

Jeugdzorg in Onderzoek: algemeen werkzame factoren

Congresbundel

27 januari 2006

De Meervaart, Amsterdam

© 2006 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Redactie en samenstelling

Wieneke Bruinsma, NIZW Jeugd

Carolien Konijn, NIZW Jeugd

Mariska van der Steege, NIZW Jeugd

Jeugdzorg in Onderzoek is een initiatief van het Ministerie van VWS en wordt georganiseerd door NIZW Jeugd.

Inhoud

Inhoud.....	3
Voorwoord.....	5
Inleiding.....	6
Programma	9
Plenaire lezingen	18
Jeugdzorg werkt! Over wat jeugdzorg doeltreffend en effectief maakt	19
Common factors and the uncommon heroism of youth	38
Algemeen werkzame factoren en de ongewone heldhaftigheid van de jeugd.....	57
Workshops.....	80
1. Prestatie-indicatoren Jeugdzorg	81
2. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatiemogelijkheden voor deze eerste richtlijn voor de jeugdzorg	82
3. Jeugdhulpverlening kan veel effectiever; pilotstudy opent nieuwe perspectieven	83
4. Residentiële jeugdzorg: effectief of niet? Een meta-analyse naar kenmerken van effectiviteit	86
5. De Contactdoos als algemeen werkzaam element bij gezinsinterventie.....	87
6. Een grotere kans van slagen: wetenschappelijk onderzoek in de jeugdpsychiatrische behandelpraktijk.....	89
7. Opvoedingsondersteuning ter preventie van gedragsproblemen bij kinderen.....	91
8. Ouders en school betrekken bij een competentietraining voor first offenders: effect blijkt beter!	93
9. De perspectieven van de C-toets	95
10. Voor het goede doel. Effectievere hulp door het stellen van doelen.....	97
11. De beoordeling van interventies voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies.....	98
12. Jeugdzorg op orde, een voorwaarde voor sectorbrede kwaliteit.....	101
13. Werken aan effectiviteit vanuit praktijkontwikkeling.....	104
14. Pleegzorg in Gelderland en Noord-Brabant: een ontdekkingsreis.....	106
15. Multi Dimensional Family Therapy	108
16. Wetenschap in huis: residentiële zorg en onderzoek hand in hand.....	110
17. Algemene protectiefactoren en specifieke risicofactoren	112
18. Ondersteun ouders in het nemen van hun verantwoordelijkheid.....	114
19. Eigen kracht volgens plan?.....	116
20. Aan de slag met doelrealisatie: ervaringen bij de Leo Stichting Groep.....	118
21. Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie: accreditatie van gedragsinterventies bij Justitie.....	120
22a. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek.....	122
22b. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek.....	124
23. Effectief aan het werk; cursus algemeen werkzame factoren bij Jeugdformaat.....	126
24. Eerste ervaringen met de module Besloten Behandeling door Horizon.....	128
25. What works-criteria in interventieontwikkeling; Intensieve Trajectbegeleiding en Halt als casus	130
26. Methodisch werken en onderzoek doen: twee zijden van dezelfde medaille.....	132
27. Evaluatie van de IMC Weekendschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurtten	135
28. Project OKé: preventieve huisbezoeken vanuit de OKZ – werkzame aspecten	136
29. Bejegening van cliënten in de jeugdzorg	138
30. Het maken van een goede interventiebeschrijving: hoe doe je dat?.....	140
Posters.....	141
1. Het voorkomen van afglijden van risicojongeren: evaluatie van het project Parachute.....	142
2. De resultaten van de Eigenkracht conferenties op langere termijn.....	144

3. Wegloopgedrag van jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen Rentray en O.G. Heldringstichting.....	146
4. Onderzoek naar SPRINT (Signalering van en Preventie Interventie bij antisociaal gedrag)	148
5. Effectmeting Jeugdformaat; aantoonbaar beter.....	150
6. Wegen naar het rechte pad; het effect van interventies voor jeugdige delinquenten op het recidivegedrag	152
7. ZonMw's programma's voor jeugdzorg / jeugdgezondheidszorg.....	154
8. Informatie over effectiviteit op www.jeugdinterventies.nl	157
9. Succesvol samenwerken in de zorg vraagt om het gezamenlijk implementeren van ketenprocessen.....	159
10. Is kwaliteitszorg een algemeen werkzame factor?	161
11. Follow-up Medisch Orthopedagogisch Centrum: kinderen en ouders na behandeling in de autagroep.....	163
12. Gesloten plaatsingen in retrospectief; een kwalitatieve analyse aan de hand van tien dossierstudies.....	165
13. Effectiviteit van het Home-Start programma en de behoefte van risicogezinnen aan opvoedondersteuning.....	167
14. Familienetwerkconferenties bij de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland..	170
15. Nieuw zorgaanbod voor jongeren met een licht verstandelijke handicap.....	172
16. Residentiële jeugdzorg in de schijnwerpers: naar een landelijk, intersectoraal professionaliseringstraject	174
17. Professionaliteit in de jeugdzorg.....	176
18. Reboundvoorzieningen in het voortgezet onderwijs: een verkennende studie.....	178
19. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatie-mogelijkheden voor deze eerste richtlijn in de jeugdzorg.....	180
20. Evaluatie van de IMC Weekendschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurtten	182

Voorwoord

Voor u ligt de congresbundel van de tweede editie van *Jeugdzorg in Onderzoek*. Na de succesvolle bijeenkomst van vorig jaar is besloten door te gaan op het thema effectiviteit van jeugdzorg. Dit jaar staat onderzoek centraal naar de vraag: Wat werkt in de jeugdzorg? De focus ligt hierbij op algemeen werkzame factoren, ofwel de basisingrediënten van goed hulpverleners. De algemeen werkzame factoren dragen voor een groot deel bij aan de effectiviteit van de jeugdzorg.

De komende jaren zullen belangrijke stappen worden gezet op het gebied van effectiviteit en professionaliteit van de jeugdzorg. We moeten komen tot een sector waarin effectieve behandelmethoden worden toegepast door competente, adequaat opgeleide professionals in efficiënt ingerichte en goed samenwerkende organisaties.

Ik ondersteun deze ontwikkeling van harte. Zo heb ik aan ZonMw gevraagd om een onderzoeksprogramma Jeugd op te zetten. Dit programma moet de komende jaren informatie over de effectiviteit van jeugdinterventies opleveren. Tevens wordt gewerkt aan de beoordeling van interventies. Het nieuwe Kenniscentrum Jeugd, voorheen het NIZW, zal deze kennis toegankelijk maken voor de sector, onder meer via de Databank Effectieve Jeugdinterventies op de website www.jeugdinterventies.nl.

Ook het congres *Jeugdzorg in Onderzoek* heeft als doel de uitwisseling van wetenschappelijke kennis over de jeugdzorg, het verspreiden van goede praktijken en afstemming van onderzoek en initiatieven. *Jeugdzorg in Onderzoek* biedt een ontmoetingsplek voor onderzoekers, medewerkers in de jeugdzorg en beleidsmedewerkers. Het succes ervan is afhankelijk van uw inbreng. Ik ben daarom zeer verheugd dat er ook dit jaar weer veel reacties zijn binnen gekomen op het verzoek om een bijdrage in de vorm van een workshop of een posterpresentatie te leveren. De vele inzendingen zijn het bewijs dat u veel belang hecht aan het onderwerp en u graag uw kennis en ervaring deelt met uw collega's. Ik wil alle inzenders hierbij bedanken voor hun bijdrage.

Omdat u onmogelijk heeft kunnen deelnemen aan alle workshops, staan alle bijdragen in deze bundel samengevat opgenomen. Ik hoop dat u het als een inspirerende dag heeft ervaren en u weer met nieuwe inzichten aan de slag kunt met de verdere ontwikkeling van een effectieve en professionele jeugdzorg. Ik wens u hierbij veel succes en hoop u volgend jaar opnieuw te ontmoeten bij *Jeugdzorg in Onderzoek*.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. Clémence Ross-van Dorp

Inleiding

Na het succes van vorig jaar vindt nu alweer de tweede editie plaats van het congres Jeugdzorg in onderzoek. Dit jaar ligt de focus op algemeen werkzame factoren bij de behandeling en begeleiding van jeugdigen met psychosociale en psychische problemen, en hun ouders. Naast specifieke interventies blijkt uit onderzoek ook een aantal factoren altijd en voor alle jeugdigen, ongeacht hun problemen, werkzaam te zijn. Deze zijn dus algemeen werkzaam. Het gaat hierbij om de volgende factoren:

- een goede werkrelatie tussen diënt en hulpverlener;
- goede motivatie van de cliënt;
- goede aansluiting van type interventie bij probleem en hulpvraag;
- goede structurering van de interventie;
- uitvoering van de interventie zoals bedoeld (programma-integriteit);
- voldoende professionaliteit (onder meer training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden voor de behandelaar (draaglijke caseload, goede begeleiding, veilig).

Plenair programma

Na een kort welkomstwoord van de dagvoorzitter, mevrouw G. Tielen, directeur Jeugdbeleid van het Ministerie van VWS, wordt het congres geopend door de staatssecretaris van VWS, mevrouw C. Ross-Van Dorp. Vervolgens komen twee sprekers aan het woord. Peter van der Laan, bijzonder hoogleraar Sociaal Pedagogische Hulpverlening aan de Universiteit van Amsterdam en werkzaam bij het Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, gaat in op het belang van de algemeen werkzame factoren in de behandeling en begeleiding van jeugdigen met problemen en hun ouders. Het verhaal dat hierachter in de congresbundel is opgenomen is uitgebreider dan de lezing die hij heeft gegeven en bovendien voorzien van referenties en een literatuurlijst. Barry Duncan, directeur van het *Institute for the study of Therapeutic Change* in de Verenigde Staten, gaat vanuit zijn ervaringen in op enkele van deze factoren. Hij benadrukt vooral het belang van een goede werkrelatie tussen diënt en hulpverlener, goede aansluiting van de interventie bij het probleem en de hulpvraag van de cliënt en een systematische en doelgerichte aanpak van de problemen. Hij relateert het belang van kennis die wordt opgedaan in sterk gecontroleerde onderzoeken naar de behandeling van jeugdigen met problemen. Ook zijn verhaal dat hierachter in de congresbundel is opgenomen, is uitgebreider dan de lezing die hij heeft gegeven en voorzien van referenties en een literatuurlijst.

Workshops

Er zijn ongeveer dertig workshops in drie rondes. In elke ronde zijn er workshops omtrent de volgende thema's:

- manieren om de effectiviteit in de jeugdzorg te volgen en te vergroten vanuit de overheid en vanuit de instellingen zelf;
- het belang van algemeen werkzame factoren in de jeugdzorg;
- de werkzaamheid van een bepaalde aanpak van de problematiek;
- vroegtijdig ingrijpen (hetgeen de effectiviteit van de jeugdzorg in zijn algemeenheid verhoogt).

We lichten er op elk van deze thema's enkele workshops uit. Manieren om de effectiviteit van de jeugdzorg te volgen en te vergroten vanuit de overheid of vanuit instellingen zelf, komen in veel workshops aan de orde. Zo wordt bijvoorbeeld in de eerste ronde toegelicht hoe de overheid via prestatie-indicatoren de jeugdzorg tot grotere effectiviteit probeert te stimuleren. In de tweede ronde geven medewerkers van een jeugdzorginstelling aan hoe zij het afgelopen jaar een paar behandelingsprogramma's globaal hebben doorgelicht op hun potentiële effectiviteit, hetgeen veel aanbevelingen heeft opgeleverd die zullen leiden tot grotere effectiviteit. In de derde ronde bespreekt men onder meer een model voor het uitvoeren van effectonderzoek in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg.

Het belang van algemeen werkzame factoren, het thema van dit jaar, is in een aantal workshops zijdelings onderwerp van discussie en in andere meer expliciet. Zo gaan in de eerste ronde enkele onderzoekers in op de werkzaamheid van algemene factoren zoals die naar voren komt in een meta-analyse van residentiële jeugdzorg. In de tweede ronde focust men onder meer op het belang van de aansluiting van de interventies op de hulpvraag van de diënten en het gebruik daarbij van Eigen Kracht conferenties. In de derde ronde geven medewerkers van een jeugdzorginstelling aan hoe zij ambulante hulpverleners scholen in de toepassing van algemeen werkzame factoren.

In de workshops wordt de specifieke werkzaamheid van de volgende methodieken en programma's bediscussieerd: Multidimensional Family Therapy (MDFT), pleegzorg, residentiële jeugdzorg, de contactdoos bij een gezinsinterventie, besloten behandeling van Horizon, Intensieve Trajectbegeleiding en Halt.

Tot slot is vroegtijdig ingrijpen bij problemen van jeugdigen en ouders onderwerp van discussie. De stelling is dat vroegtijdig ingrijpen de effectiviteit van de jeugdzorg in zijn geheel vergroot. Hierop wordt in de eerste ronde ingegaan in een workshop over opvoedingsondersteuning als preventie van gedragsproblemen bij kinderen. In de tweede ronde besteedt men aandacht aan preventie van jeugddelinquentie. In de derde ronde wordt ingegaan op het nut van huisbezoeken vanuit de gemeentelijke ouder- en kindzorg voor preventie van problemen bij jeugdigen en ouders.

