aan te pakken zijn. Vaak leidt het ingrijpen op een van deze problemen ook tot verbeteringen bij de andere factoren. Twee voorbeelden:

- Een conflictueuze scheiding kan de opvoedingsvaardigheden van op zich competente ouders in negatieve zin beïnvloeden. Dit leidt vervolgens tot toenemende ongehoorzaamheid bij de kinderen. Door de scheidingsperikelen aan te pakken met een interventie zijn de ouders vaak weer in staat de opvoeding op een goede manier vorm te geven, waardoor de kinderen weer beter gaan luisteren.

- Veel multiprobleemgezinnen tobben met gedragsproblemen van het kind en een gebrek aan opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het kan deze gezinnen al veel stressvermindering opleveren als de gedrags- en opvoedingsproblemen met een goede training worden aangepakt, bijvoorbeeld in het kader van Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG).

Duidelijkheid over de problemen of risicofactoren die worden aangepakt, maken het mogelijk de doelen van de interventie zo veel mogelijk SMART te formuleren (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden). Doelen worden geformuleerd in termen van de eindsituatie en beschrijven de situatie na afronding van de interventie. Soms zijn deze doelen intermediair aan verder liggende (of uiteindelijk te bereiken) einddoelen.

Een hulpmiddel bij het typeren van een doelgroep is het Classificatiesysteem voor de Aard van de Problematiek van cliënten in de Jeugdzorg (CAP-J). Dit systeem biedt de mogelijkheid problemen op een uniforme wijze te beschrijven. De handleiding bij het werkblad van de databank Effectieve Jeugdinterventies biedt handvatten hoe een probleemanalyse op te stellen.

#### 40. Waarom is theoretische onderbouwing van interventies zo belangrijk?

Het Nederlands Jeugdinstituut hecht veel waarde aan de theoretische onderbouwing van interventies. Hieraan liggen verschillende redenen ten grondslag.

- Een theoretische onderbouwing is momenteel bij veel interventies het maximaal haalbare niveau van verantwoording, omdat empirisch onderzoek naar de effectiviteit nog ontbreekt. De onderbouwing maakt dan aannemelijk dat de interventie zou *kunnen* werken. Dat onderscheidt volgens ons de professional van de leek: van de leek mag men accepteren dat intuïtie het handelen stuurt, de professional moet minstens in theorie kunnen verantwoorden wat hij doet.
- De onderbouwing is bovendien een voorwaarde voor goed effectonderzoek. Met een theorie is immers te specificeren welke uitkomsten te voorspellen zijn, welke factoren (in jargon: moderators en mediators) er in het spel zijn en welke concepten relevant zijn om te meten.
- De theorie heeft ook praktisch nut: het voorkomt dat de interventie als een verzameling verrichtingen geldt die je op de letter moet volgen onder het motto ‘niet nadenken, gewoon doen omdat het werkt’. De theorie over de werkzame ingrediënten zorgt voor bewustzijn over *waarom* iets werkt, welke ingrediënten daarvoor verantwoordelijk zijn. Een professional kan daardoor gemakkelijker de uitvoering afstemmen op concrete situaties. Hij kan bijvoorbeeld een oefening iets anders vormgeven zonder de werkzame factor aan te tasten. Daardoor is de interventie toe te snijden op alle unieke situaties waarin een professional deze moet toepassen.
- Voorts geldt dat de theorie helpt algemene kennis op te bouwen over ‘wat werkt’. Drie interventies kunnen verschillend zijn vormgegeven, maar allemaal uitgaan van dezelfde theorie over waarom iets werkt, i.e. wat de werkzame principes zijn. De interventies zijn dan te begrijpen als verschillende varianten of toepassingen van dezelfde principes, als leden van een grotere familie. Als een paar leden van die familie via empirisch onderzoek ‘bewezen effectief

zijn bevonden, is het aannemelijker dat die andere interventies – die uitgaan van dezelfde theoretische principes – ook werken. Bijvoorbeeld: Er zijn verschillende programma's die gebaseerd zijn op de cognitieve gedragstherapie, alle met een eigen uitwerking. Als het ene programma via onderzoek als 'bewezen effectief' uit de bus komt, is de kans groot dat de andere varianten ook zo effectief zijn aangezien ze op dezelfde werkzame principes zijn gebaseerd.

Het voorgaande maakt de theoretische onderbouwing van interventies niet tot puur academische hobby, maar tot een praktijk die voor de sector van groot belang is.



## De effectiviteit bewijzen

### 41. Wat voor onderzoek is nodig voor ‘bewezen effectiviteit’?

Wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van een interventie vereist hoogstaand onderzoek. Voor de praktijk is dat vaak moeilijk te realiseren. Het is beter werkbaar het bewijs over de effectiviteit stapsgewijs op te bouwen. Het Nederlands Jeugdinstituut hanteert hiervoor een werkmodel – de zogeheten effectladder – waarmee hulpverleningsaanbod is op te werken van een impliciet, niet-omschreven aanbod naar een set goed omschreven, theoretisch onderbouwde en empirisch getoetste interventies. Daarin spelen verschillende soorten onderzoek een rol (zie figuur 7).

Centraal bij het werkmodel is dat het type onderzoek moet aansluiten bij de ontwikkelingsfase waarin een interventie verkeert. Het heeft geen zin een geavanceerd experimenteel onderzoek te doen als bijvoorbeeld de theorie van een interventie nog niet op orde is en er nog geen eenvoudig veranderingsonderzoek is gedaan om indicaties te krijgen dat de interventie inderdaad tot de gewenste probleemafname leidt.

niveau effectladder (Van Yperen & Veerman, 2008)	soorten onderzoek	Erkenningscommissie Interventies (zie Van Yperen & Van Bommel, 2009)
	- kosteneffectiviteitsonderzoek	erkenning <i>kosteneffectief</i>
4 Is de interventie <i>werkzaam?</i>	- experimenteel onderzoek - herhaalde casestudies (N=1-onderzoek) - Structural Equation Modeling (SEM) - quasi-experimenteel onderzoek - veranderingstheoretisch onderzoek - normgerelateerd veranderingsonderzoek ('benchmarkstudies')	erkenning <i>bewezen effectief</i> of <i>waarschijnlijk effectief</i> , afhankelijk van - kwaliteit onderzoek - follow-up - in praktijk uitgevoerd - aantal studies
3 Is de interventie <i>doeltreffend?</i>	- veranderingsonderzoek zonder benchmark - doelrealisatie-onderzoek - cliënttevredenheidsonderzoek	
2 Is de interventie <i>in</i> <i>theorie effectief?</i>	- meta-analyses - literatuurstudies - studies naar impliciete kennis	erkenning <i>theoretisch goed</i> <i>onderbouwd</i>
1 Is de interventie goed <i>beschreven?</i>	- descriptief onderzoek - observatie-onderzoek - documentanalyse - interviews	
0 Is de interventie <i>impliciet (black box)?</i>		

Figuur 7. Effectladder, soorten onderzoek en erkenning van interventies

Dit model is in praktijkinstellingen uitgetoetst (zie Veerman & Ooms, 2008). De werkprincipes en voorbeelden zijn opgenomen in een handboek (Van Yperen & Veerman, 2008). Bovendien zijn er ondersteuningspakketten die een instelling via een collectief van non-profitondersteuningsinstellingen kan 'inhuren' (zie ook [ww.sejn.nl](http://ww.sejn.nl)). Het werken met de effectladder is inmiddels op veel plaatsen ingevoerd.