Posters

Daarnaast zijn er twintig posterpresentaties. Onderwerpen die aan de orde worden gesteld zijn: resultaten van familienetwerkconferenties (ook op de langere termijn), preventie van antisociaal gedrag, het belang van samenwerken in de keten van jeugdzorgvoorzieningen, het wegglopen van jongeren uit justitiële jeugdinrichtingen, de eerste Multidisciplinaire Richtlijn ADHD, professionaliteit van de jeugdzorg, kwaliteitszorg, reboundvoorzieningen in het voortgezet onderwijs en de onderzoeksprogrammering van ZonMw. Daarnaast bespreekt men de resultaten van interventies voor jeugdige delinquenten, jonge autistische kinderen, jongeren uit sociaal-economische achterstandsituaties, risicogezinnen (Home Start) en jongeren met een lichte verstandelijke handicap. Tot slot is ook in de posterpresentaties aandacht voor meer methodische aspecten: effectmeting bij Jeugdformaat, gebruik van de Databank Effectieve Jeugdinterventies en de waarde van dossieronderzoek.

Leeswijzer bij de congresbundel

Deze bundel is opgebouwd volgens de programma-indeling van het congres. Na het programma volgen de twee plenaire lezingen van Peter van der Laan en Barry Duncan. Van deze laatste lezing is ook een Nederlandse vertaling opgenomen. Daarna volgen de samenvattingen van de workshops en de beschrijvingen van de posters. De volgorde (nummering) van de workshops en de posters is dezelfde als die in het programma is gebruikt. Tot slot zijn enkele aanvullende *papers* in de congresbundel opgenomen. Het gaat om artikelen die door de workshopleiders en posterpresentatoren in aanvulling op de samenvatting zijn aangedragen. De volgorde waarin deze *papers* zijn opgenomen, komt overeen met die van de samenvattingen van de workshops en posters.

Programma

Jeugdzorg in Onderzoek: algemeen werkzame factoren

27 januari 2006

De Meervaart, Amsterdam

Dagvoorzitter: Mw. drs. G.E.M. Tielen, directeur Jeugdbeleid Ministerie van VWS

- 9.00 uur Ontvangst
- 9.30 uur Welkomstwoord door dagvoorzitter
- 9.35 uur Opening door mw. drs. C.I.J.M. Ross-Van Dorp, staatssecretaris
Ministerie van VWS
- 9.45 uur *Jeugdzorg werkt! Over wat jeugdzorg doeltreffend en effectief maakt*
Prof. dr. Peter van der Laan, bijzonder hoogleraar Sociaal Pedagogische
Hulpverlening aan de Universiteit van Amsterdam en werkzaam bij het
Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving
- 10.15 uur *Common factors and Uncommon Heroism of Youth*
Barry L. Duncan, Psy.D., therapeut, trainer, onderzoeker en directeur van het
Institute for the study of Therapeutic Change, Verenigde Staten
- 10.45 uur Koffiepauze
- 11.15 uur Eerste ronde workshops
- 12.15 uur Posterpresentaties en lunch
- 14.00 uur Tweede ronde workshops
- 15.00 uur Theepauze
- 15.30 uur Derde ronde workshops
- 16.30 uur Borrel

De voertaal tijdens de tweede lezing is engels.

Workshops

1. Prestatie-indicatoren Jeugdzorg

P.M.M. Bonke, IPO, Den Haag

In deze workshop geeft dhr. Bonke een inzicht in de discussie tussen VWS, Justitie, IPO, MO-groep en NIZW/wetenschap over de ontwikkeling van een gezamenlijke integrale visie op en implementatie van prestatie-indicatoren in de jeugdzorg

2. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatiemogelijkheden voor deze eerste richtlijn voor de jeugdzorg

M.T. Vink, Trimbos-instituut, Utrecht

Vervangen door een posterpresentatie.

3. Jeugdhulpverlening kan veel effectiever; pilotstudy opent nieuwe perspectieven

T. Rasenberg, Xonar Zuid-Limburg / BJZ Limburg en J. Weijenberg, Stichting Harreveld
De workshopleiders stellen dat de effectiviteit van specifieke methodieken afhankelijk is van de mate waarin voldaan wordt aan doelgerichtheid, cliëntgerichtheid en veelzijdig vakmanschap. Ze onderbouwen dit met de resultaten van een pilotstudy bij de ambulante afdeling van Xonar.

4. Residentiële jeugdzorg: effectief of niet? Een meta-analyse naar kenmerken van effectiviteit

A.T. Harder, E.J. Knorth en T. Zandberg, Rijksuniversiteit Groningen

Uit een meta-analyse naar effectiviteit van de residentiële jeugdzorg blijkt dat deze zorg over het algemeen positieve resultaten oplevert. Onderzoekers gaan in op de algemeen werkzame factoren die deze resultaten kunnen bevorderen.

5. De contactdoos als algemeen werkzaam element bij gezinsinterventie

T.C.E. Engels, P.J. Lambrecht, Vrije Universiteit Brussel en A. Lenaerts, Gemeenschapscentrum de Vaartkapoen

Het gebruik van de contactdoos, een methodiek gericht op het verbeteren van de ouder-adolescent relatie, wordt in deze workshop geïllustreerd. Ook komt aan de orde of de beoogde risicovolle doelgroep werd bereikt, of de interventie werd geïmplementeerd zoals bedoeld en of de beoogde resultaten werden bereikt.

6. Een grotere kans van slagen: wetenschappelijk onderzoek in de jeugdpsychiatrische behandelpraktijk

A.E. Boon en S.B.B. de Boer, de Fjord, Centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie en Stichting de Jutters, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden
Onderzoekers presenteren de elementen waarvan zij denken dat ze relevant zijn bij het starten van wetenschappelijk onderzoek in een (niet-academische) behandelpraktijk. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van onderzoeksresultaten.

7. Opvoedingsondersteuning ter preventie van gedragsproblemen bij kinderen

I. de Graaf, Trimbos-instituut, Utrecht en G. Blokland, NIZW, Utrecht

De workshop gaat over het belang van opvoedingsondersteuning ter preventie van gedragsproblemen bij kinderen. Onderzoekers introduceren het evidence-based programma Triple P met een link naar de werkzame factoren in 'parenting support'.

8. Ouders en school betrekken bij een competentietraining voor first offenders: effect blijkt beter!

K. Drexhage, Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam

In deze workshop discussiëren deelnemers over de vraag hoe we ouders en school op werkbare en effectieve wijze kunnen betrekken bij de training en hoe dit bijdraagt aan de verankering van de gedragsverandering bij de deelnemers van de training.

9. De perspectieven van de C-toets

J. Franssen, MO-Groep, L. Rutjes en K. Jurrius, Stichting Alexander, Amsterdam

De C-toets maakt integraal onderdeel uit van cliëntenbeleid. In de workshop worden allereerst de ervaringen met het instrument gepresenteerd. Vervolgens krijgen deelnemers een beeld van de C-toets nieuwe stijl met vernieuwde en aangescherpte uitgangspunten.

10. Voor het goede doel. Effectievere hulp door het stellen van doelen

T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg / Universiteit Utrecht

Een belangrijke werkzame factor is samen met de cliënten de juiste doelen stellen. Deelnemers van deze workshop gaan aan de slag met casuïstiek en discussiëren over de vraag hoe te bereiken dat het stellen van doelen staande praktijk wordt in de hulpverlening.

11. De beoordeling van interventies voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies

G.J. Stams, Universiteit van Amsterdam

In de workshop wordt nader ingegaan op het functioneren van de Databank Effectieve Jeugdinterventies en de wijze waarop de effectiviteit van interventies door onafhankelijke panels wordt beoordeeld.

12. Jeugdzorg op orde, een voorwaarde voor sectorbrede kwaliteit

M. Loeffen, H. Ooms, Collegio, Utrecht en T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum jeugdzorg, Utrecht

In de workshop wordt een ordeningsmodel gepresenteerd waarmee zicht wordt verkregen op het aanbod van de preventieve, curatieve en repressieve jeugdzorg, ontwikkeld door het NIZW in samenwerking met Collegio in opdracht van de Operatie Jong.

13. Werken aan effectiviteit vanuit praktijkontwikkeling

T. Schut, E. Schulze, Spirit, Amsterdam, C. Konijn, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht en J. van den Braak, Adviesbureau van Montfoort, Utrecht

Bij Spirit is in 2005 de potentiële en reële effectiviteit van enkele werksoorten onderzocht, hetgeen handvatten moet opleveren voor methodiekwontwikkeling. De

workshopleiders bespreken welke keuzes hierbij gemaakt kunnen worden en welk vervolg relevant is.

14. Pleegzorg in Gelderland en Noord-Brabant: een ontdekkingsreis

H. Pijnenburg, H. Damen, Praktikon, Nijmegen, G. van Halen, Dunamis, Nijmegen en T. van Ruitenbeek, de Combinatie, Eindhoven

De ontwikkelingen van de Brabantse en Gelderse pleegzorg zijn door onderzoek gevolgd en begeleid. In de workshop staan de werkzame factoren binnen de pleegzorg centraal en wordt gediscussieerd over de vraag waarom deze factoren werken en of er nog andere mogelijke factoren zijn.

15. Multi Dimensional Family Therapy

C. Mos, Forensisch Psychiatrische Polikliniek het Palmhuis, de Jutters, Den Haag en N.P.H. Brusse, Parnassia Addiction Research Centre, Parnassia Psycho-Medisch Centrum, Den Haag

Tijdens de workshop wordt ingegaan op de kern van deze gezinstherapie (MDFT), welke in de Verenigde Staten effectief is gebleken. Workshopleiders presenteren de uitkomsten van Amerikaans MDFT-research evenals de opzet van het komende Europese effectiviteitsonderzoek.

16. Wetenschap in huis: residentiële zorg en onderzoek hand in hand

E. Geurts en F. Brouwer, Stek, organisatie voor jeugdzorg, Gouda

Bij Stek is het programma Jeugdzorg in Context opgezet dat tegelijkertijd onderzocht wordt. In de workshop wordt dit programma toegelicht en worden ervaringen uitgewisseld over het uitvoeren van praktijkgericht onderzoek.

17. Algemene protectiefactoren en specifieke risicofactoren

F. Bruinsma, forensisch kinder- en jeugdpsychiater – seksuoloog

Recent onderzoek heeft de hypothese grotendeels kunnen bevestigen dat het leeuwendeel van de jeugddelinquentie zich beperkt tot de adolescentie. De betekenis van de onderzoeksresultaten voor het te voeren preventieve en curatieve beleid in de jeugdzorg is het onderwerp van deze workshop.

18. Ondersteun ouders in het nemen van hun verantwoordelijkheid

L. de Wit en P. van Rooij, Stichting Kompaan, Goirle

In de workshop worden de positieve resultaten geschetst van het bieden van residentiële zorg, waarbij de inhoud van de behandeling primair wordt gevormd door concrete vragen van ouders en/of jongeren.

19. Eigen kracht volgens plan?

L. Joanknecht, Spirit, Amsterdam en F. van Beek, WESP, Voorhout

De workshopleiders presenteren de resultaten van acht onderzoeken naar Eigen kracht. Vervolgens bespreken zij wat de resultaten betekenen voor de praktijk van de jeugdzorg en hoe deze praktijk kan aansluiten bij de door families geformuleerde vragen aan professionals.

20. Aan de slag met doelrealisatie: ervaringen bij de Leo Stichting Groep

A.F.J. van Ommen, Leo Stichting Groep, Apeldoorn

In deze workshop wordt geschetst hoe doelrealisatie bijdraagt aan een effectievere hulpverlening. Daarnaast worden de resultaten van een praktijkonderzoek onder jongeren en medewerkers over de ervaringen met het werken met doelrealisatie besproken.

21. Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie: accreditatie effectieve gedragsinterventies bij Justitie

Th.P. van der Heijden, Ministerie van Justitie

De beleidsmatige achtergronden voor het instellen van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie worden toegelicht, net als de belangrijkste What-works beginselen, de tien beoordelingscriteria en de werkwijze van de Erkenningscommissie.

22a. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek

J.W. Veerman, Praktikon / Radboud Universiteit, Nijmegen en D. Roosma, Bureau Jeugdzorg Drenthe

De workshopleiders bespreken een model voor het uitvoeren van effectonderzoek in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg. Ook gaan zij in op de ervaringen met het model en geven ze aan hoe andere instellingen kunnen aanhaken bij dit project.

22b. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek

T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg / Universiteit Utrecht en H. Ooms, Collegio, Utrecht

De workshopleiders bespreken een model voor het uitvoeren van effectonderzoek in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg. Ook gaan zij in op de ervaringen met het model en geven ze aan hoe andere instellingen kunnen aanhaken bij dit project.

23. Effectief aan het werk; cursus algemeen werkzame factoren bij Jeugdformaat

N. de Vries, Stichting Jeugdformaat, Rijswijk

Ambulant hulpverleners van Jeugdformaat zijn met de cursus die in deze workshop wordt besproken, geschoold in het expliciet gebruik maken van bewezen algemeen werkzame factoren. Deelnemers voeren tijdens de workshop enkele oefeningen uit de cursus uit.

24. Eerste ervaringen met de module Besloten Behandeling door Horizon

N. Hilhorst, A. Slabbèrtje, DSP-groep, Amsterdam en N. Zandvliet, Horizon, Rotterdam

In de workshop worden het unieke karakter van en de eerste ervaringen met de besloten behandelmodule van Horizon besproken. Onder meer wordt aandacht besteed aan de werkzame factoren van dit aanbod voor deze specifieke doelgroep.

25. What works-criteria in interventieontwikkeling; Intensieve Trajectbegeleiding en Halt als casus

B. Bijl en Y. van Baardewijk, PI Research, Duivendrecht

In deze workshop worden de aanpak en resultaten geschetst van de analyse van twee interventieprogramma's in het licht van What-works criteria. Deelnemers discussiëren over de sturende rol van onderzoek bij de ontwikkeling van werkzame interventies.

26. Methodisch werken en onderzoek doen: twee zijden van dezelfde medaille

S. van Haaren en M. Loeffen, Collegio, Utrecht

Tijdens deze workshop wordt aan de hand van de methodieken Families First, Vertrektraining en het Jongeren Preventie Project ingegaan op de noodzaak van het doen van onderzoek om zo goed mogelijk methodisch te werken.

27. Evaluatie van de IMC Weekenschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurten

M. van der Veldt, PI Research, Duivendrecht en H. Terwijn, IMC Weekenschool
Vervangen door een posterpresentatie.

28. Project OKé: preventieve huisbezoeken vanuit de OKZ – werkzame aspecten

M.B.R. Bouwmeester-Landweer, ZorgRing, Zoetermeer

Onderzoek heeft aangetoond dat de methode Oké succesvol is. Er zijn veel werkzame aspecten aan het licht gekomen die de implementatie in de dagelijkse praktijk vergemakkelijken. Deze worden tijdens de workshop besproken.

29. Bejegening van cliënten in de jeugdzorg

N. van Erve, Pactum / OCB / Fontys OSO, Tilburg

In deze workshop worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de aspecten die van belang zijn bij een goede diëntbejegening. Deelnemers maken kennis met een competentieprofiel voor hulpverleners en oefenen met een bijbehorend meetinstrument.

30. Het maken van een goede interventiebeschrijving: hoe doe je dat?

M. de Graaf, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht

Eén algemeen werkzame factor is dat een interventie "volgens het boekje" wordt uitgevoerd. Tijdens deze workshop wordt toegelicht wat het nut is van een systematische programmabeschrijving en komen de algemene criteria waar zo'n omschrijving aan moet voldoen aan bod.

Workshops: Indeling per thema

Stimulering effectiviteit vanuit de overheid

- Ronde 1: workshop 1
- Ronde 2: workshop 11 en 12
- Ronde 3: workshop 21, 22a en 22b

Stimulering effectiviteit vanuit de instelling

- Ronde 1: workshop 3
- Ronde 2: workshop 13
- Ronde 3: workshop 23

Werkzame factoren in de methodiek

- Ronde 1: workshop 4 en 5
- Ronde 2: workshop 14 en 15
- Ronde 3: workshop 24 en 25

Het belang van onderzoek bij het verhogen van de effectiviteit

- Ronde 1: workshop 6
- Ronde 2: workshop 16
- Ronde 3: workshop 26

Verhogen van de effectiviteit van de jeugdzorg door vroegtijdig ingrijpen

- Ronde 1: workshop 7 en 8
- Ronde 2: workshop 17 en 18
- Ronde 3: workshop 28

Verhogen van de effectiviteit van de jeugdzorg door vraaggericht werken

- Ronde 1: workshop 9
- Ronde 2: workshop 19
- Ronde 3: workshop 29

Verhogen van de effectiviteit van de jeugdzorg door goede doelstellingen en beschrijvingen

- Ronde 1: workshop 10
- Ronde 2: workshop 20
- Ronde 3: workshop 30

Posterpresentaties

1. Het voorkomen van afglijden van risicojongeren: evaluatie van het project Parachute

A. Lempers, Sociaal Wetenschappelijk Bureau West-Friesland

2. De resultaten van de Eigen Kracht Conferenties op langere termijn

L. Beenker en B. Bijl, PI Research, Duivendrecht

3. Wegloopgedrag van jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen Rentray en O.G. Heldringstichting

M.H. van Aggelen-Gerrits, O.G. Heldringstichting, Zetten

4. Onderzoek naar SPRINT (Signalering van en Preventie Interventie bij antisociaal gedrag)

E. van Leeuwen en B. Bijl, PI Research, Duivendrecht

5. Effectmeting Jeugdformaat; aantoonbaar beter

W. Reith, Stichting Jeugdformaat, Rijswijk

6. Wegen naar het rechte pad; het effect van interventies voor jeugdige delinquenten op het recidivegedrag

C. Verwers en V. den Hartogh, WODC, Den Haag

7. ZonMw's programma's voor jeugdzorg / jeugdgezondheidszorg

M. Mercx, J. Spithoven en J. Hoeksema, ZonMw, Den Haag

8. Informatie over effectiviteit op www.jeugdinterventies.nl

G. van den Berg, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht

9. Succesvol samenwerken in de zorg vraagt om het gezamenlijk implementeren van ketenprocessen

A. de Leeuw, Bureau Jeugdzorg Utrecht, P. Verboom, Stichting Timon, Zeist, Y. Meijer, Utrechtse Jeugdhulpverlening Leger des Heils en Orthopedagogisch Centrum 't Gooi (UJL/OCG), Hilversum en W. Voortman, Improject

10. Is kwaliteitszorg een algemeen werkzame factor?

U.H. Beijma, Spirit, Amsterdam

11. Follow-up Medisch Orthopedagogisch Centrum: kinderen en ouders na behandeling in de autigroep

A. de Hoog en M. Balfort, MOC 't Kabouterhuis, Amsterdam

12. Gesloten plaatsingen in retrospectief; een kwalitatieve analyse aan de hand van tien dossierstudies

B.G.J. Gunnewijk, RMPI-ziekenhuis, Barendrecht en J. Heydelberg, Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam

13. Effectiviteit van het Home-Start programma en de behoefte van risicogezinnen aan opvoedondersteuning

M. Galama en N. de Bruyn, Home-Start landelijk steunpunt

14. Familienetwerk-conferenties bij de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland

E. Berben en M. Varekamp, St. Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland

15. Nieuw zorgaanbod voor jongeren met een licht verstandelijke handicap

L. Boendermaker, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht en X. Moonen, St. Anna - Gasthof, Heel

16. Residentiële jeugdzorg in de schijnwerpers: naar een landelijk, intersectoraal professionaliseringstraject

M. Loeffen en H. Ooms, Collegio, Utrecht

17. Professionaliteit in de jeugdzorg

J.J.W. de Swart, Saxion Hogescholen, Enschede

18. Reboundvoorzieningen in het voorgezet onderwijs: een verkennende studie

T. Kuijvenhoven, LCOJ / NIZW Jeugd, Utrecht

19. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatiemogelijkheden voor deze eerste richtlijn voor de jeugdzorg

M.T. Vink, Trimbos-instituut, Utrecht

20. Evaluatie van de IMC Weekenschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurten

M. van der Veldt, PI Research, Duivendrecht en H. Terwijn, IMC Weekenschool

Plenaire lezingen

Jeugdzorg werkt! Over wat jeugdzorg doeltreffend en effectief maakt

Peter H. van der Laan, Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) en Universiteit van Amsterdam

Het imago van de jeugdzorg

Wie afgaat op berichten in de media zal niet bijster vrolijk worden van de resultaten die door de jeugdzorg worden geboekt. Een aaneenschakeling van treurige, akelige, ernstige en soms gruwelijke indidenten laat niet alleen zien welke kleinere en grotere drama's zich voordoen in het verborgene van het gezinsleven, maar ook dat de jeugdzorg niet bij machte lijkt het tij te keren. Ook al is er lang niet altijd bemoeienis geweest van de jeugdzorg met het desbetreffende gezin, de indruk van een structureel disfunctionerende jeugdzorg is snel gewekt. En als er dan eens wel bericht wordt over het grote succes van een bepaalde aanpak – denk bijvoorbeeld aan de justitiële jeugdinrichting Den Engh - , buitelen de critici vervolgens over elkaar heen om toch vooral duidelijk te maken dat de gepresenteerde cijfers waarschijnlijk niet kloppen. Kortom, het is nooit goed of het deugt niet.¹

Voor het imago van de jeugdzorg is dit niet goed. Ik weet niet of er onderzoek naar is gedaan, maar het zou me niet verbazen als het beeld dat het publiek momenteel heeft van de jeugdzorg weinig positief is en misschien wel in de buurt komt van dat van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), die sinds jaar en dag boven aan staat als het gaat om de vanwege haar functioneren meest bekritiseerde instantie.

Een slecht imago kan een bedreiging voor de werksoort vormen. Het soms grote afbreukrisico zou met zich mee kunnen brengen dat zorgaanbieders zich voornamelijk zullen richten op die situaties waar de kans op mislukking, drama of wat dan ook gering is. De gezins- en opvoedingssituaties waar de nood het hoogst, zouden dan verstoken blijven van hulp en ondersteuning. En wie wil er werken in een sector waar ogenschijnlijk slechts moeizaam resultaten te bereiken zijn en je ook nog eens de kans loopt strafrechtelijk vervolgd te worden als de zaken nog verder uit de hand lopen? Met andere woorden, is de wervingskracht van de sector voldoende om ook in de toekomst jonge mensen te doen kiezen voor een carrière in de jeugdzorg?

We zullen iets moeten doen aan het imago van de jeugdzorg. Gelukkig kan dat, en wel op twee manieren.

Uit het oog uit het hart

Allereerst zou beter zichtbaar moeten worden wat de jeugdzorg allemaal doet en dat dit anders dan de mediaberichten lijken te suggereren ook nog eens veel goeds oplevert. Ik durf de stelling aan: jeugdzorg werkt. Het valt alleen niet op, het is onvoldoende bekend. Gezinnen, jongeren, kinderen, die met een klein of groter steuntje in de rug van de jeugdzorg weer op eigen kracht verder kunnen, waar materiële en immateriële problemen zijn opgelost, die een manier van omgaan met

¹ Echt nieuw is zo'n verzuchting niet. Het voorwoord bij een themanummer over jeugdbescherming van het tijdschrift Justitiële Verkenning en in 1990 begint met dezelfde zinsnede.

elkaar hebben gevonden die niet (meer) met conflicten en met letterlijk hardhandig te lijf gaan van die conflicten gepaard gaan, verdwijnen uit beeld. Ze vallen niet meer op, we zien hen niet meer. Niet in de kranten, niet in de statistieken, niet in de administraties van de zorgaanbieders, niet in de *case-load* van hulpverleners. Uit het oog uit het hart. Goed nieuws is geen nieuws.

We kunnen dit eenvoudig illustreren aan de hand van een zeer specifieke vorm van jeugdzorg, namelijk de justitiële jeugdzorg en de jeugddriminaliteit die in dat kader wordt aangepakt. De zogenoemde veelplegersproblematiek – die zich overigens niet beperkt tot jongeren maar zich ook uitstrekt tot volwassenen - laat haarfijn zien dat er jongeren zijn die steeds weer met politie en justitie in aanraking komen vanwege strafbare feiten. Ze worden niet voor niets veelplegers genoemd, of stelselmatige daders, harde kern enzovoorts. Hoeveel het er zijn, weten we niet precies; afhankelijk van de gehanteerde definities lopen de schattingen uiteen van enkele honderden tot misschien wel twintigduizend jongeren. Wie de politieke en justitiële carrières van deze jongeren analyseert, zal vaststellen dat er een reeks van reacties en interventies is toegepast, niet zelden beginnend met een waarschuwing, gevolgd door een verwijzing naar Halt, een of meer taakstraffen en voorwaardelijke veroordelingen met jeugdreclassering en jeugddetentie. Maar wat er ook is gedaan, steeds gingen ze weer in de fout en werden ze opgepakt.

Het ligt dan voor de hand dat hieruit wordt geconcludeerd dat veelstrafrechtelijke interventies en de justitiële jeugdzorg niet zo heel erg effectief zijn. Onderzoeken naar de uitkomsten – *reëdivie* - van specifieke strafrechtelijke interventies helpen ook al niet, want die laten soms verontrustend hoge *reëdivie*percentages zien.

Tegelijkertijd laat onderzoek naar veelplegers *niet* zien dat er ook jongeren zijn die het na een waarschuwing door de politie, een Halt-verwijzing of andere strafrechtelijke reactie wél voor gezien houden. Jaarlijks komen er meer dan 50.000 jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar in aanraking met de politie. We weten dankzij de *Monitor jeugd terecht 2005*² dat van de jongeren tegen wie in 2004 proces-verbaal is opgemaakt en niet naar Halt zijn gestuurd, ongeveer 4% als veelpleger is aan te merken; tegen hen zijn meer dan vijf eerdere processen-verbaal opgemaakt. Ook weten we dat tweederde van hen voor het eerst met de politie in aanraking is gekomen (*first-offenders*). Maar we weten niet hoeveel van hen *first-offenders* blijven! We weten evenmin hoeveel jongeren die een politiestandje hebben gekregen of naar Halt zijn gestuurd vervolgens uit beeld verdwijnen. Dat is te betreuren. Niet omdat we hen zo graag terug zien bij politie en justitie, maar juist omdat dit ongetwijfeld grote aantal jongeren dat niet stelselmatig *reëdivieert* en dus geen veelpleger wordt, ons minstens evenveel kan vertellen over zinnen en onzin van strafrechtelijk interveniëren als de veelplegers doen. Het leert ons ook dat we ons beeld van de effectiviteit van verschillende vormen van strafrechtelijk ingrijpen niet (uitsluitend) moeten vormen door mislukkingen (veelplegers), maar door de succesverhalen; dat wil zeggen door de jongeren die we niet meer terug zien. Voorwaarde is dat we dit bijhouden; dat we blijven nagaan hoe het jongeren vergaat sinds hun eerste en wellicht enige politiecontact.

² Zie Blom, Van der Laan & Huijbregts (2005).

Hetzelfde geldt voor de jeugdzorg in brede zin. We kunnen aangeven hoeveel jongeren en gezinnen een beroep doen op de jeugdzorg, we weten van alles over wachtlijsten, we horen over ernstige incidenten, zelfs de tevredenheid van cliënten wordt steeds vaker gemeten, maar weten we ook hoeveel kinderen, jongeren en gezinnen adequaat geholpen zijn door de jeugdzorg? Dat zijn er ongetwijfeld heel veel, maar hoeveel en op welke wijze zij zijn geholpen weten we niet.