De verschillende soorten onderzoek zijn door het Nederlands Jeugdinstituut en het RIVM 'doorvertaald' naar verschillende niveaus waarop de Erkenningscommissie Interventies keurmerken toekent bij de beoordeling van de effectiviteit van interventies. Sommige niveaus van de effectladder hebben geen equivalent in de erkenning van interventies; die zijn te beschouwen als belangrijke tussenstappen om tot een erkenning te komen. Bijvoorbeeld: Via doelrealisatie-onderzoek komt men erachter of een interventie überhaupt lijkt bij te dragen aan het bereiken van doelen in de preventie of de zorg. Als dat niet het geval is, heeft het ook geen zin om geavanceerder onderzoek ten behoeve van een erkenning voor 'bewezen effectief' in gang te zetten.

## 42. Is de werkzaamheid van een interventie alleen met een RCT te testen?

Nee. Er zijn ook andere onderzoeksmethoden mogelijk.

De afkorting RCT staat voor *randomized controlled trial*. In deze onderzoeksopzet wordt een experimentele behandeling vergeleken met een controleconditie (bijvoorbeeld een groep die de gebruikelijke behandeling krijgt, een nepbehandeling – bijvoorbeeld alleen een vriendelijk gesprek – of helemaal geen behandeling). De verdeling van cliënten over de experimentele en de controlegroep is door toeval bepaald (*at random*). Via een voor- en een nameting kijkt men of de experimentele groep er bij afsluiting van de behandeling beter aan toe is dan de controlegroep. Is er een verschil, dan is dit volgens deze opzet met een grote mate van zekerheid toe te schrijven aan het al dan niet ondergaan van de experimentele aanpak. Dit heet de causale bewijskracht van het design: het gevonden verschil wordt ‘veroorzaakt’ door de experimentele conditie.

Soms is het erg moeilijk om een RCT te realiseren vanwege praktische of principiële bezwaren (voor een overzichtelijke bespreking, zie Cook, 2003). Er zijn in dat geval alternatieven mogelijk, zoals:

- een herhaald N=1-onderzoek, waarin de behandeling van een aantal individuele gevallen nauwgezet worden gevolgd;
- Structural Equation Modeling (SEM), een statistische techniek waarmee theoretische modellen waarin causale relaties zijn gespecificeerd, worden getoetst;
- quasi-experimentele opzetten, waarin de *random* toewijzing aan de experimentele of controleconditie wordt weggelaten.

Een kanttekening is hierbij echter op zijn plaats. Over het algemeen hebben deze alternatieven minder bewijskracht dan de RCT. De laatstgenoemde opzet geldt simpelweg als het meest krachtige design. Deze rangordening geldt overigens onder de voorwaarde dat een onderzoeksopzet goed wordt uitgevoerd; een gebrekkig uitgevoerde RCT boet aan bewijskracht in. Dat geldt mede voor de alternatieven: voor een hoge mate van bewijskracht stellen ook deze opzetten forse eisen aan zowel de praktijk als de onderzoeker.

## 43. Welke andere aandachtspunten zijn van belang voor ‘bewezen effectiviteit’?

De mate van bewezen effectiviteit wordt niet alleen bepaald door het soort effectonderzoek. Het Nederlands Jeugdinstituut acht het belangrijk dat bij de beoordeling van de effectiviteit grofweg vier aandachtspunten worden gehanteerd.

- *De kwaliteit van het onderzoek.* Als algemene stelregel is te hanteren: hoe hoger een onderzoek op de effectladder staat, hoe sterker de bewijskracht is.
- *Aard van het effect.* Een interventie kan gericht zijn op directe effecten en op verder gelegen doelen. Bijvoorbeeld: Een interventie kan primair gericht zijn op de vergroting van de kansen van een jeugdige op de arbeidsmarkt. Het uiteindelijke doel kan zijn dat daarmee een criminële carrière wordt voorkomen. De theoretische onderbouwing moet aannemelijk maken dat het primaire doel bijdraagt aan het verder gelegen doel. Het empirische bewijs moet in ieder geval laten zien dat het primaire doel van de interventie wordt bereikt.

- *Grootte van het effect.* Voor de vereiste effectgrootte bestaan geen algemene criteria. Deze zijn afhankelijk van wat er bij een specifieke doelgroep en bij het type interventie te bereiken is. Het belangrijkste criterium is dat de effectgrootte relevant genoeg is. Wat ‘relevant genoeg’ inhoudt, is vooral een expertoordeel.
- *Aantal studies.* Replicatie van eerdere resultaten is essentieel. Het aantal vereiste studies kan echter sterk uiteenlopen, afhankelijk van de kwaliteit en de aard van de studie. Ook de mogelijkheid om überhaupt een groep te onderzoeken telt. Bijvoorbeeld: Bij interventies voor zeldzame stoornissen (zoals bij bepaalde jeugdige zedendelinquenten) duurt het soms vele jaren voordat er één studie is afgerond. Deze ‘shred of evidence’ is dan al heel waardevol.

De Erkeningscommissie Interventies hanteert criteria die verband houden met deze aandachtspunten. Bovendien heeft de commissie ruimte om een weging te maken van gegevens die met de verschillende aandachtspunten in verband staan. Dat moet voorkomen dat de erkenning voortvloeit uit een star beoordelingssysteem.



## Bij welke zorg is effect te bepalen?

### 44. Laten effecten zich vooral bepalen bij enkelvoudige of ook bij meervoudige problemen?

De indruk kan bestaan dat effecten zich vooral laten bepalen bij enkelvoudige problemen. Onderzoek bij methoden als *Families First*, Intensieve Orthopedagogische Gezinsondersteuning (IOG) en multisysteemtherapie, uitgevoerd bij multiprobleemgezinnen, toont echter dat ook bij complexe problemen effectbepaling mogelijk is.

Het Nederlands Jeugdinstituut hecht veel belang aan effectbepaling van interventies bij meervoudige problematiek aangezien combinaties van problemen in de jeugdzorg veel voorkomen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een gezin met een jongen van 10 jaar met gedragsproblemen, een zusje van 5 met een taalachterstand en beginnende gedragsproblemen, slechte opvoedingsvaardigheden van de ouderfiguren, een moeder met psychiatrische problemen en haar huidige vriend met een drugsverslaving. Kenmerk van dit soort situaties is dat ze vaak vragen om arrangementen van gelijktijdig of achtereenvolgens ingezette interventies. Men noemt dit ook wel zorgtrajecten, multimodale interventies, multisysteemtherapie of zorgprogramma's. In dit geval zet men voor een bepaalde doelgroep en met een bepaald doel verschillende interventies in om de uiteenlopende factoren aan te pakken. Er zijn vaak ook verschillende zorgaanbieders bij betrokken, zoals jeugdzorg, verslavingszorg, speciaal onderwijs. Komt een bepaalde combinatie van problematiek veel voor, dan maken de betrokken zorgaanbieders idealiter afspraken over de manier waarom de samenwerking verloopt. Daarbij geldt dat elke partij een duidelijk en aanwijsbaar aandeel heeft in de te bereiken resultaten. Elk onderdeel staat bovendien in een groter verband. Het effect daarvan is net zo relevant als het effect van de afzonderlijke delen.

Ook bij dit soort situaties is effectbepaling mogelijk, zij het dat daarbij een aantal punten extra aandacht behoeft:

- Alle doelen en bijbehorende interventies bij elkaar moeten resulteren in een eenvoudig rijtje dat alle betrokken volwassenen (de vader, de moeder, de leerkracht en elke hulpverlener) bij wijze van spreken uit zijn hoofd kent – chaotische hulpverlening werkt niet in complexe situaties.
- De realisatie van de jeugdzorgdoelen is te meten met behulp van instrumenten die de problematiek aan het begin en het einde van de hulp in kaart brengen. Nog beter is het om de cliënten bijna dagelijks te laten bijhouden hoe ze vorderingen maken (voor voorbeelden zie Van Yperen & Van der Steege, 2005). Dit houdt iedereen bij de les.

- In dit verband is het belangrijk ook het welslagen van de andere hulp te bepalen: is de ondersteuning uit de GGZ en de verslavingszorg adequaat? Dit maakt het mogelijk het al dan niet bereiken van de jeugdzorgdoelen in relatie te brengen met de kwaliteit van de hulp op de andere terreinen.
- De consolidatie van het effect behoeft veel aandacht. Slaagt het gezin erin de gedrags- en opvoedingsproblemen beperkt te houden? Zo nu en dan een kleine –opfrisser in de opvoedingsvaardigheden van de ouders kan bijvoorbeeld heel goed werken.

#### 45. Zijn er ook interventies ('basismethodieken') voor niet-specifieke problemen?

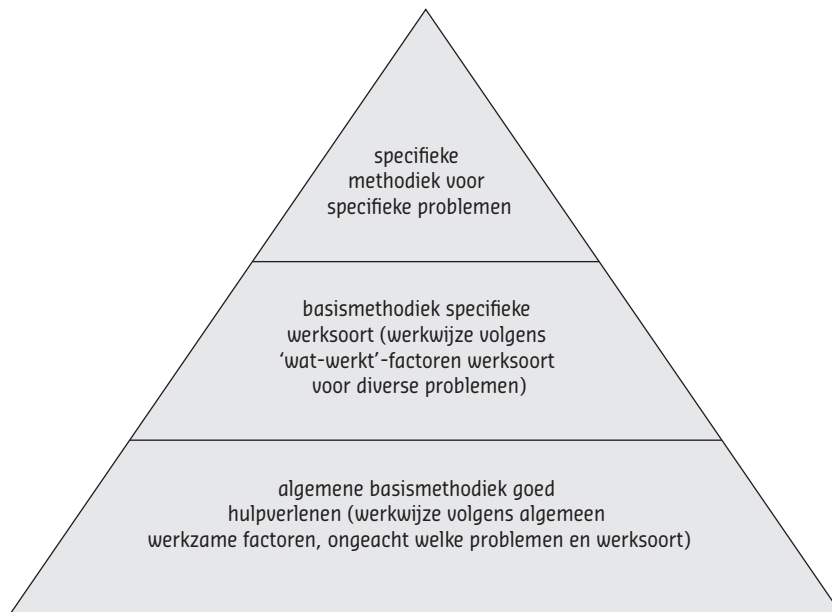
Ja, die zijn er. De meest basale methodiek voor effectief werken bestaat uit de toepassing van de algemeen werkzame factoren in de hulpverlening (werkzame elementen ongeacht de doelgroep en het specifieke type interventie). Feitelijk gaat het dan om de aanpak voor de totale doelgroep van de jeugdzorg. We noemen dit ook wel de basismethodiek voor goed hulpverleners. Die methodiek bestaat uit werkwijzen om de goede relatie cliënt-hulpverlener te bevorderen, een duidelijke structuur in de hulpverlening aan te brengen, aansluiting te zoeken bij de motivatie van de cliënt en deze motivatie weten te bevorderen, de interventie zo veel mogelijk getrouw uit te voeren, en te leren van het werk door open te staan voor onder meer supervisie. De effectiviteit van de basismethodiek werkt vooral onderscheidend op het niveau van de hulpverleners: de ene hulpverlener is beter in de uitvoering hiervan dan de andere. Ook kunnen er verschillen zichtbaar zijn tussen instellingen, omdat de ene instelling betere voorwaarden voor het werk creëert (bijvoorbeeld goede supervisie en een draaglijke caseload) dan de andere.

Er zijn ook basismethodieken binnen werksoorten te onderscheiden, bijvoorbeeld voor crisisinterventie of voor het werken in de leefgroep bij daghulp of residentiële zorg, gekoppeld aan de werkzame ingrediënten specifiek voor de werksoort. Feitelijk gaat het hier om de toepassing van de 'wat werkt'-factoren die voor de verschillende werksoorten gelden.

Naar ons idee leggen basismethodieken een goed fundament voor de hulpverlening. Daarom moet elke hulpverlener minstens in deze methodieken geschoold zijn. Dat maakt hen tot goede generalisten. En daarom moet elke hulpverleningsorganisatie ervoor zorgen dat ze deze methodieken goed implementeren. Dat maakt ze in het algemeen tot goede hulpverleningsorganisaties. Dit is echter niet voldoende om specifieke problemen in het opgroeien en opvoeden van jeugdigen optimaal aan te pakken. Dat vereist de inzet van methodieken die de specifieke *do's* and *don'ts* bij de aanpak van die problemen vormgeven. Goede hulpverlening bestaat dan ook altijd uit een stapeling van methodieken: de algemene basismethodiek voor goed hulpverleners (de algemeen werkzame factoren), de basismethodiek voor de werksoort (de 'wat werkt'-factoren specifiek voor de werksoort) en de methodiek voor specifieke problemen (zie figuur 8).

De meeste specifieke interventies 'verpakken' elementen uit alle drie lagen van goed hulpverleners. Bijvoorbeeld: De interventie 'zelfcontrole' bevat instructies voor de specifieke aanpak van gedragsproblemen bij kinderen, geeft aanwijzingen voor hoe je dat in de vorm van groepstherapie doet (i.e.

de werksoort ambulante groepsbehandeling) en hoe je het een en ander heel gestructureerd, motiverend en doelgericht aanpakt (als algemeen werkzame factoren). Ze verpakken echter zelden alle werkzame ingrediënten van de drie lagen. Goede scholing van hulpverleners in basismethodieken in combinatie met een opleiding in de specifieke methodieken voor de doelgroepen waar ze veel mee te maken hebben, zorgt voor een zo effectief mogelijke hulpverlening.



Figuur 8. Goed hulpverleners: stapeling van basis- en specifieke methodiek

#### 46. Hoe moeten we 'cure' en 'care' zien in relatie tot effectiviteit?

Vooraf in de residentiële zorg komen we de discussie tegen of verzorging en opvoeding van kinderen in de leefgroep (de zogeheten care) zich wel op dezelfde manier laat evalueren als de behandeling (de zogeheten cure).

Het Nederlands Jeugdinstituut stelt dat het ontbrekt is om uit te gaan van een strikte scheiding tussen care en cure. In de (semi)residentiële hulp lopen verschillende elementen van zorg in elkaar over. Die elementen zijn:

1. de basisvoorwaarden (voor een 'gewoon' leven): rust, reinheid, regelmaat, veiligheid en ontspanning;
2. opvoeding (waarbinnen we de gewone, dagelijkse opvoeding en meer specifieke opvoeding kunnen onderscheiden);
3. behandeling, bestaande uit het therapeutische klimaat en aanvullende interventies.

De eerste twee elementen gaan vooral over 'care', de laatste over 'cure'. Het punt is dat er in de jeugdzorg nooit alleen sprake kan zijn van 'care'. Als dat wel zo is, dan is er geen sprake meer van jeugdzorg, maar van vervangende verzorging en opvoeding. Een directeur van een jeugdzorginstelling stelde het kenmerkende van de jeugdzorg als volgt voor: *No care without cure*.

Wel is het zo dat de drie genoemde elementen in uiteenlopende zorgarrangementen verschillend zijn gedoseerd. Een paar voorbeelden:

- Bij een *long stay*-afdeling in de jeugdzorg is er altijd sprake van een bijzondere situatie met het kind of de omgeving die langdurig aandacht verdient. Het kan zijn dat de behandeling hier laag gedoseerd is, maar de situatie zal altijd vragen om een specifiek orthopedagogisch klimaat dat niet thuis of in een vervangende opvoedingssituatie te realiseren is.
- Bij een korter durende, intensieve residentiële behandeling zijn meestal alle drie elementen sterk aanwezig. Ze zijn in dat geval ook sterk aan elkaar verbonden.
- Bij een kamertraining kan het element 'opvoeding' langzaam afgebouwd worden: men streeft er immers naar dat de jeugdige op eigen benen kan staan.