Inzicht in het grote aantal kinderen, jongeren en gezinnen dat om goede redenen uit beeld is verdwenen en geen nieuw beroep heeft gedaan op de jeugdzorg, draagt bij aan een correct(er) beeld van de jeugdzorg. Zulk inzicht kan evenwel alleen verworven worden bij de gratie van goede registratie, *monitoring* en veelomvattend onderzoek.

Van eigen verantwoordelijkheid naar erkenning of accreditatie

Een pleidooi voor registratie, *monitoring* en voortdurend onderzoek in de jeugdzorg, zal sommige mensen wellicht opportunistisch in de oren klinken, zeker als dit vooral bedoeld is om de jeugdzorg van haar imagoprobleem af te helpen en in een moeite door een niet onaanzienlijk aantal onderzoekers aan het werk houdt. Door echter niet alleen te kijken naar wat er fout gaat in de jeugdzorg, maar ook naar wat er goed gaat, kunnen we inzicht krijgen in hetgeen ons handelen al dan niet zinvol en effectief maakt. Door vervolgens in het werk - en niet te vergeten in de opleiding van toekomstige jeugdzorgwerkers - nog meer gebruik te maken van de zo verkregen inzichten in de onderliggende werkzame principes of factoren, zal de jeugdzorg daadwerkelijk effectiever worden. Hiermee hebben we niet alleen een tweede manier om het aangetaste imago van de jeugdzorg op te poetsen, maar het kan op termijn ook nog een ander belangrijk doel dienen.

Het lijkt geen twijfel dat alle betrokkenen in de jeugdzorg streven naar een kwalitatief goede en effectieve jeugdzorg. De meesten onder ons voelen daartoe een duidelijke morele plicht. Maar in zekere zin is het een vrijblijvende aangelegenheid. We kennen in de jeugdzorg wel een inspanningsverplichting, maar geen resultaatsverplichting. Althans, van de zijde van de overheid wordt zo'n verplichting (nog) niet gesteld. Natuurlijk willen we zelf resultaten boeken, maar als die uitblijven is het bij wijze van spreken vervelend voor de cliënt en ook voor onszelf als er negatief over gepubliceerd wordt, maar consequenties in de vorm van de geldkraan dichtdraaien, onder curatele plaatsen, licenties ontnemen of wat dan ook, zijn er uitzonderingen daargelaten vooralsnog niet.

Deze situatie gaat evenwel veranderen, en niet pas over een tijd, maar al vrij snel. Aan de vrijblijvendheid komt een einde. De jeugdzorg moet laten zien wat het doet en wat het oplevert, hoe effectief het is. De jeugdzorg gaat daar op beoordeeld worden en de financiering zal daar ten minste voor een deel van afhankelijk worden gesteld. Voor de justitiële jeugdzorg is dat al in gang gezet met de installatie in augustus 2005 van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.³ Deze commissie gaat de komende jaren alle gedragsinterventies – voor strafrechtelijk minderjarigen én

³ Sinds begin januari 2005 is de Landelijke Programmacommissie (LIPC) actief. De LPC adviseert de Raad voor de Kinderbescherming over de te verwachten effectiviteit van Leerstraffen. De Raad hanteert deze adviezen bij de verdere ontwikkeling (kwaliteitsverbetering) van leerstraffen en bij de jaarlijkse 'inkoop' van leerstraffen.

meerderjarigen – beoordelen op hun effectiviteit. De minister van Justitie heeft bij de installatie van de commissie aangegeven dat over drie tot vijf jaar alleen nog door de commissie erkende interventies zullen worden gefinancierd. Van erkende interventies wordt aangenomen dat zij effectief zijn; effectief in het tegengaan of terugdringen van recidive. Geen erkenning betekent geen financiering en vrijwel zeker dus ook niet langer toepassing.

De niet-justitiële jeugdzorg mag rekenen op een soortgelijke ontwikkeling. Zowel het Ministerie van VWS als het IPO zijn hiermee al enige tijd bezig. VWS heeft onlangs nog opdracht gegeven te inventariseren wat er in andere landen aan ontwikkelingen zijn op het gebied van aan effectiviteit gekoppelde certificering, accreditatie of erkenning van programma's, interventies en organisaties. Ook het IPO heeft bekend gemaakt dat effectiviteit van jeugdzorg een criterium zal worden voor financiering van zorgaanbieders.⁴ Effectieve jeugdzorg is straks niet meer uitsluitend een kwestie van eigen verantwoordelijkheid van de jeugdzorginstellingen; men zal er formeel op beoordeeld gaan worden. Een eerste begin is de Databank Effectieve Interventies, zoals die door het NIZW is ontwikkeld. Opname in de databank is in feite ook al een vorm van erkenning; interventies worden niet zomaar opgenomen in de databank; zij moeten aan bepaalde criteria voldoen. Vooralsnog is opname in de databank vrijwillig, maar het feit dat het ZonMw-programma 'Effectieve jeugdzorg' streeft naar opname in de databank van de in het kader van de onderzoekssubsidie te onderzoeken interventies bij gezinnen met jonge kinderen, duidt op toenemende verplichting. Een dreigend perspectief wellicht, maar er kan aan tegemoet worden gekomen als we in de jeugdzorg gebruik maken van de inzichten in werkzame factoren.

Werkzame factoren

De afgelopen decennia is er steeds meer onderzoek gedaan naar de effectiviteit van allerlei interventies, programma's en behandelmethoden, in het buitenland maar ook in ons land. Mede dankzij het feit dat evaluatieonderzoek steeds vaker als voorwaarde wordt gesteld bij de verlening van subsidies, heeft het evaluatieonderzoek een enorme groei doorgemaakt. Een kwantitatieve groei, maar ook een kwalitatieve groei. Hoewel er nog steeds evaluaties worden uitgevoerd die vanwege hun onderzoeksopzet of de context waarin de interventie is toegepast nauwelijks ruimte laten voor het doen van uitspraken en het trekken van conclusies over de effectiviteit van het desbetreffende programma⁵, is er veel vooruitgang geboekt. In het bijzonder de ontwikkelingen op het gebied van meta-analyse, meta-evaluatie en systematische overzichtsstudies (*systematic reviews*)⁶ hebben het mogelijk gemaakt om uit de geweldige hoeveelheid informatie over succesvolle en minder succesvolle interventies van velerlei aard een aantal werkzame factoren te destilleren.

Op de website van de Databank Effectieve Interventies van NIZW Jeugd staan zulke werkzame factoren of 'Wat werkt'-principes voor een aantal jeugdzorgsectoren⁷

⁴ Criteria die het IPO daarbij wil hanteren zijn doelrealisatie, cliënttevredenheid en autonomie van de cliënt na afloop van het jeugdzorgtraject.

⁵ Zie Van der Laan (2001), maar ook de bijdrage van Van Yperen aan het Jeugdzorgcongres van vorig jaar, waarin hij wijst op een aantal aspecten die de validiteit van allerlei bevindingen bedreigen.

⁶ Vgl. Welsh & Farrington (2006)

⁷ Ontwikkelingsstimulering, preventie, jeugdzorg, crisisinterventie, gezinsvoogdij en sancties.

opgesomd. In bewoordingen verschillen zij van aandachtsgebied tot aandachtsgebied, maar zij vertonen niettemin veel overeenkomsten met elkaar. Bovendien – en dat is met het oog op toekomstige erkenningsregelingen niet onbelangrijk – vertonen zij veel gelijkens met de criteria die worden gehanteerd door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie bij de beoordeling van justitiële interventies, de zogenoemde Kwaliteitscriteria.⁸ Gesteld dat ook voor de (vrijwillige) jeugdzorg erkenningsregelingen worden ontwikkeld, dan mag worden aangenomen dat soortgelijke werkzame factoren als criteria of beoordelingsformat zullen gaan gelden. In dit verband is het nuttig onderscheid te maken naar algemene en specifieke werkzame factoren, waarbij de laatste categorie geldt voor bepaalde typen behandelingen en/of bepaalde doelgroepen.⁹

In het navolgende bespreken we de bekendste algemene factoren, zoals die zijn ontleend aan meta-analyses en de klinische praktijk. Sommige hebben betrekking op of sluiten aan bij de cliënten en de oorzaken en achtergronden van hun problemen of probleemgedrag. Andere daarentegen betreffen de behandeling en de toe te passen methodieken. Weer andere hebben vooral van doen met de wijze van uitvoering en de medewerkers en organisaties die daarvoor verantwoordelijk zijn. Dit onderscheid in focus neemt niet weg dat algemeen werkzame factoren onderling gerelateerd zijn. De ene werkzame factor kan niet los gezien worden van de ander. En een werkzame factor kan nog zo goed zijn uitgewerkt, er wordt misschien optimaal aan voldaan, de resultaten van de interventie kunnen niettemin tegenvallen als andere werkzame factoren niet uit de verf zijn gekomen.

We onderscheiden de volgende factoren of beginselen: 1) vragen en behoeften, 2) risico, 3) responsiviteit en relatie, 4) behandelmodaliteit, 5) programma-integriteit en 6) professionaliteit. Deze algemene factoren kunnen al naar gelang de specifieke omstandigheden of doelgroep verder worden uitgewerkt.

Veel van wat hierna over werkzame factoren wordt opgemerkt, is ontleend aan de justitiële (jeugd)zorg. De reden hiervoor is tweëerlei. Min of meer in antwoord op reeksen teleurstellende berichten over de effectiviteit van justitieel ingrijpen, zijn er de afgelopen decennia veel nieuwe interventiemethoden ontwikkeld en is er zeer veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van justitiële interventies. Bovendien wordt voor deze interventies een relatief simpele uitkomstmaat gehanteerd: recidive. Interventies kunnen veel meer teweeg brengen, maar vanuit justitieel perspectief is het gelegitimeerd om uitsluitend naar recidive te kijken. Gunstige bijkomstigheid is dat officiële, dat wil zeggen geregistreerd recidive ook nog eens relatief eenvoudig te achterhalen is. Voor jeugdzorg in brede zin voldoet recidive niet als uitkomstmaat. Jeugdzorg mikt op verbetering, vooruitgang in andere, vaak complexe en veelomvattende situaties, met als gevolg diverse, samenhangende uitkomstmaten.

Vragen en behoeften

Het vraag- of behoeftebeginsel is de meest voor de hand liggende algemene werkzame factor, omdat het gaat om de reden of aanleiding voor de bemoeienis van de jeugdzorg. Het impliceert dat interventies zich moeten richten op die kenmerken,

⁸ Zie het rapport *Gedragsinterventies* (2005).

⁹ Vgl Van Yperen (2001).

eigenschappen, gebeurtenissen enz. die de probleemsituatie hebben veroorzaakt en/of in stand houden. Er moet worden uitgezocht wat er precies aan de hand is, hoe dat zo is gekomen en waaraan gewerkt kan worden om de ongewenste (probleem)situatie te (helpen) veranderen en weer perspectief aan te brengen. Daarmee raakt dit beginsel de kern van het werk van de jeugdzorg.

Bij de analyse en diagnostiek van probleemsituaties en probleemgedrag zijn we tegenwoordig minder geneigd te spreken in termen van oorzaken en achtergronden, maar geven de voorkeur aan risicofactoren. En in het verlengde daarvan ook aan zogenoemde protectieve of beschermende factoren. Het gaat niet om simpele, éénduidige en directe oorzaak-gevolg relaties, maar om factoren die de *kans* op problemen, ontsporing vergroten dan wel beperken. Risico- en beschermende factoren betreffen de persoon van het kind, de jongere, het gezinslid, maar ook hun bezigheden, hun sociale omgeving en leefsituatie. Doorgaans onderscheiden we de volgende domeinen: de individuele persoon, het gezin, de school, de vriendenkring en de omgeving.

Effectieve jeugdzorg doet hier wat aan; het neemt risicofactoren weg of vermindert hun invloed en het maakt zo mogelijk gebruik van of versterkt de aanwezige beschermende factoren.

Hierbij dient een aantal kanttekeningen te worden geplaatst. Kinderen, jongeren en gezinnen die zich wenden tot de jeugdzorg of daarnaar worden verwezen, worden doorgaans geconfronteerd met een reeks van risicofactoren, maar niet iedere risicofactor is ook daadwerkelijk gerelateerd aan de concrete probleemsituatie. Dat betekent dat als men er in slaagt iets te doen aan zo'n risicofactor (wegnemen, bijsturen of wat dan ook), daarmee niet is gezegd dat dit ook doorwerkt in de probleemsituatie die aanleiding was voor het contact met de jeugdzorg. In het geval van delinquent gedrag weten we bijvoorbeeld dat antisociale houdingen en opvattingen of omgang met delinquente vrienden risicofactoren zijn, die samenhangen met het criminele gedrag. Iets doen aan die risicofactoren zal daarom kunnen bijdragen aan het tegengaan van delinquent gedrag. Andere risicofactoren zoals angstgevoelens of gering gevoel van eigenwaarde zijn daarentegen niet als zogenoemde criminogene risicofactoren op te vatten. Er is wel wat te doen aan zulke risicofactoren en dat kan voor de betrokken jongere ook prettig zijn, maar het doet de kans op crimineel gedrag niet kleiner worden (en misschien zelfs wel groter).

Een andere complicatie is dat risicofactoren niet allemaal of altijd daadwerkelijk beïnvloedbaar of veranderbaar zijn. De kans op ernstig (delinquent) probleemgedrag is groter bij jongens dan bij meisjes. Dat maakt het mannelijk geslacht tot een sterke – misschien wel de sterkste - risicofactor, maar tegelijk een die moeilijk te beïnvloeden is. Zoiets geldt ook voor belangrijke, onomkeerbare gebeurtenissen in het leven zoals het overlijden van een ouder of een andere naaste. Een andere risicofactor die een relatief sterk verband vertoont met (later) probleemgedrag is inadequaaf of hardhandig opvoedgedrag van de ouders bij jonge kinderen. Opvoedgedrag is weliswaar beïnvloedbaar, bijvoorbeeld door het aanbieden van opvoedingsondersteuning, en uit oogpunt van preventie nastrevenswaardig, maar in een concrete probleemsituatie met al oudere kinderen (adolescenten) niet zo erg zinvol (meer).