Maar is de effectvraag dan toch niet alleen verbonden aan het element van de behandeling? Die vraag is terecht. Kinderen in de jeugdzorg zijn immers ook gewoon kinderen en als zodanig hebben ze gewoon eten, lekkers, spel en gewone opvoeding nodig. In die zin zijn er aan de elementen 1 en 2 kwaliteitseisen te stellen: speelgoed moet veilig zijn, het eten moet gezond en lekker zijn, de opvoeding moet bij voorkeur door mannen en vrouwen gebeuren. Ook hier zijn effectvragen te stellen. In de eerste plaats kunnen aan de eerste twee elementen therapeutische bedoelingen worden verbonden (bijvoorbeeld rust en regelmaat en een structurerend klimaat bij ADHD). In dat licht is dus ook bij de 'care'-component de vraag naar effecten relevant. In de tweede plaats zijn echter ook aan de 'gewone' opvoeding effectiviteitseisen te stellen, zeker als het gaat om beroepsopvoeding. Kinderen moeten zich met het opgroeien ontwikkelingstaken eigen maken. Zij zijn daarbij (mede) afhankelijk van opvoeders. Een goede ontwikkeling vereist dus het effectief uitvoeren van opvoedingstaken. Bijvoorbeeld: Een ontwikkelingstaak van kinderen tussen 2 en 4 jaar is dat zij de eisen van de omgeving internaliseren. Simpel gezegd moeten kinderen zich leren gedragen. Uit literatuur weten we dat kinderen dat slecht leren als opvoeders veel aandacht besteden aan ongewenst gedrag en niet helder zijn (en geen complimenten geven) over het gewenste gedrag. Een positieve en bevestigende opvoedingsstijl werkt veel beter. Voor beroepsopvoeders in de (semi)residentiële zorg betekent dit dat zij in dit opzicht effectieve opvoeders moeten zijn en zij deze opvoedingsstijl dus moeten beheersen, anders werkt een belangrijk element in de (semi)residentiële zorg niet. Een bijzonderheid hierbij is nog dat die effectieve opvoeding zich in een dergelijke setting op twee niveaus moet afspelen: ten aanzien van het individuele kind en op het niveau van de groep. Opvoeding in leefgroepen is meer dan de optelsom van individuele opvoedingsaanpakken; de wijze waarop er leiding wordt gegeven aan de groep vervult hierbij een belangrijke functie. Een goed voorbeeld hiervan is het bewezen effectieve preventieprogramma *Taakspel*, dat leerkrachten leert hoe zij op groepsdynamisch niveau kunnen opereren om regelovertrekend gedrag bij kinderen in de klas te voorkomen. Dezelfde principes zijn feitelijk aan de orde in de residentiële leefgroep. We zien dat in therapeutische leefklimaten in een geïntensiverde vorm: via het gebruik van een *token economy*-systeem (een puntensysteem) en het gebruik van 'positive peer culture' probeert men groepsprocessen bij jeugdigen met gedragsproblemen te sturen.

Samengevat gaat het bij residentiële zorg om een minder strikt onderscheid tussen 'cure' en 'care' dan men op het eerste gezicht wellicht zou zeggen. De gewone basisvoorwaarden, opvoeding en

behandeling zijn alle drie altijd aanwezig, zij het in uiteenlopende doseringen. De effectvraag spitst zich doorgaans toe op het element van de behandeling, maar het is net zo gerechtvaardigd deze te stellen ten aanzien van de opvoeding: de beroepsopvoeders in de (semi)residentiële zorg moeten effectieve opvoeders zijn.

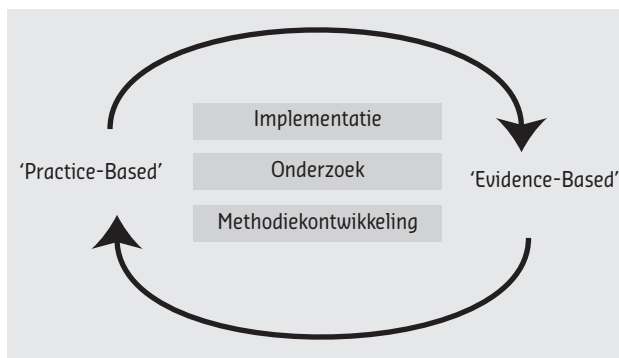
## Ontwikkeling, implementatie en borging van interventies

### 47. Hoe wordt een interventie het best ontwikkeld?

Het Nederlands Jeugdinstituut hanteert een model dat ervan uitgaat dat methodieken langs twee wegen tot ontwikkeling komen.

- De eerste gaat uit van een theorie, bijvoorbeeld de sociaal-lerentheorie, waaruit een handelwijze wordt afgeleid. Interventies kunnen op basis daarvan in wetenschappelijke centra of in kleine proefprojecten in de praktijk verder worden ontwikkeld, op effectiviteit worden onderzocht en vervolgens – bij gebleken kwaliteit – breder worden ingevoerd. Bij de invoering heeft men het dan meestal over de implementatie van een *evidence-based practice*.
- Bij de tweede route worden in de praktijk gegroeide en soms op brede schaal toegepaste werkwijzen verder uitgewerkt en onderzocht op effectiviteit. Zo worden *practice-based* – in de praktijk gewortelde – interventies stapsgewijs verder ontwikkeld tot aan het niveau van bewezen effectiviteit.

De twee routes sluiten elkaar niet uit. In de praktijk gewortelde interventies kunnen zo ver ontwikkeld zijn dat ze een bewezen effectief karakter krijgen en als zodanig verder worden verspreid. Ervaringen met bewezen effectieve programma's kunnen leiden tot aanscherpingen van die programma's in de praktijk, die de effectiviteit verder ten goede kunnen komen. Als die verbeterde effectiviteit door nieuw onderzoek wordt bevestigd, is er feitelijk opnieuw sprake van een bewezen effectief programma. Het is dan nuttig om deze verbetering breder te implementeren. In figuur 9 is dit proces weergegeven. Naar ons idee is de gegeven wisselwerking essentieel; de ene route kan niet zonder de andere.



Figuur 9. Wisselwerking tussen 'evidence-based practice' en 'practice-based evidence'

## 48. Hoe wordt een interventie het best geïmplementeerd?

De implementatie van goede interventies is niet eenvoudig. Veel trajecten waarin wordt geprobeerd om goede werkwijzen breed te verspreiden, leveren teleurstellende resultaten op. Er ontstaat echter steeds meer kennis over welke factoren de kans op succes vergroten; het is zaak die kennis aan te wenden. Het is ons streven er meer bekendheid aan te geven zodat het mogelijk is de vernieuwing van de jeugdzorg ermee te ondersteunen.

De kans op een succesvolle implementatie is op verschillende manieren te vergroten (zie Stals e.a., 2008):

- *Heldere doelstelling en doelgroepformulering voor de implementatie.* Het doel is doorgaans dat hulpverleners volgens de nieuwe methodiek gaan werken, maar bovenal dat de hulpverlening effectiever wordt. Dit vereist vaak dat de implementatie niet alleen is gericht op de hulpverleners, maar ook op hun supervisors en op de managers die de hulpverleners ondersteunen in hun dagelijkse werk.
- *Goede determinantanalyse.* Hierbij gaat het erom vooraf goed te kijken naar de belemmerende en bevorderende factoren voor een goede implementatie. Bijvoorbeeld: Zijn de professionals die ermee moeten werken voldoende gemotiveerd en toegerust? Sluit de te implementeren interventie goed aan op de lopende praktijk? Is de interventie gemakkelijk uit te proberen?
- *Gebruik van verschillende strategieën.* Professionals informatie geven over de nieuwe werkwijze is noodzakelijk, maar het is beslist niet voldoende. In combinatie met informatievoorziening is het wenselijk om: (1) gezaghebbende personen de voordelen van de aanpak te laten verwoorden, bijvoorbeeld een ervaren collega of een bekende wetenschapper; (2) werkbijeenkomsten te houden met beroepskrachten; (3) ruimte te geven aan de inbreng van eigen ideeën van professionals en aan het op kleine schaal kunnen uitproberen van de vernieuwing; (4) uitvoerders er herhaaldelijk op te wijzen wat de beste aanpak is, en (5) financiële prikkels te geven om effectiever te werken.
- *Borgen.* Een interventie invoeren, is de eerste stap. Daarna is het zaak de interventie een vast onderdeel te laten worden van de werkwijze. Het moet 'gewoon' worden. Dit is de borging van een interventie. Stals e.a. spreken hier ook van duurzame implementatie. Het vergt een inbedding van de aanpak in de normale routines, het meenemen in de reguliere kwaliteitscontrole, het steeds opnieuw trainen van uitvoerders vanwege het verloop van personeel, het geregeld 'updaten' van materiaal om tegemoet te komen aan nieuwe tijdsbeelden etc.
- *Eigendom.* De implementatie en borging verloopt over het algemeen beter als de interventie een 'eigenaar' heeft die zich verantwoordelijk stelt voor de juiste implementatie, de noodzakelijke ondersteuning, de kwaliteitscontrole, het voorkomen van verwatering van de werkzame ingrediënten, het stimuleren van onderzoek en het doorvoeren van noodzakelijke aanpassingen. Dit hoeft geen letterlijke eigenaar te zijn. Het gaat erom dat een persoon of een instantie zich verantwoordelijk stelt voor de kwaliteit.

In het stelsel van jeugdvoorzieningen komt de implementatie maar moeizaam van de grond. Lange tijd was de gedachte dat een verspreiding van goede praktijken in een 'zorgmarkt' of in een vrije kennisuitwisseling tussen professionals vanzelf tot ontwikkeling komt. De ervaring heeft echter

geleerd dat dit niet het geval is. Wij pleiten er daarom voor dat beroepsverenigingen en brancheorganisaties een sterkere rol gaan spelen in de implementatie: als zij aangegeven welke interventies ze de moeite waard vinden om ze breed in te voeren, kan het stelsel van een flinke kwaliteitsimpuls worden voorzien.

#### **49. Innovatie en de professional: top-down en/of bottom-up?**

Naar ons idee spelen zowel top-down- als bottom-upbewegingen een essentiële rol in innovatie – een mening die niet iedereen is toegedaan. Vaak wordt gezegd dat ‘bottom-up’ vernieuwen, vanuit de eigen praktijk, beter is dan ‘top-down’ vernieuwen, waarbij de professional van buitenaf vernieuwing krijgt aangedragen. Voor een deel is dat juist. Professionals zijn niet alleen consumenten van ‘evidence-based’ interventies, maar ook producenten (‘practice-based’) van succesvolle praktijken. Dat is echter slechts een deel van het verhaal. Stel dat een hulpverlener ‘bottom-up’ een werkwijze heeft ontwikkeld die veel effectiever blijkt te zijn dan de gebruikelijke werkwijze in de praktijk. Is het dan niet wenselijk dat deze werkwijze door veel meer hulpverleners wordt toegepast? Logisch gerekend wel. Dat zou echter betekenen dat andere hulpverleners deze werkwijze moeten overnemen, wat zij kunnen ervaren als iets wat hun ‘top-down’ wordt opgedrongen. Als zij om die reden de vernieuwing niet willen doorvoeren, komt de sector maar moeizaam vooruit. Iedereen kijkt dan niet verder dan zijn eigen praktijk.

De kunst is daarom om zowel de bottom-up- als de top-downbeweging te benutten. Bij de bottom-upbeweging wordt private kennis en ervaring van een hulpverlener of van enkele hulpverleners naar een collectief kennisniveau gebracht. Bij de top-downbeweging past een hulpverlener de collectief beschikbare kennis in zijn eigen praktijk in.

Verskillende vernieuwingstrajecten zijn erop gericht de totstandkoming van deze verbinding te bevorderen. Via de invoering van een resultatenmonitor in de jeugdzorg (de ‘prestatie-indicatoren’) wordt ‘bottom-up’ duidelijk waar succespraktijken bestaan en bij welke doelgroepen de resultaten verbetering behoeven. Het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg streeft ernaar via periodieke her- en bijscholing werkers meer te laten kennismaken met nieuwe collectieve kennis in het vak. Beroepsverenigingen gaan professionele richtlijnen formuleren die de collectieve kennis vertalen naar richtinggevend kaders voor het handelen van hun leden. Al met al speelt in de verdere ontwikkeling van de sector zowel het ‘top down’ implementeren van zinvolle kennis als het ‘bottom-op’ monitoren en identificeren van lacunes en successen in de praktijk een rol.





## Monitoring van de effectiviteit

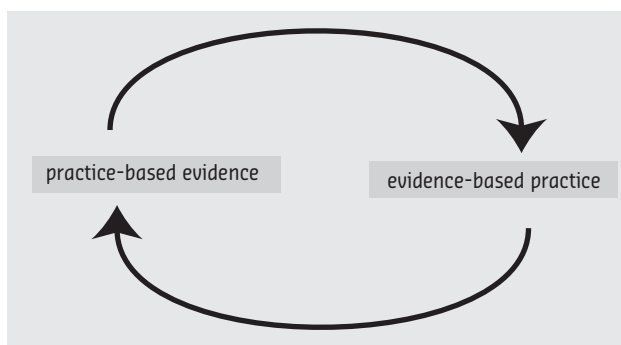
### 50. Wat heeft ‘evidence-based practice’ te maken met ‘practice-based evidence’?

We spreken van ‘evidence-based practice’ als er in de praktijk wordt gewerkt met kennis over wat werkt. De kennis is daarbij gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en geëxpliciteerde praktijkervaring. Wetenschappelijk onderzoek leidt tot gegevens die ook wel ‘research-based evidence’ worden genoemd, en praktijkervaring leidt tot gegevens die als ‘practice-based evidence’ zijn te beschouwen.

Bij ‘evidence-based’ werken draait het dus niet alleen om het ‘top-down’ implementeren van interventies die met wetenschappelijk onderzoek zijn onderbouwd. Ook het verzamelen van gegevens over de effectiviteit van interventies in de praktijk is van belang. Dit verzamelen van ‘practice-based evidence’ wordt ook wel praktijkmonitoring, Routine Outcome Monitoring (ROM) of praktijkgestuurd effectonderzoek genoemd. Deze vorm van monitoring is om drie redenen nuttig:

- Ten eerste is het niet vanzelfsprekend dat interventies die in wetenschappelijk onderzoek hun nut hebben bewezen in de praktijk net zo werkzaam zijn. Daarom moet er altijd een check zijn op de resultaten in de praktijk.
- Een tweede reden is dat professionals altijd hun interventies moeten afstemmen op de situatie en de cliënt. Via praktijkmonitoring houdt men in de gaten welke resultaten dit uiteindelijk oplevert.
- Een derde reden is dat de professional niet alleen een *uitvoerder* is van ‘evidence-based’ interventies, maar ook een *uitvinder*. Via het verzamelen van ‘practice-based evidence’ komt men succespraktijken op het spoor.