Sommige risicofactoren zijn nauw verbonden aan of speelden zich primair af in een eerdere levensfase; daardoor zijn ze niet minder relevant als risicofactor, maar zijn niet goed meer te beïnvloeden of hebben hun directe *impact* enigszins verloren. Een gunstige omstandigheid is dat niet alle risicofactoren complex en veelomvattend van karakter zijn. Sommige zijn relatief simpel en bieden concrete aanknopingspunten voor actie (te denken valt aan zaken als schuldsanering, reactiveren van het eigen sociale netwerk, dagbesteding en dergelijke).

Het gegeven dat er zelden sprake is van slechts één risicofactor in een enkel domein (individu, gezin enz.), maar doorgaans een veelheid van risicofactoren, impliceert dat de ondersteuning, begeleiding en hulpverlening zich moeten richten op *alle* relevante en beïnvloedbare risicofactoren. Het verwaarlozen of negeren van bepaalde risicofactoren beperkt de mogelijke uitkomsten. Het vereist voortseen goede inschatting niet alleen van risicofactoren, maar ook van aanwezige en aan te spreken (te benutten) beschermende factoren. De combinaties van risicofactoren en beschermende factoren verschillen van individu tot individu, van gezin tot gezin, en vergen van zelfsprekend ook individuele, gedifferentieerde aanpakken en activiteiten.

Onze kennis van risicofactoren en in mindere mate ook van beschermende factoren is de afgelopen tien tot vijftien jaar sterk gegroeid.¹⁰ Meer recent wordt steeds duidelijker dat beschermende factoren niet eenvoudigweg het omgekeerde zijn of de positieve kant vormen van risicofactoren.¹¹ Zo lijkt gering ouderlijk toezicht niet zozeer een risicofactor voor probleemgedrag te zijn, maar is daadwerkelijk ouderlijk toezicht wél een actieve 'beschermende' factor. Deze groeiende kennis over risicofactoren en beschermende factoren zorgt er voor dat aan 'vragen en behoeften' als algemeen werkzame factor veel aanknopingspunten voor effectief interveniëren en begeleiden kunnen worden ontleend.

Risico

Het risicoprincipe betreft de aard en vooral de ernst van de situatie en de kans (risico) dat de problematische situatie (bijvoorbeeld probleemgedrag) zich zal voortzetten of herhaling. Dat risico is geen statische aangelegenheid; het is niet voor iedereen, voor ieder gezin of in alle gevallen gelijk. Het is wel belangrijk dat wordt nagegaan hoe groot dat risico precies is, omdat een groter of kleiner risico grotere of geringere inspanningen vereisen. Gesteld kan worden dat de afstemming van de hoeveelheid of intensiteit (dosering) van de geboden zorg op de ernst van de probleemsituatie in termen van risico nauw luistert. Een overdosis aan hulp en steun kan averechts werken, zoals ook te weinig zorg onvoldoende zoden aan de dijk zal zetten.

De implicaties van het risicobeginsel zijn velerlei. Toepassing van het risicobeginsel veronderstelt de beschikbaarheid van een grote variëteit aan interventies (programma's, projecten, activiteiten) en variabiliteit of flexibiliteit in intensiteit van de interventie. Maar bovenal vereist het een betrouwbare en valide inschatting van de aanwezige risicofactoren en beschermende factoren (zie hiervoor) en van het risico dat de problematische situatie zal voortduren of ongewenste gedragingen en gebeurtenissen zich zullen herhalen.

¹⁰ Vgl. Hawkins e.a. (1998) en Farrington (2003).

¹¹ Vgl. Loeber e.a. (in press).

Voor de inschatting van risico zijn instrumenten of methoden nodig. Voor het bepalen van risicofactoren en het suggereren van daarbij passende zorg (interventies) kan gedacht worden aan de in Engeland ontwikkelde methode *Matching Needs and Services*¹², die als belangrijk pluspunt heeft dat deze uitgaat van de vragen en behoeften (*needs*) van de cliënten en die cliënten ook daadwerkelijk kan inschakelen bij de procedure. Wat er gaat (moet) gebeuren, wordt niet bepaald door wat er aan voorzieningen aanwezig is, maar door wat betrokkenen nodig achten.

Het inschatten van het risico van herhaling is ingewikkelder en lijkt minder ver ontwikkeld. In de justitiële zorg wordt veel geïnvesteerd in instrumenten die het risicogevaar moeten inschatten, maar het laatste woord is hierover nog niet gezegd. Een deel van de discussie spitst zich toe op de vraag of volstaan kan worden met actuaireel tot stand gekomen inschattingcriteria - dat wil zeggen criteria op basis van bestuderen van statistieken en het enigszins arbitrair vaststellen van risiconormen (*thresholds*) -, of dat er ook een klinisch oordeel van behandelaars aan te pas dien te komen. Buitenlandse en in Nederland ontwikkelde instrumenten moeten meestal nog voor Nederland worden gevalideerd.

Zoals gezegd luistert de *match* tussen mate van risico en intensiteit van de zorg tamelijk nauw. In sommige sectoren is een intensieve benadering makkelijker te realiseren of wordt het achterwege laten van intensief ingrijpen makkelijker getolereerd dan in andere. Langdurige, intensieve behandeling en uithuisplaatsing kunnen bij wijze van spreken worden gearrangeerd in vrijwillig of civielrechtelijk kader, omdat de gesignaleerde problematiek daar aanleiding toe geeft. In een strafrechtelijke context daarentegen, waar een concreet strafbaar feit aanleiding vormt tot ingrijpen, speelt het juridische beginsel proportionaliteit een prominente rol. Een lange gedragsbeïnvloedende straf kan niet zomaar worden opgelegd bij een gering strafbaar feit zelfs al is de kans op herhaling groot. Het omgekeerde geldt ook. Bij een zeer ernstig delict kan een strafrechtelijke interventie niet zomaar achterwege blijven, omdat de kans op herhaling nihil wordt geacht. Hierbij dient ook betrokken te worden het gegeven dat gesteld wordt dat, wil het effectief zijn, intensief interveniëren in een justitiële context zorg veronderstelt dat de activiteiten beslag leggen op 40 tot 70% van iemands tijd gedurende drie tot negen maanden. In de residentiële jeugdzorg is dat wellicht haalbare kaart, maar ambulante is dat minder gemakkelijk te bewerkstelligen. Overigens moet worden geconstateerd dat op het gebied van risico-inschatting veel gaande is en onze kennis en mogelijkheden de komende jaren ongetwijfeld snel zullen toenemen. Minder ontwikkeld is het bepalen van de juiste dosis hulp of begeleiding (wanneer is zorg intensief en welke intensiteit geeft de beste resultaten te zien?); er lijkt nog veel gokwerk aan te pas te komen.¹³

Responsiviteit en relatie

Zijn de voorgaande twee algemeen werkzame factoren nadrukkelijk verbonden aan de achtergronden en kenmerken van de cliënten, de voorwaarde 'responsiviteit en relatie' stelt ook eisen aan de uitvoerder van een interventie. Interventies, begeleidingsvormen, programma's doen het beter als zij uitgaan van en rekening houden met de intellectuele en sociale mogelijkheden en onmogelijkheden van de

¹² Vgl. Boendermaker, Eijgenraam & Geurts (2004).

¹³ Zie voor een uitzondering hierop in de justitiële sector: Lowenkamp, Latessa & Holsinger (2006).

cliënt. Soms is een sterk sturende aanpak aangewezen, soms een meer open, reactieve aanpak. Simpel gesteld, niet elke methode is geschikt voor elk probleem en ook niet voor elke cliënt. Bovendien moeten wél geschikte programma's op inhoud en op wijze van uitvoering kunnen worden aangepast aan individuele wensen en eisen. Zulke aanpassingen betreffen zowel concrete activiteiten als houdingen en werkstijlen. Dit alles vergt flexibiliteit (responsiviteit) van de uitvoerder. Die moet enerzijds het *format* van de aanpak in 'de vingers' hebben, maar tegelijkertijd kunnen vaststellen of de gekozen werkwijze wel haalbaar is, wel aanslaat bij de cliënt, én in staat zijn zonnodig aanpassingen aan te brengen en te variëren, zodat optimaal resultaat kan worden behaald. Uitvoerders moeten niet alleen kennis hebben van bepaalde programma's of bepaalde methodieken, zij moeten zich er ook vertrouwd mee voelen; het prettig vinden deze toe te passen of uit te voeren. Niet iedere hulpverlener voelt zich thuis bij een sterk sturende aanpak of juist een afwachtende.

Bij dit alles is vanzelfsprekend de relatie tussen cliënt en hulpverlener of uitvoerder belangrijk. Persoonlijkheden of karakters van cliënt en uitvoerder zouden niet al teveel van elkaar mogen verschillen; zij moeten niet zodanig botsen dat men aan het eigenlijke werk niet toekomt. Een minimale vorm van *matching* is verstandig. De ervaring van bijvoorbeeld gezinnen dat zij met de ene gezinsvoogd veel beter overweg kunnen dan met een ander, moet serieus worden genomen, omdat een minder goede relatie de uiteindelijke resultaten kunnen ondermijnen.¹⁴ In overzichten van werkzame factoren wordt in dit verband vaak gewezen op het belang van het hebben van een goede relatie met de cliënt. Dat klopt, maar vereist ook enige toelichting: wat wordt precies bedoeld met een goede relatie? Het gaat hierbij niet zozeer om een soort vriendschapsrelatie, waarbij de cliënt het volste vertrouwen heeft in de hulpverlener en andersom, zij alle zorgen en vragen met elkaar willen delen en waarin zich geen misverstanden, meningsverschillen en dergelijke zouden mogen voordoen. Het gaat veeleer om een zakelijke, professionele – en ook eindige – verhouding, waarbij direct vanaf het begin duidelijk wordt gesteld waarom men met elkaar contact heeft, wat men wil bereiken, hoe men dat wil bereiken en als het even kan ook wanneer men dat wil bereiken (zie ook hierna professionaliteit als algemene werkzame factor). Respect voor het kind, de jongere of het gezin is op zijn plaats, maar dit is niet hetzelfde als onvoorwaardelijk begrip voor en acceptatie van alles wat de cliënt denkt of doet. Zeker als het gaat om antisociaal gedrag of 'beschadigend' opvoeden, is morele afwijzing op zijn plaats. Zulke zaken niet afwijzen kan gemakkelijk worden opgevat als acceptatie of bevestiging en daarmee wellicht eerder stimulerend dan remmend werken. Overigens, alleen afwijzen is niet voldoende. Het moet gebeuren in combinatie met het aanbieden van alternatieven voor het ongewenste gedrag; er moet een constructieve component aan gekoppeld worden.

Het hebben van een goede relatie moet ook niet verward worden met de voorwaarde dat de cliënt zonder meer gemotiveerd moet zijn voor de hulp. Met name in de justitiële jeugdzorg zitten kinderen, jongeren en gezinnen lang niet altijd te wachten op de aan hen opgelegde hulp. De gezinsvoogd of medewerker van de jeugdreclassering wordt niet met open armen ontvangen en de (eerste) gang naar de (justitiële) jeugdinrichting is er niet een vol van opgewekte verwachtingen. Uiteraard

¹⁴ Vgl. Slot e. a. (2002).

moet wel rekening worden gehouden met zo'n gebrek aan motivatie aan de kant van de cliënt en zal er een minimaal niveau van motivatie moeten worden bewerkstelligd. Duncan wijst in dit verband op het grote belang van de *therapeutic alliance*, die een zeker vertrouwen veronderstelt tussen cliënt en hulpverlener en ook dat uitgegaan wordt van de wensen en mogelijkheden van de cliënt.¹⁵ Maar ook deze *therapeutic alliance* moet verworven worden; die is er niet zomaar bij de start van de hulpverleningsrelatie.

Behandelmodaliteit

Behandelmodaliteit is een werkzame factor, die nauw aansluit bij de eerdere factoren 'vragen en behoeften' en 'risico', maar vooral betrekking heeft op de invulling van de zorg, het programma of de interventie. Rekening houdend met behandelmodaliteit houdt in dat jeugdzorg zich richt op de veelheid van relevante en beïnvloedbare risicofactoren die zijn vastgesteld en niet slechts op één enkele. Ook worden als het even kan beschermende factoren aangeboord en versterkt. Er moeten voorwaarden worden gecreëerd, zodat bijvoorbeeld een sociaal netwerk dat een evident negatieve invloed heeft op kind of jongere, of op de situatie van het gezin, wordt buitengesloten en dat daarvoor in de plaats een prosociaal, ondersteunend netwerk komt. Ook als er sprake is van opgelegde, justitiële hulp, zullen de cliënten, uiteraard ondersteund door de jeugdzorg, er zelf uit moeten komen, of in ieder geval in staat moeten worden gesteld op termijn op eigen kracht verder te kunnen.

Het beginsel behandelmodaliteit heeft ook betrekking op de specifieke methoden en technieken die worden ingezet in de jeugdzorg. Die moeten uiteraard effectief zijn, zich bewezen hebben in eerdere, soortgelijke situaties. De keuze voor bepaalde methoden moet daarnaast zijn ingegeven door de inschatting wat de cliënt kan en wil (responsiviteit), maar ook passen bij de aard van de op te lossen problematiek. Het is zeer wel denkbaar dat in een veelopvallende problematische situatie, waarbij een reeks van risicofactoren kan worden vastgesteld in verschillende domeinen, de jeugdzorg aan het werk gaat met de kinderen of jongeren, maar ook met de ouders, het sociaal netwerk, de omgeving enz. Het ligt voor de hand dat niet met iedere doelgroep op dezelfde wijze te werk kan worden gegaan. Om die reden wordt behandelmodaliteit vaak in een adem genoemd met *multi-modaal* werken: verschillende methoden bij verschillende doelgroepen en/of problemen.

Bij de aanpak van bepaalde gedragsproblemen als criminaliteit mag het meeste worden verwacht van het leren van sociale vaardigheden. Problemen oplossen, een sociale omgang met anderen bewerkstelligen, maar ook inzicht in hoe eigen gedrag tot stand komt en hoe je dat zelf kunt beïnvloeden, zijn beproefde methoden. Toepassing van cognitieve en gedragsgeoriënteerde methoden met het accent op belonen leidt tot het goede resultaten. Mensen moeten hun eigen gedrag en hoe dat tot stand komt begrijpen. Behandelmodaliteit als algemeen werkzame factor stelt voorts dat het gewenste, prosociale gedrag daadwerkelijk geïmplementeerd moet worden, zodat het ook stand houdt in lastige of bedreigende situaties. Belonen (positieve bekrachtiging) speelt daarbij een belangrijke rol. De kans op succes wordt bij belonen op vier keer zo groot geschat als bij straffen. Een niet-directieve benadering levert

¹⁵ Duncan (2006).

daarentegen veel minder op. Overigens zij nogmaals herhaald, dat de keuze voor een interventiemethode in de eerste plaats moet zijn ingegeven door de aard van de problematiek en de precieze rol van risicofactoren en beschermende factoren. Veel (onderzoeks)bewijs voor de effectiviteit van methodieken is er niet. Met name naar de cognitieve gedragsbenaderingen is veel onderzoek gedaan, maar andere behandelmethoden en -technieken komen er bekaaid af. Meer onderzoek is zeker nodig.

Programma-integriteit

Het beginsel van programma-integriteit heeft net als behandelmodaliteit primair betrekking op de opzet, uitwerking en uitvoering van een interventie. Er kunnen twee aspecten worden onderscheiden: 1) theoretische onderbouwing en 2) daadwerkelijke en correcte uitvoering van programmaonderdelen.

Effectieve(re) interventies kunnen bogen op een theoretische basis; zij zijn theoriegestuurd. Effectieve jeugdzorg is gebaseerd op theorieën die het desbetreffende probleemgedrag of de probleemsituatie interpreteren en verklaren. Een theorie die helder en valide inzicht geeft in achtergronden en oorzaken, in risicofactoren en beschermende factoren zo men wil. Alleen als men goed weet hoe en waarom probleemsituaties zo in elkaar steken, kan men daaraan aanknopingspunten voor hulpverlening en voor de wijze van interveniëren ontleen. Daarbij gaat het niet om zomaar theorieën met een hoog speculatief gehalte, maar bij voorkeur om degelijk getoetste, empirisch gefundeerde inzichten en verklaringen. Zulke verklarende theorieën geven antwoord op vragen als 'waar komt deze probleemsituatie of dit probleemgedrag vandaan?' en 'wat heeft geleid tot deze probleemsituatie of dit probleemgedrag?'

Naast dergelijke verklarende theorieën zijn er gedegen handelingstheorieën nodig. Handelingstheorieën bieden ons inzicht in de vraag waarom hetgeen we doen – de zorg, de interventie – zin heeft bij de aanpak van deze problematiek. Zij moeten aannemelijk maken waarom een methodiek zal 'werken', en richting geven aan de keuze van een aanpak. Voor de handelingstheorieën geldt evenzeer dat zij niet zomaar bedacht zijn, maar empirisch getoetst en gefundeerd. Alleen dan kunnen we vertrouwen hebben in hun zeggingskracht. Uiteindelijk helpen de verklarende en de handelingstheorieën tezamen ons te bepalen en ook te verantwoorden wat er in een bepaalde probleemsituatie precies aan de hand is, waarom dat zo is of hoe dat komt en waarom de gekozen begeleidings- of interventievorm in deze omstandigheden het best passende, meest veelbelovende antwoord is.

Zorgprogramma's en interventies die niet theoriegestuurd zijn, maar zijn gebaseerd op toevallige persoonlijke impressies en individuele, nauwelijks controleerbare intuïtie, lopen een gerede kans zich te richten op die vragen en behoeften die nu juist niet direct gerelateerd zijn aan de probleemsituatie, of gebruik te maken van niet-werkzame methodieken. Het gevolg is dat er geen of onvoldoende verandering optreedt in probleemsituatie, of deze misschien zelfs doet verslechteren. Uit een onderzoek naar de theorieën waaraan interventieprogramma's refereren ter verklaring van delinquent gedrag, en waaraan de behandelaars de variabelen ontleen die zij in de behandeling gaan aanpakken, kwamen maar liefst zestien

verschillende theorieën naar voren, die geen enkele aanspraak kunnen maken op empirische toetsing of ondersteuning.¹⁶ Het zijn niet meer dan 'natte vingertheorieën', die op geen enkele manier richting kunnen geven aan de interventie en hoogstwaarschijnlijk ook niet leiden tot goede resultaten. Wellicht gaat het te ver om alle niet getoetste theorieën van tafel vegen, maar de vele aanzetten voor verklarende theorieën en handelingstheorieën zullen wel op hun wetenschappelijke gehalte moeten worden getoetst alvorens zij kunnen fungeren als theoretisch kader voor interventies.

Behalve het theorieaspect houdt programma-integriteit ook in dat alle voorgenomen onderdelen van een programma daadwerkelijk en correct volgens de uitgangspunten en richtlijnen worden uitgevoerd.¹⁷ Idealiter is grond van theoretische overwegingen een plan van aanpak gemaakt met bijbehorende onderdelen, stappen en activiteiten. Van alle geplande elementen mag worden aangenomen dat zij bijdragen aan de aanpak van het probleem en verbetering van de situatie. De theoretische fundering staat hiervoor garant. Dat betekent ook dat niet zomaar onderdelen van het de aanpak achterwege gelaten kunnen worden. Dat ondermijnt het uiteindelijke succes van de aanpak. Tenzij op grond van het responsiviteitsbeginsel de uitvoerder het verstandig acht om, gezien de mensen om wie het gaat en/of de omstandigheden waaronder een en ander plaatsvindt, de aanpak te wijzigen en onderdelen toe te voegen of te laten vallen, is alertheid op volledige uitvoering op zijn plaats. Volledige en correcte uitvoering houdt bovendien in dat de uitvoerder werkt volgens de voorgeschreven wijze en methodiek.

Professionaliteit

De laatste algemeen werkzame factor die we hier bespreken is professionaliteit. Meer dan de andere werkzame factoren heeft deze betrekking op degene die begeleidt of de interventie uitvoert, en op de organisatie (zorgaanbieder) waarvan de uitvoerder deel uitmaakt. Enigszins denigrerend gesteld is de uitvoerder, de werker misschien wel het belangrijkste instrument in de jeugdzorg. De werkers dragen nadrukkelijk bij aan de uitkomsten en effectiviteit van de interventie. Dat stelt eisen aan hen. De kwaliteit van hun werk is van groot belang; zij moeten professioneel te werk gaan. Professioneel werken houdt allereerst in dat zij goed worden opgeleid. Dat zij relevante vaardigheden aangereikt en getraind krijgen en dat zij weten wat hun eigen en sterke punten zijn. En als zij dan eenmaal aan de slag gaan, moeten er voldoende faciliteiten zijn om goede zorg te verlenen, moeten zij blijvend ondersteund worden door middel van supervisie en intervisie, moeten zij hun kennis en kundigheid kunnen onderhouden en aanvullen. Zij moeten de interventiemethode en -technieken in de vingers hebben en correct kunnen uitvoeren, maar ook de flexibiliteit hebben om programma's desgewenst verantwoord en weloverwogen aan te passen (responsiviteit). Zij hebben ook kennis van de onderliggende theoretische fundering en moeten die kunnen onderschrijven; zij moeten begrijpen waarom zij op deze wijze werken bij deze vorm van problematiek. Werken met kinderen, jongeren en gezinnen in een vrijwillig kader stelt andere eisen aan de werker dan begeleiden en sturen in gedwongen kader. Voor impulsief of volledig intuïtief werken is geen plaats.

¹⁶ Vgl. Latessa, Cullen & Gendreau (2002).

¹⁷ Vgl. Lowenkamp & Latessa (2004).

Een goede jeugdzorgwerker ben je niet zomaar. Het is ook niet een kwestie van toevallig aangeboren, al dan niet vage eigenschappen en karaktertrekken. Persoonlijkheid speelt een rol, maar daarnaast ook vaardigheden, kennis, kunde, houding en attitude; zaken die bij te brengen en te trainen zijn.

Verrassend zijn de eisen die aan professionele werkers worden gesteld niet. Zij gelden immers voor vele werkterreinen. Maar daarom zijn zij niet minder belangrijk, want de uiteindelijke uitkomst, de effectiviteit van de jeugdzorg hangt er verregaand van af. Dit brengt met zich mee dat de organisaties waar uitvoerders werkzaam zijn, enerzijds eisen ten aanzien van professionaliteit en kwaliteit moeten stellen, maar anderzijds ook voor hun medewerkers de omstandigheden moeten creëren, waarin uitvoerders optimaal kunnen functioneren. Werkomstandigheden en faciliteiten zijn belangrijk. Dat geeft arbeidsvreugde en draagt daarmee bij aan goede resultaten. Het helpt als je werk hebt dat redelijk betaald wordt, als de *case-load* niet zodanig groot is dat je nooit voldoende tijd aan iedere cliënt kunt besteden, en als het imago van jouw werkveld niet zodanig ter discussie staat dat je bij wijze van spreken op verjaardagen niet wilt vertellen wat voor werk je doet. Het helpt ook als leidinggevend, begeleiders en collega's zich geïnteresseerd tonen in jouw werk en wat je bewerkstelligd en vragen of je iets nodig hebt, zoals het natuurlijk ook helpt als je een redelijke relatie met je cliënten hebt.

In een overzichtstudie naar de betekenis van de therapeutische relatie voor de uitkomsten van psychotherapie wordt geconcludeerd dat 30% van het resultaat is toe te schrijven aan therapeutfactoren.¹⁸ Belangrijke aspecten van professioneel handelen – in een justitiële context - en die dus bijdragen aan positieve uitkomsten zijn a) een effectief gebruik van autoriteit, b) fungeren als positief rolmodel en het versterken prosociale attitudes en gedrag door middel van gerichte positieve en negatieve bekrachtiging, c) het aanleren van conflictoplossingsvaardigheden, d) effectief benutten van bronnen in de gemeenschappen betrekken van het netwerk en e) maximaal inzetten van interpersoonlijke invloed door een open, warme en enthousiaste wijze van omgaan en communiceren.¹⁹

Toch is er rond het professionaliteitsbeginsel nog veel onbekend. We zullen moeten onderzoeken hoe de uitvoerders precies bijdragen aan de uitkomsten van een interventie. In het welzijnswerk zou het met de professionaliteit van de werkers niet best zijn gesteld.²⁰ De *body of knowledge and skills* is weinig ontwikkeld en er is nooit gestreefd naar bijvoorbeeld beroepsregistratie. Opleiding en training spelen een beperkte rol en het professionele zelfvertrouwen is laag. In de kinderopvang zou het niet veel beter zijn, hetgeen recentelijk deels werd onderschreven.²¹ In tien jaar tijd is de kwaliteit van aspecten als 'individuele zorg' en 'activiteiten' achteruit gegaan. In de jeugdzorg is het mogelijk beter gesteld, maar op punten als ontwikkeling van de beroepsgroep (eigen identiteit, beroepsregistratie en dergelijke) is nog veel te doen. En ook het voorzieningenniveau is problematisch en wellicht is onder andere door een

¹⁸ Vgl. Lambert & Barley (2001).

¹⁹ Vgl. Dowden & Andrews (2004).

²⁰ Vgl. De Boer & Duyvendak (2004).

²¹ Vgl. Vermeer e.a. (2005).

reeks van incidenten ook het professionele zelfvertrouwen aangetast. Onderzoek naar de gezinsvoogdij heeft op dit punt ook enige manco's aan het licht gebracht.²²

Nog meer algemeen werkzame factoren?

In de justitiële zorg wordt wel gesteld dat ambulante interventies waarbij betrokkenen niet uit zijn of haar eigen leefsituatie worden gehaald en uit de samenleving worden verwijderd, maar in de gemeenschap blijven, te verkiezen zijn boven residentiële interventies. Ambulante programma's zouden effectiever zijn en dat zou 'ambulant' of *community-based* tot de zevende algemeen werkzame factor maken. Niet duidelijk is evenwel of dit ook voor andere zorgsectoren geldt. Bovendien wordt gesteld dat ook ambulante interventies wel de overige algemeen werkzame factoren dienen te incorporeren. Doen ze dat niet, dan zal de effectiviteit minder zijn en mogelijk ook minder dan die van residentiële interventies.

Op het gebied van straffen en corrigeren teneinde ongewenst gedrag tegen te gaan worden nog andere werkzame factoren genoemd, zoals onvermijdelijkheid, onmiddellijkheid, gevarieerdheid en begrijpelijkheid.²³ Onvermijdelijkheid houdt in dat op ongewenst gedrag zeker een reactie volgt; er mag voor betrokkene geen ontkomen aan zijn. De reactie moet bovendien direct (onmiddellijk) volgen op het niet getolereerde gedrag volgen. Er mag eigenlijk geen tijd verlopen tussen gedrag en reactie. Gevarieerdheid impliceert dat niet steeds dezelfde reactie volgt, want dat zou kunnen resulteren in gewenning. Reacties moeten verder door betrokkenen rechtvaardig gevonden en begrepen worden. Maar ook voor deze factoren geldt dat zij enerzijds sterk sectorgebonden lijken te zijn en anderzijds meer algemene opvoedingsregels betreffen in de zin van wel of niet reageren op ongewenst gedrag en niet zozeer betrekking hebben op specifieke zorg, interventies of programma's.