Soms geeft de monitoring aanleiding tot aanscherping van het handelen van de uitvoerders, bijvoorbeeld omdat zij de behandelprincipes niet consequent blijken toe te passen. Soms ook moet de interventie worden aangepast, bijvoorbeeld omdat deze niet helemaal bij de cliënten blijkt te passen of in de praktijk te omslachtig is. Soms ook leidt het tot de signalering van heel succesvolle, nieuwe handelwijzen van professionals. Langs deze weg kan er een productieve wisselwerking ontstaan tussen ‘evidence-based practice’ en ‘practice-based evidence’ (figuur 10).



Figuur 10. De wisselwerking tussen 'practice-based evidence' en 'evidence-based practice'

## 51. Wat zijn de kenmerken van goede praktijkmonitoring?

Bij praktijkmonitoring gaat het om het verzamelen van data over het effect van het praktisch handelen van een hulpverlener, een team, een instelling of een groep instellingen. De dataverzameling vindt gestructureerd plaats en wordt gevolgd door het analyseren en interpreteren van de gegevens, om de informatie te gebruiken voor het verbeteren van de hulp. Dit soort monitoring heeft drie kenmerken (Veerman & Van Yperen, 2008):

- *Aansluiting.* Het ontwikkelingsniveau bepaalt voor een belangrijk deel de opzet van de monitor. Het heeft geen zin een uitgebreid meetinstrumentarium in te voeren bij interventies die nog volledig het karakter hebben van een 'black box'.
- *Inbedding.* De monitor is procedureel ingebed in de uitvoering van de interventie, is hier onderdeel van en 'komt er niet nog eens bij'. Dat betekent bijvoorbeeld dat het gebruik van meetinstrumenten deel uitmaakt van het methodisch hulpverlenend handelen, dat het wordt opgenomen in een logistiek van gegevensverzameling in de praktijk en wordt ingevoerd in registratiesystemen die functioneel zijn voor zowel de hulpverlening als de organisatie.
- *Benutting.* De effectgegevens worden benut. Deze benutting begint op uitvoeringsniveau: zowel de hulpverlener als zijn cliënt heeft er iets aan. Bijvoorbeeld: De hulpverlener vraagt de ouders bij de aanvang en de afsluiting van de hulp om een lijst in te vullen over de mate waarin ze de opvoeding als een belasting ervaren. Bij de aanvang van de hulp worden de gegevens gebruikt om een gesprek te voeren over de belasting die ze ervaren en de doelen die ze in dat kader met de hulp nastreven. Aan het einde van de hulp kijken ze naar de veranderingen die de hulp heeft teweeggebracht: scoren de ouders nu aanmerkelijk lager? Heeft de hulp in dat licht aan de doelen beantwoord?

Naast deze benutting in het primaire proces zijn de gegevens tegelijk op een hoger aggregatieniveau te gebruiken, bijvoorbeeld om zicht te krijgen op de effectiviteit van een interventie of een instelling. Een team kijkt bijvoorbeeld naar de mate waarin het er over het algemeen in slaagt de opvoedingsbelasting van de ouders terug te dringen: zijn er verbeterpunten in de aanpak, wat vragen we als team in dat kader aan ondersteuning van het management?

Dit soort monitoring is een levendige activiteit, die nuttige en plezierige kennis oplevert voor de professional.

## 52. Is praktijkmonitoring wetenschappelijk verantwoord?

Ja, praktijkgegevens zijn wetenschappelijk verantwoord zolang men één basisregel niet schendt: men hecht niet meer waarde aan de gegevens dan de gegevens toestaan. Uit de inmiddels gegroeide praktijk met betrekking tot praktijkmonitoring blijkt dat het verzamelen en interpreteren van gegevens een aantal valkuilen kent. Deze hebben te maken met drie kwesties:

- *De zeggingskracht van cijfers is principieel beperkt van aard.* Zonder een controlegroep is het moeilijk te bepalen in welke mate de uitkomsten van de hulp zijn toe te schrijven aan effectief methodisch handelen.
- *Er spelen psychometrische kwesties, zoals de betrouwbaarheid en de validiteit van de gebruikte instrumenten.* Niet alle in de praktijk worden gebruikte instrumenten zijn in psychometrisch opzicht van voldoende kwaliteit. Een complicatie hierbij is dat, ook als er wordt gewerkt met goede instrumenten, de verschillende informanten (hulpverlener, ouder, jeugdige) over het algemeen weinig consensus laten zien over de mate waarin de hulp effectief is geweest. Het meest trefzeker zijn vaak nog gedragsobservaties, maar die zijn voor een routinematige monitoring vaak te bewerkelijk.
- *Het aggregeren van resultaatgegevens van cliëntniveau naar een algemener niveau (bijvoorbeeld de instelling) vertoont soms hiaten.* Percentages zeggen soms weinig als ze betrekking hebben op kleine deelgroepen. Bijvoorbeeld: Als er in een groep van tien cliënten twee verschuiven zijn van de rubriek 'tevreden' naar 'ontevreden', scheelt dat 20 procent. Dat lijkt indrukwekkend, maar het zegt in een kleine groep niet veel. Ook kan het zijn dat sommige gebruikte schalen een te laag meetniveau hebben om er gemiddelden over te berekenen. Bijvoorbeeld: Voor het meten van de mate waarin de doelen van de hulp zijn gerealiseerd, scoort men -1 als de cliënt er slechter op is geworden, 0 als de situatie gelijk is gebleven, +1 als de cliënt erop vooruit is gegaan maar nog niet conform het doel, en +2 als de cliënt de beoogde vooruitgang laat zien. Het zou praktisch handig zijn de scores van alle betrokken gezinsleden te middelen tot één doelrealisatiescore. Psychometrisch is dat echter niet helemaal verantwoord: de schaal heeft daarvoor feitelijk een te laag meetniveau.

Waar het in de kern om gaat, is dat er rekening wordt gehouden met de mate van bewijskracht van de gegevens en dat men waar nodig een flinke foutmarge incalculeert. Bijvoorbeeld: Bij kleine groepen (minder dan twintig personen) is een verschil van minstens 20 punten in de percentages vereist om er enige betekenis aan te kunnen toekennen. Of: Gemiddelden die berekend zijn op schalen met een laag meetniveau, moet men met een flinke armslag (bijvoorbeeld -1 en +1 punt) hanteren. Indien de gegevens op de juiste manier worden gebruikt, is praktijkmonitoring een verantwoord instrument bij het onderzoek en de ontwikkeling van interventies in de praktijk.

## 53. Wat zijn prestatie-indicatoren?

Een prestatie-indicator is een 'meetlat' om de prestaties van een persoon of een organisatie in beeld te brengen. Het werken met prestatie-indicatoren is een belangrijk aspect van praktijkmonitoring. Men gebruikt deze meetlat met het oog op de vraag of een missie die men wil volbrengen ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd, en of er in dat kader een verbetering in de prestaties wenselijk is. Met

andere woorden: het meten van prestaties gebeurt nooit doelloos, maar staat altijd in het teken van een zinvolle informatiebehoefte.

Er laten zich drie soorten prestatie-indicatoren onderscheiden:

- *Structuurindicatoren*. Hierbij gaat het om de voorwaarden om instellingsdoelen te realiseren, zoals de bereikbaarheid van de instelling, een goede opleiding van de hulpverleners, de beschikbaarheid van registraties.
- *Procesindicatoren*. Deze hebben betrekking op de vraag langs welke weg de organisatie de doelen realiseert. Vaak vallen hieronder ook productie-indicatoren (ook wel output-indicatoren genoemd), zoals het aantal afgegeven indicatiebesluiten ten opzichte van het aantal aanmeldingen.
- *Resultaatindicatoren*. Dit worden ook wel uitkomst- of outcome-indicatoren genoemd. Het aantal tevreden cliënten is bijvoorbeeld een resultaatindicator.