Niet-werkzame factoren

Overzichtstudies en meta-analyses hebben niet alleen geleid tot de formulering van algemeen werkzame factoren, ze laten ook zien dat bepaalde typen interventies of benaderingswijzen *niet* of zelfs *averechts* werken. Bij dit laatste is enige voorzichtigheid wel op zijn plaats, omdat de aard van het onderzoek waarop zulke conclusies worden gebaseerd soms wel toestaan uitspraken te doen over het al dan niet behalen van de beoogde resultaten, maar niet zonder meer over tegengestelde, contraproductieve uitkomsten.²⁴

Niet-effectieve interventies lijken te zondigen tegen een of meer algemeen werkzame factoren. Zonder al te uitvoerig te zijn noemen we enkele interventies of benaderingswijzen, waarvan de effectiviteit betwijfeld moet worden.²⁵ Hoewel dit gebaseerd is op buitenlands onderzoek en dus interventies in het buitenland betreft, zijn sommige van die interventies ook in Nederland gangbare praktijk. Interventies van het intensievere soort bij cliënten bij wie de kans op herhaling van het probleemgedrag of voortdoring van de probleemsituatie gering is, halen weinig uit en bereiken soms eerder het tegenovergestelde. Programma's die zich vooral richten op

²² Zie Slot e.a. (2002).

²³ Zie bijv. Slot (1988), Aussems & Zwaan (1991), McGuire & Priestley (1995) en Bol (1995).

²⁴ Vgl. Weisburd, Lum & Yang (2003).

²⁵ Vgl. Gendreau, Cullen & Bonta (1994), McGuire (1995) en Lipsey & Wilson (1998).

niet voor de probleemsituatie relevante risicofactoren halen evenmin veel uit. Voorts zijn de berichten over traditionele psychodynamische en op Rogeriaanse leest geschoeide niet-directieve benaderingen weinig positief. Zulke aanpakken zouden zich teveel baseren op 'praten' in plaats van 'doen' als werkzame methodiek en teveel vertrouwen op de werkzaamheid van een goede relatie tussen 'therapeut' en 'patiënt'. Subculturele of *labeling*-benaderingen vallen ook af, omdat het respecteren van de eigen cultuur of leefwijze van de cliënt centraal zou staan en het ongewenste gedrag niet expliciet zou worden afgekeurd. Ook avontuurlijke en buitenactiviteiten (*survival*) staan als niet effectief te boek. Zulke activiteiten kunnen een bijvoorbeeld een groep beter laten functioneren, maar of zij bijdragen aan blijvende gedragsverandering wordt betwijfeld. In de justitiële zorg tenslotte, wordt louter afschrikking (kale detentie) en *smart punishing* (bijvoorbeeld elektronisch toezicht zonder reïntegratie- of resocialisatieactiviteiten) als niet effectief van de hand gewezen.

De werkzaamheid van algemeen werkzame factoren

Van jeugdzorgactiviteiten en –programma's die rekening houden met of tegemoet komen aan de hiervoor genoemde zes algemeen werkzame factoren, nemen we aan dat zij het beter doen – effectiever zijn - dan aanpakken die dat niet doen. Maar hoeveel beter doen zij het? Bij justitiële interventies is vastgesteld dat er 10 tot 20% en soms wel 50% minder recidive wordt vastgesteld. Dit zijn belangrijke en ook bemoedigende uitkomsten, maar laat tegelijkertijd zien dat we geen volledige effectiviteit - dat wil zeggen 100% uitblijven van recidive - mogen verwachten. Bovendien blijkt ook na interventies die niet of nauwelijks rekening houden met de algemeen werkzame factoren recidive te kunnen uitblijven. Dit suggereert enerzijds dat de aard van de interventie er misschien minder toe doet dan we geneigd zijn te denken en dat anderzijds ook de 'beperkte aanwezigheid' van een of meer algemeen werkzame factoren bijdraagt aan effectiviteit.

Toch vermoeden we dat algemeen werkzame factoren *impact* hebben. De vraag blijft echter hoe sterk afzonderlijke werkzame factoren bijdragen aan effectiviteit. We weten dat niet goed en is waarschijnlijk ook niet precies te achterhalen. Hiervoor werd in de paragraaf over het professionaliteitsbeginsel melding gemaakt van 30% bijdrage van de (goede) therapeutische relatie aan de uitkomsten. Het overzicht waaruit dit percentage afkomstig is laat echter ook zien dat 40% van het resultaat moet worden toegeschreven aan factoren buiten de therapie en slechts 15% aan de gebruikte technieken. Ook dit relateert en nuanceert de werking van werkzame factoren. Die werking is bovendien moeilijk te taxeren omdat de factoren zo sterk aan elkaar gerelateerd zijn en in bepaalde opzichten elkaar overlappen. Daar komt bij dat we ook weten we niet of je *überhaupt* dan wel wanneer je kunt spreken van volledig of optimaal tegemoet komen aan of incorporeren van deze factoren in een interventie of programma. Wel durven we de stelling aan dat een interventie zorgvuldig en op theoretisch verantwoorde wijze kan zijn ontwikkeld, maar als die gebrekkig, niet-professioneel wordt uitgevoerd, zal het succes gering zijn. Andersom geldt hetzelfde: uitstekende uitvoerders maken van een slecht doordachte, theorieleze interventie niet zomaar een effectieve interventie.

Een voorbeeld van een jeugdzorgprogramma dat verregaand tegemoet lijkt te komen aan de algemeen werkzame factoren op grond waarvan je positieve resultaten mag verwachten, is de zogeheten *Multisystemic Therapy (MST)*. Er is sprake van een goed ontwikkelde en ook getoetste theorie over de achtergronden en oorzaken van het antisociaal gedrag van de betrokken adolescenten en de rol die onder meer het gezinssysteem daarbij speelt. Er wordt gewerkt volgens een directe, gedragsgeoriënteerde methodiek met aandacht en ruimte voor inbreng van de leden van het systeem. Bovendien worden grondig opgeleide en getrainde behandelaars ingezet, bij wie in het kader van *treatment adherence* ook nog eens veel energie wordt gestoken in *monitoring*, supervisie en intervisie. Alles wordt in het werk gesteld om het programma werkelijk zo uit te voeren als bedoeld. Er zijn dan ook veel positieve uitkomsten gerapporteerd. Recentelijk zijn er bij deze positieve resultaten serieuze vraagtekens gezet.²⁶ Nader onderzoek moet laten zien waardoor dit komt. Zo mag niet worden uitgesloten dat MST zich vanwege eerdere positieve berichten op een breder scala van probleemsituaties is gaan richten dan waar het eigenlijk geschikt voor is. In dat geval worden werkzame factoren als 'vragen en behoeften', 'risico' en behandelmodaliteit geweld aan gedaan.

Van een andere, typisch justitiële – en ook Amerikaanse – interventie als het *correctional boot camp* wordt daarentegen weinig effect verwacht, omdat het nauwelijks tegemoet komt aan werkzame factoren als 'vragen en behoeften', behandelmodaliteit en programma-integriteit (met name de theoretische onderbouwing lijkt onvoldoende). Een recente overzichtstudie heeft echter laten zien, dat niet alle *boot camp*-programma's weinig effect sorteren.²⁷ Omdat in sommige van deze programma's veel aandacht wordt gegeven aan opleiding en arbeidstraining van de individuele deelnemer, wordt gewerkt aan reïntegratie en resocialisatie. Het betekent in feite dat het incorporeren van bepaalde algemeen werkzame factoren misschien wel het tekort aan andere compenseert.²⁸

Stand van zaken

Optimisme over het bestaan van algemeen werkzame factoren is op zijn plaats. Daartoe geven overzichtstudies en de groeiende stroom van publicaties waaraan afzonderlijke factoren aandacht wordt besteed, voldoende aanleiding. De jeugdzorg is daarmee gebaat. Het ondersteunt het streven om de jeugdzorg effectiever te maken. Het aantrekkelijke van een reeks algemeen werkzame factoren is dat bestaande jeugdzorgprogramma's op hun potentiële effectiviteit kunnen worden beoordeeld – ook als er (nog) geen evaluatieonderzoek is gedaan – en nieuwe programma's kunnen ontwikkeld en vorm worden gegeven aan de hand van de algemeen werkzame factoren.

Wel is nader specificeren of uitwerken van algemeen werkzame factoren naar afzonderlijke sectoren en werkgebieden nodig, omdat deelterreinen en specialismen andere kenmerken en eigenschappen kennen, die andere eisen stellen aan de in te zetten activiteiten en aan de mensen die deze activiteiten uitvoeren. Zo zullen

²⁶ Vgl. Little, Popa & Forsythe (2005).

²⁷ Vgl. Wilson, MacKenzie & Mitchell (2005).

²⁸ Overigens kan ook de vraag worden gesteld of de effectieve *boot camps* nog wel zo genoemd mogen worden, omdat zij de meest typische kenmerken ervan niet hebben.

bijvoorbeeld vrijwillige jeugdzorg en jeugdzorg in gedwongen kader deels dezelfde en deels andere eisen met zich meebrengen.

Ook zullen bepaalde fundamentele kwesties besproken moeten worden. De belangrijkste hiervan betreft vermoedelijk de doelen die we met jeugdzorg nastreven, definiëren wat we onder effectieve jeugdzorg verstaan. In de justitiële jeugdzorg is het legitiem om in eerste instantie te kijken naar gedragsverandering in termen van geen of minder recidive. Dit is een belangrijke, maar tegelijkertijd ook enigszins beperkte doelstelling. Beperking tot gedragsverandering is voor andere vormen van jeugdzorg waarschijnlijk te beperkt. Daar moet wellicht gedacht worden aan veel abstractere geformuleerde doelstellingen als vooruitgang, positieve ontwikkeling, op eigen kracht verder kunnen enzovoorts. Ook op dit punt zullen jeugdzorg in gedwongen kader en vrijwillige jeugdzorg waarschijnlijk tot andere bevindingen (doelstellingen) komen. Overeenstemming bereiken - al is het maar voorlopig of tijdelijk - over tussentijdse en uiteindelijke doelen is wel belangrijk, omdat de beoordeling van de resultaten van jeugdzorg geschiedt aan de hand van de oorspronkelijke doelstelling; die vormt uiteindelijk het beoordelingskader.

De huidige kennis van algemeen werkzame factoren vraagt ook om verder onderzoek. Ik doel hierbij niet op de vormen van onderzoek en evaluatie (inclusief *monitoring*) die ons in staat stellen te volgen en te concluderen of we onze doelen bereiken.²⁹ Wat in dit verband nodig is en kan, hebben we aardig op een rij. Hooguit kunnen we nog eens aandringen op versterking van de kwaliteit van het evaluatieonderzoek en te pleiten voor in ieder geval goed quasi-experimenteel onderzoek. Ook zouden we onze schroom en huiver ten aanzien van experimenteel onderzoek door middel van *randomized controlled trials* (rct's) opzij moeten zetten. Rct's zijn niet in alle gevallen mogelijk, maar als de omstandigheden het toelaten, moeten we zulke *designs* niet uit de weg gaan vanwege irrationele, ten onrechte als ethisch correct bestempelde argumenten.

Meer onderzoek zal vooral gedaan moeten worden naar de betrouwbaarheid en validiteit van algemeen werkzame factoren. Er is, ook in Nederland, veel effectonderzoek gedaan, maar er zijn nog veel witte vlekken.³⁰ Het gaat, kortom, om meer onderzoek naar de werking van risicofactoren en beschermende factoren, naar mate van risico en dosering van zorg, naar specifiek werkzame behandelmethoden en -technieken, naar de zeggingskracht van verklarende theorieën en handelingstheorieën, naar feitelijke uitvoering van interventies en aspecten van professionaliteit. En dat alles in de vele sectoren en aandachtsgebieden die de jeugdzorg rijk is.

²⁹ Zie *Zicht op effectiviteit* (2006).

³⁰ Vgl. Boendermaker, Van der Veldt & Booy (2003).

Referenties

- Aussems, A., & Zwaan, E.J. (1991). *Straffen in de opvoeding*. Leuven: Acco.
- Blom, M., Laan, A.M. van der, & Huijbregts, G.L.A.M. (2005). *Monitor Jeugd Terecht 2005*. Den Haag: WODC (Cahier 2005-17).
- Boendermaker, L., Veldt, M.V. van der, & Booy, Y. (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., Eijgenraam, K., & Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW.
- Boer, N. de, & Duyvendak, J.W. (2004). Welzijn. In H. Dijkstra, P.L. Meurs & E.K. Schrijver (red.), *Maatschappelijke dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press (WRR Verkenningen).
- Bol, M.W. (1995). *Gedragbeïnvloeding door strafrechtelijk ingrijpen: Een literatuurstudie*. Arnhem: Gouda Quint.
- Cook, T.D. (2003). Why have educational evaluators chosen not to do randomized experiments? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589, 114-149.
- Dowden, C., & Andrews, D.A. (2004). The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: a meta-analytic review of core correctional practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 203-214.
- Duncan, B.L. (2006). Common factors and the uncommon heroism of youth. *A presentation for Children and Youth Care in the Netherlands, Amsterdam, January 27, 2006*.
- Farrington, D.P. (2003). Developmental and life-course criminology: key theoretical and empirical issues – the 2002 Sutherland Award Address. *Criminology*, 41, 221-256.
- Gedraginterventies* (2005). Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Hawkins, J.D., Herrenkohl, T., Farrington, D.P., Brewer, D., Catalano, R.F., & Harachi, T.W. (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber & D.P. Farrington (eds.), *Serious & violent juvenile offenders*. London, New Delhi: Thousand Oaks.
- Laan, P.H. van der (2001). Politieke en justitiële interventies bij gewelddadige en ernstig delinquentie jongeren. In R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie*. Houten, Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Latessa, E.J., Cullen, F.T., & Gendreau, P. (2002). Beyond correctional quackery – Professionalism and the possibility of effective treatment. *Federal probation*, 66, 43-49.
- Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In R. Loeber & D.P. Farrington (eds.), *Serious & violent juvenile offenders*. London, New Delhi: Thousand Oaks.
- Littell, J.H., Poppo, M., & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17*. A Campbell Collaboration systematic review, available at: http://www.campbellcollaboration.org/doc-pdf/Mst_Littell_Review.pdf.