Bij effectmonitoring is de focus gericht op *resultaatindicatoren*. Voor de jeugdzorg zijn de afgelopen jaren tien resultaatindicatoren geformuleerd (waaronder mate van cliënttevredenheid, doelrealisatie, afname van de problematiek, uitval en recidive). Deze worden momenteel geïmplementeerd. Over ongeveer een jaar hoopt de sector met deze indicatoren routinematig te kunnen volgen of er goed werk wordt geleverd en waar verbeterpunten liggen.

#### **54. Leidt het werken met prestatie-indicatoren niet tot calculerend gedrag?**

Dat kan. Verschillende auteurs wijzen erop dat het werken met prestatie-indicatoren leidt tot pervers, calculerend gedrag, of zelfs tot stagnatie van innovatie. Zo zouden bijvoorbeeld zorgaanbieders de moeilijke doelgroepen gaan ontwijken om in de cijfers over effectiviteit van de zorg mooier te scoren (zie bijvoorbeeld De Bruijn, 2001). Dat is een risico als het middel van prestatie-indicatoren oneigenlijk wordt ingezet.

Het gaat erom dat de monitoring van de resultaten van de zorg een functionele plek heeft in een gezamenlijke ambitie om de zorg te verbeteren. Belangrijk is daarbij dat de cijfers worden terugkoppeld naar de behandelteams, de instelling en de financiers met een aantal kernvragen: Herkennen we de cijfers? Kunnen we ze verklaren? Zijn ze te verbeteren? Onze ervaring is dat dit bij de betrokkenen kwaliteitsbewustzijn en een proces van verbetering op gang brengt. In een experiment in Drenthe, waarin deze vorm van monitoring werd toegepast, bleek het effect van een behandeling op de mate van probleemgedrag van jeugdigen over de jaren heen ruim te verdubbelen: de effectgrootte (Cohen's *d*) nam in dit experiment toe van 0,44 (klein effect) tot 1,0 (groot effect) (Leijssen, 2008). Die verdubbeling van de effectiviteit vond plaats bij een gelijk blijvende ernst van de problematiek bij de aanvang van de behandeling. Tegelijk nam de duur van de behandeling af van gemiddeld 7 naar 5 maanden. Soortgelijke ervaringen komen we tegen in de zogeheten Doorbraakprojecten in de ziekenhuiszorg, de GGZ en de Bureaus Jeugdzorg (zie o.a. Van Splunteren e.a., 2003; Diephuis e.a., 2009; Van Deur & Oudenhoven, 2008). Deze laten zien dat er enorme verbeterlagen te maken zijn als men een gezamenlijke ambitie nastreeft in de verbetering van het werk en het gebruik van monitorgegevens daaraan koppelt.

Werken met prestatie-indicatoren hoeft dus niet per se te leiden tot perversering. Het kan ook helpen een werkwijze te verbeteren, zodat bij een snellere doorstroom meer cliënten geholpen kunnen worden met een aanzienlijk beter resultaat. De kern ligt in het verstandig omgaan met het instrument van de indicatoren.

## 55. Waar is meer informatie te vinden?

**Algemeen:** [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

### Thema 1. Effectief werken met interventies in de jeugdzorg

- Bruinsma, W. & Konijn, C. (2008). Antwoord op veelgestelde vragen over effectiviteit. *Jeugd en Co Kennis*, 2 (nr. 3), p. 17-23 (te downloaden van [www.jeugdenco.nl](http://www.jeugdenco.nl)).
- De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K. & Aarle, E.J.M. van (2003). *De diagnostische cyclus. Een praktijkleer*. Leuven/Leusden: Acco.
- Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Inventgroep / Julius Centrum.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*, 2nd ed. Edinburgh & New York: Churchill Livingstone, 2000.
- Strien, P.J. van (1984). Naar de verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, p. 162-180.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T.A. van (2007). *Schakelen. Naar een effectief stelsel van jeugd en opvoeding*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Yperen, T.A. van (2009). Betere ketens. Bouwen aan een effectief stelsel voor jeugd en opvoeding. In: Graas, D., Liefwaard, T., Schuengel, C., Slot, W. & Stegge, H. (red.). *De Wet Jeugdzorg in de dagelijkse praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### Thema 2. De ingrediënten van goede zorg

- Lamers-Winkelmann, F. (2000). Protocol behandeling van de gevolgen van seksueel misbruik bij kinderen. In: P. Prins & N. Pameijer (red.), *Protocollen in de jeugdzorg. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie* (p. 227-242). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Steege, M. van der (2007). Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. In: *Jeugd en Co Kennis*, 1 (nr. 4), p. 23-36 (te downloaden van [www.jeugdenco.nl](http://www.jeugdenco.nl)).
- Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- [www.ink.nl](http://www.ink.nl)
- [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)

### Thema 3. Wat we weten over effectiviteit

#### Effect size

- Becker, L.A. (2000). *Effect Size (ES)*. Colorado Springs: University of Colorado. Gedownload op 26-01-2009 van <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>.
- Coe, R. (2002). *It's the Effect Size, Stupid. What effect size is and why it is important*. Paper presented at the British Educational Research Association annual conference, Exeter, September 2002. Durham: University of Durham.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112 (nr. 1), p. 155-159.

#### Effecten praktijk

- Bartels, A.A.J., Schuurmsma, S. & Slot, W. (2001). Interventies. In: R. Loeber, N.W. Slot & J. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige criminaliteit* (p. 291-318). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*, 48, p. 1181-1209.
- Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (p. 313-345). Thousand Oaks: Sage.
- Ploeg, J.D. van der & Scholte, E.M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: Nippo.
- Shadish, W.R., Matt, G.E. Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, p. 512-529.
- Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2004). *Opvoeden in onmacht, of ...? Een meta-analyse van 17 methodieken voor intensieve pedagogische thuishulp bij normovertredend gedrag*. Nijmegen / Den Haag: Praktikon/WODC.
- Weersing, V.R. & Weisz, J.R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, p. 299-310.
- Weiss, B., Cantron, T., Harris, V. & Phung, T.M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67, p. 82-94.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1995.
- Weisz, J.R. & Jensen, A.L. (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.
- Weisz, J.R., Weiss B. & Donenberg, G.R. (1992). The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, p. 1578-1585.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D. & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with

- children and adolescents: a meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, p. 542-549.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, p. 450-468.
  - Yperen, T.A. van (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en Adolescent*, 26, nr. 2, p. 255-257.

#### Factoren in de effectiviteit

- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (p. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38 (4), p. 357-361.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Fourth Edition)*. New York: Wiley.
- Leijssen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Lieshout, P.A.H. van, Meij, M.S.S. van der & Pree, J.C.I. de (red., 2007). *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Verkenning van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR). Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Steege, M. van der (2007). Intensieve Pedagogische Thuishulp komt tot wasdom. In: *Jeugd en Co Kennis*, 1 (nr. 4), p. 23-36 (te downloaden van [www.jeugdenco.nl](http://www.jeugdenco.nl)).
- Yperen, T.A. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

#### Thema 4. Effectieve interventies, professionals... en anderen

##### Kenmerken (effectieve) professional

- Dam, C. van & P. Vlaar (2007). *Quick scan beroepsverenigingen Sociaal Agogisch Werk*. Utrecht: MOVISIE Beroepsontwikkeling.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J. (2007). Common Factors and the Uncommon Heroism of Youth. *Psychotherapy in Australia*, 13 (2), p. 34-43.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Vlaar, P., M. van Hattum, C. van Dam, R. Broeken (2006). *Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepsstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang*. Utrecht. NIZW Beroepsontwikkeling.
- Yperen, T.A. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

#### Behandelintegriteit en spanning methode-professional

- Barnoski, R. (2004). *Outcome Evaluation of Washington State's Research-Based Programs for Juvenile Offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bruinsma, W. & Konijn, C. (2008). Antwoord op veelgestelde vragen over effectiviteit. *Jeugd en Co Kennis*, 2 (nr. 3), p. 17-23 (te downloaden van [www.jeugdenco.nl](http://www.jeugdenco.nl)).
- Hutschemaekers, G. (2001) *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Oratie. Nijmegen: SUN.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006) *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP.
- Stals, K., Yperen, T.A. van, Reith, W. & Stams, G.J. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

#### Rol van verschillende partijen

- Haterd, J. van de, Zwicker, N., Hens, H. & Uyttenboogaart, A. *Gedragswetenschapper in de Jeugdzorg*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut / SWP.
- HBO-raad (2009). *Eindrapportage deelproject Actualisering hbo. Actieplan professionalisering jeugdzorg*. Den Haag: HBO-raad.
- Yperen, T.A. van, & K. Bakker (2008). *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- [www.nji.nl](http://www.nji.nl) > dossier Professionalisering in de jeugdzorg
- Zwicker, N. Haterd, J. van de, Hens, H. & Uyttenboogaart, A. *Jeugdzorgwerker*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut / SWP.

#### **Thema 5. Erkenning en databank Effectieve Jeugdinterventies**

- Oudhof, M. & Steege, M. van der (2009). *Meer zicht op de doelgroepen van Altra met CAP-J. Eindrapportage en aanbevelingen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Steege, M. van der (2009). *Jeugdzorgaanbod beschrijven en onderbouwen in de provincie Utrecht. Eindrapport met opbrengsten en aanbevelingen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Yperen, T.A. van (2007). *Integraal erkend. Naar een afstemming erkenning jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl))
- Yperen, T.A. van & Bommel, M. van (2009). *Erkenning (jeugd)interventies: Criteria 2009-2010. Erkenningscommissie Jeugdinterventies*. Utrecht/Bilthoven: Nederlands Jeugdinstituut/RIVM (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)
- [www.nji.nl/erkenning](http://www.nji.nl/erkenning)
- [www.rivm.nl/jeugdgezondheid](http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid)
- [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl).



## Thema 6. Goede beschrijving en onderbouwing van interventies

- Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steege, M. van der & Oudhof, M. (2009). *CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Oudhof, M. & Steege, M. van der (2009). *Meer zicht op de doelgroepen van Altra met CAP-J. Eindrapportage en aanbevelingen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Veerman, J.W. & Ooms, H. (2008). *Zicht op Effectiviteit. Een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg*. Nijmegen/Utrecht: Praktikon / Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (2005). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut / SWP.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

## Thema 7. De effectiviteit bewijzen

- Cook, T.D. (2003). Why have educational evaluators chosen not to do randomized experiments? *Annals of American Academy of Political and Social Science*, Vol. 589, p. 114-149.
- Veerman, J.W. & Ooms, H. (2008). *Zicht op Effectiviteit. Een kijkje in de keuken van zeven instellingen voor jeugdzorg*. Nijmegen/Utrecht: Praktikon / Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.praktikon.nl](http://www.praktikon.nl)).
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

## Thema 8. Bij welke zorg is effect te bepalen?

- Bothof, A., Steege, M. van der, Verderbosch, S. & Yperen, T.A. van (2002). *Modulariseren in de jeugdzorg: hoe verder? Modules beschrijven, ordenen en aanbieden*. Utrecht: NIZW.
- Janssen, M. & Konijn, C. (2000). *Zorgprogrammering in den vreemde. Een literatuuronderzoek naar de vernieuwing en programmering van de jeugdzorg in het buitenland*. Utrecht/Den Haag: NIZW/VWS.
- Yperen, T.A. van, Carati, C.C.M., Schuppert, J. en Vermunt, Ch. (2000). *Modules en programma's in de jeugdzorg. Eindadvies*. Utrecht/Den Haag: NIZW/VWS.
- Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (2005). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Utrecht/Amsterdam: Nederlands Jeugdinstituut / SWP.

## Thema 9. Ontwikkeling, implementatie en borging van interventies

- Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren; het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Grol, R. & Wensing, M. (2006) *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Nijmegen: Zorgonderzoek Nederland/WOK Research Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.

- Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M.A.H., Wilde, E.J. de & Paulussen, T.G.W.M. (2009). *Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies*. Leiden/ Utrecht: TNO / Nederlands Jeugdinstituut.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Stals, K., Yperen, T.A. van, Reith, W. & Stams, G.J. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Yperen, T.A. van & K. Bakker (2008). *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

## Thema 10. Monitoring van de effectiviteit

- Bruijn, H. de (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.
- Deur, H. van & Oudenhoven, R. (2008). *Handboek Doorbraak in de jeugdzorg. Beter presteren door blijven verbeteren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Diephuis, K., Dronkers, F., Janssen, I., Tijink, H. & Zijden, Q. van der (2009). *Slimmer organiseren. Handboek sneller zorg voor jeugd*. Leiden/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid / CBO (te downloaden van [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl)).
- Groenewoud, A.S. & R. Huijsman (2003). *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Den Haag: ZonMw (te downloaden van [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)).
- Inter Provinciaal Overleg (2006). *Prestatie-indicatoren jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren jeugdzorg (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).
- Leijssen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (p. 195-206). Delft: Eburon (te downloaden van [www.eburon.nl](http://www.eburon.nl)).
- Splunteren, P. van, Everdingen, J. van, Janssen, S., Minkman, M., Rouppe van der Voort, M., Schouten, L. & Verhoeven, M. (2003). *Doorbreken met resultaten. Verbetering van de patiëntenzorg met de Doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press (te downloaden van [www.wrr.nl](http://www.wrr.nl)).
- [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies) > prestatie-indicatoren
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30 (2), p. 212-221.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2008). Wat is praktijkgestuurd onderzoek?. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (p. 17-34). Delft: Eburon (te downloaden van [www.eburon.nl](http://www.eburon.nl)).
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T.A. van (2005). *Trefzeker tellen. Werken met prestatie-indicatoren*. Utrecht: NIZW Jeugd (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

- Yperen, T.A. van (2009). *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels*. Utrecht: Mogroep Jeugdzorg / Nederlands Jeugdinstituut (te downloaden van [www.nji.nl](http://www.nji.nl)).

## **Het Nederlands Jeugdinstituut**

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

### **Missie**

Het Nederlands Jeugdinstituut streeft ernaar de gezonde ontwikkeling van jeugdigen en de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving te bevorderen. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

### **Doelgroep**

Het Nederlands Jeugdinstituut richt zich op iedereen die betrokken is bij het opvoeden en opgroeien van kinderen en jongeren. Dat zijn vooral beroepskrachten, staffunctionarissen en beleidsmakers in de jeugdsector. Opdrachtgevers zijn ministeries, gemeentes, provincies, instellingen en vele andere. Thema's zijn opvoedvragen, kindermishandeling en multiprobleemgezinnen, maar ook zorg- en adviesteams, centra voor jeugd en gezin en de effectiviteit van jeugdinterventies.

### **Producten**

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uitlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

### **Meer weten?**

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt u op werkdagen van 9 tot 13 uur terecht bij onze Infolijn, telefoon (030) 230 65 64 of via de e-mail [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl). Voor de meest actuele informatie: [www.nji.nl](http://www.nji.nl).