- Loeber, R., Homish, D.L., Wei, E.H., Crawford, A.M., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Greenberg, J., Koehler, S., & Rosenfeld, R. (in press). The prediction of violence and homicide in young males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Lowenkamp, C.T., & Latessa, E.J. (2004). Investigating the relationship between program integrity and correctional program effectiveness. In *Ohio corrections research compendium (vol. II)*. Columbus, OH: Ohio Department of Rehabilitation and Corrections.
- Lowenkamp, C.T., Latessa, E.J., & Holsinger, A.M. (2006). The risk principle in action: what have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs? *Crime & Delinquency*, 52, 77-93.
- McGuire, J. (ed.) (1995). *What Works: Reducing reoffending, guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Slot, N.W., Theunissen, A., Esmeijer, F.J., & Duivenvoorden, Y. (2002). *909 zorgen. Een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Faculteit der Psychologie en Pedagogiek.
- Vermeer, H.J., IJzendoorn, M.H. van, Kruif, R.E.L. de, Fukkink, R.G., Tavecchio, L.W.C., Riksen-Walraven, J.M.A., & Zeijl, J. van (2005). *Kwaliteit van Nederlandse kinderdagverblijven: Trends in kwaliteit in de jaren 1995-2005*. Leiden, Amsterdam, Nijmegen: Universiteit Leiden, Universiteit van Amsterdam, Radboud Universiteit.
- Voorwoord (1990). *Justitiële Verkenningen*, 16, 5-7.
- Weisburd, D., Lum, C.M., & Yang, S-M. (2003). When can we conclude that treatments or programs 'don't work'? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 587, 31-48.
- Welsh, B.C., & Farrington, D.P. (2006). Evidence-based crime prevention. In B.C. Welsh & D.P. Farrington (eds.), *Preventing crime. What works for children, offenders, victims, and places*. Dordrecht, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Wilson, D.B., MacKenzie, D.L., & Mitchell, F.N. (2005). *Effects of correctional boot camps on offending*. A Campbell Collaboration systematic review, available at: <http://www.aic.gov.au/campbellcj/reviews/titles.shtml>.
- Yperen, T.A. van (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: wat valt er te keren? *Kind en Adolescent*, 22, 326-341.
- Yperen, T.A. van (2005). Van weten naar verbeteren. In *Jeugdzorg in onderzoek. Congresbundel*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht; NIZW, Praktikon, Ministerie van VWS.

Common factors and the uncommon heroism of youth

Barry L. Duncan, Institute for the Study of Therapeutic Change, Ft. Lauderdale, Florida
USA

Presentation Description

Fifty years of outcome research shows that change doesn't result from focusing on disorder, disease or dysfunction. Change is spurred by what's **right** with children and adolescents - their resources, creativity, and relational support networks - not the labels they carry or even the techniques employed by professional helpers. Indeed the factors common to all treatments, fueled by the uncommon heroism of youth, are the mainstay of positive outcomes. This presentation reviews not only what is known about what works with youth, but also demonstrates how to improve effectiveness via outcome management - giving youth a voice in their own treatment while implementing the common factors one client at a time.

Common factors and the uncommon heroism of youth*

The great tragedy of science - the slaying of a beautiful hypothesis by an ugly fact.

Thomas Henry Huxley

This presentation critically evaluates the medical model as it applies to the common problems of children and adolescents. I will show that the fixation with diagnostic groupings is largely a waste of time. Instead of growing orderly and yielding a nourishing bounty, diagnosing child mental disorders has multiplied like a weed. They choke alternative, hopeful ways of understanding and encouraging change. Further, I will debunk evidence based treatments and their alleged scientific superiority. I challenge the myth of best practice and demonstrate that change in therapy does not come about from the special powers of any particular treatment. Rather, change principally results from factors *common* to all approaches and from client's pre-existing abilities - the client is the hero of the therapeutic drama**. Finally I will demonstrate how to improve services to children and adolescents via outcome management - giving youth a voice in their own treatment while implementing the common factors one client at a time.

The medical model

Seek facts and classify them and you will be the workmen of science. Conceive or accept theories and you will be their politicians.

Nicholas Maurice Arthus

The medical model, emphasizing diagnostic classification and evidence based practice, has been transplanted wholesale into the field of human problems (Duncan, 2001). Psychotherapy is almost exclusively described, researched, taught, practiced, and regulated in terms of the medical model's assumptions and practices - but does it merit its apparent dominance?

Diagnostic Disorder

I have found little that is good about human beings. In my experience, most of them are trash.

Sigmund Freud

There are several important ways the medical model and its starting point, diagnosis, are ill suited templates for therapy (Sparks, Duncan, & Miller, in press). From a medical standpoint, the first step in determining what needs to be done is to determine what is wrong. The way to determine what is wrong is to have a clear picture of health. Medicine is able to define those conditions that can be considered optimal or disease free. For example, physicians know the normal range for glucose levels in the blood. They are therefore able to discern deviations and can confidently diagnose diabetes. In mental health, the concept of normalcy is significantly more problematic. Ideas of normal behavior are shaped by social and cultural norms including arrangements of power, hierarchy, inclusion, and exclusion. Human behavior exhibits a significant range of variation, made even more complex by social systems that either condone or condemn difference. Mental health works in reverse - we define deviation, but have considerably more difficulty defining normalcy (Watzlawick, 1976).

Second, diagnosis in mental health lacks reliability and validity, cornerstones of any respectable measurement system. In a recent interview, Robert Spitzer, the architect of the *DSM*, candidly confessed "To say that we've solved the reliability problem is just not true... "It's been improved. But if you're in a situation with a general clinician it's certainly not very good". (Spiegel, 2005, p. 63). The last major study of the *DSM*, using highly trained clinicians at multiple sites under supervision of some of the most experienced diagnostic specialists in the world (Williams et al., 1992), found reliability coefficients not much different from studies in the 50's and 60's. In fact, Kirk and Kutchins (1992) noted that some reliability coefficients in this study were worse than earlier attempts. When trained clinicians in highly controlled settings cannot agree on even general categories of diagnosis, how much credence can we give to the specific diagnoses everyday clinicians routinely ascribe to their clients?

In addition to questionable reliability, psychiatric diagnosis lacks an even more critical dimension, validity. Here, we ask, does a *DSM* diagnosis actually represent some defined entity in the real world? Kendell and Zabransky (2003, p. 7), writing in the *American Journal of Psychiatry*, conclude that "At present there is little evidence that most contemporary psychiatric diagnoses are valid, because they are still defined by syndromes that have not been demonstrated to have natural boundaries." The authors make the point that psychiatric diagnoses fail the most basic definition of validity - they lack empirical standards to distinguish the hypothesized pathological states from normal human variation to the problems of life. The result is a set of murky over-inclusive criteria for an ever-growing list of disorders (Duncan, Miller, & Sparks, 2004). Unfortunately, constant, uncritical repetition in scientific journals and lay press backed by unchallenged science produces an illusion of sound validity, engendering a confidence that far overreaches the *DSM*'s deeply flawed infrastructure (Sparks et al., in press).

Attributing problems in living or the ranges of human inner experience to individual disorders radically dismisses the essence of what it means to be human and ultimately constructs the identities of youth as either "ill, bad, or victim." Humans are first and foremost members of social communities, and their behaviors and states of mind are fundamentally connected to and influenced by these contexts. Psychiatric diagnoses

represent pathologies that presumably transcend time, place, and culture. For example, rather than viewing the fearfulness of a child as the product of a specific set of environmental conditions, a diagnostic system may assign non-context bound descriptors such as phobia, anxiety, or paranoia. The pervasiveness and non-contextual nature of diagnosis locates the problem inside the child and overlooks other possible explanations such as whether the child has been harassed or oppressed, has been taught to be wary by a parent or sibling, is isolated from support, or is attempting to engage the interviewer in a particular way (Sparks et al., in press).

Finally, diagnosis tells us little that is relevant to the process of change - it has no predictive validity. Diagnosis is not correlated with outcome or length of stay, and given that no approach has reliably demonstrated any superiority, it cannot tell clinicians or clients the best approach to resolving a problem (Brown, Dries, & Nace, 1999; Wampold, 2001). The importation of medical diagnosis into psychotherapy positions clients as passive holders of disease to be fixed by the skilled interventions of the clinician. This positioning of clients is particularly unhelpful and flies in the face of what is known about the importance of client factors in psychotherapy. The bulk of outcome research in the past 50 years confirms the critical role clients play in their own change (Assay & Lambert, 1999; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2005) - research makes abundantly clear that clients are the heroic ones in the drama called therapy (Duncan et al., 2004).

The Heroic Client

It is easier to discover a deficiency in individuals, in states, and in Providence, than to see their real import and value.

Hegel

Youth and their caretakers are actually the single, most potent contributors to outcome - the resources they bring into the therapy room and what influences their lives outside it (Hubble, Duncan, & Miller, 1999). These factors might include persistence, openness, faith, optimism, a supportive grandmother, or membership in a religious community: all factors operative in a client's life before he or she enters therapy. They also include serendipitous interactions between such inner strengths and happenstance, such as attending a new school or a crisis successfully negotiated. Assay and Lambert (1999) ascribe 40 percent of improvement during psychotherapy to client factors. Wampold's (2001) meta-analysis attributes an amazing 87% to these so called extratherapeutic factors (including error variance). This perspective about how change occurs suggests a radical revamping of our ideas about clients, and about what therapy should look like.

Therapists can begin to cast their youthful clients in the role of the primary agents of change by first listening for and being curious about their competencies - the heroic stories that reflect their part in surmounting obstacles, initiating action, and maintaining positive change. There is no formula here; rather the key is the attitude the practitioner assumes with regard to the client's inherent abilities and resiliencies. Karver et al. (2005) report that therapists are most likely to point out strengths in those youths who enter therapy with obvious pre-treatment strengths. But beyond the obvious, attending to heroic stories requires a *balance* between listening empathically to difficulties with mindfulness toward strengths and resources that you *know* are

there. Listening for and being curious about client competencies, resources, and resiliencies does not mean that the therapist ignores clients' pain or assumes a cheerleading attitude. Rather, it requires that the therapist listens to the whole story: the confusion and the clarity; the suffering and the endurance; the pain and the coping; the desperation and the desire. In essence, listening for heroic stories only suggests that clinicians open themselves to the existence of several competing stories about the client's experience. Diagnosis tells but one story, a problem description tells another. Many other stories of survival and courage simultaneously exist. Whatever path the therapist takes, it is important to remember that the purpose is to identify not what clients need, but what they already have that can be put to use in reaching their goals.

In summary, diagnosis paints a flat and colorless picture that highlights weakness, stigmatizes, and renders invisible vital capabilities and resources that can be brought to bear in resolving problems. When diagnosis does not dominate the picture, clinicians have greater permission to search with clients for explanations other than illness to the problems in their lives, and to engage in an active pursuit of a broader array of options for alleviating the distress. Rather than constructing a patient in need of correction - an ill, bad, or victim child - we have the possibility of constructing resourceful, active agents deciding how they wish to re-organize their lives and relationships (Sparks et al., in press).

Evidenced Based Practice

I admire those who search for the truth. I avoid those who find it.

French Motto

Evidence based practice (EBP) is another unfortunate idea from the medical model that has been shoe-horned into mental health practice. Of course, there is nothing wrong with wanting to know which approaches are effective for the problems of youth. However, one should always ask, "*Whose evidence is it and what kind of evidence is it really?*" Only then can it be determined whether *this* evidence warrants privilege of this approach or any mandate of its practices. An assumption that underlies EBP is that specific technical operations are largely responsible for client improvement - that active (unique) ingredients of a given approach produce different effects with different disorders. In effect, this assumption likens psychotherapy to a pill, with discernable unique ingredients that can be shown to have more potency than other active ingredients of other drugs.

There are three empirical arguments that cast doubt upon this assumption (Duncan & Miller, 2005). First is the dodo bird verdict, which colorfully summarizes the robust finding that specific therapy approaches do not show specific effects or relative efficacy. In 1936, Saul Rosenzweig first invoked the dodo's words from *Alice's Adventures in Wonderland*, "Everybody has won and all must have prizes," to illustrate his observation of the equivalent success of diverse psychotherapies. Almost 40 years later, Luborsky, Singer, and Luborsky (1975) empirically validated Rosenzweig's conclusion in their now classic review of comparative clinical trials. The dodo bird verdict has since become the most replicated finding in the psychological literature, encompassing a broad array of research designs, problems, populations, and clinical settings (Assay & Lambert, 1999), including marriage and family approaches

(Shadish & Baldwin, 2002), and child and adolescent therapies (Dennis et al., 2004; Spielmans & Pasek, 2005; Varhely & Miller, 2005).

Ushering in the age of the RCT, the landmark Treatment of Depression Collaborative Research Project (TDCRP) (Elkin et al., 1989) randomly assigned 250 depressed participants to four different conditions: cognitive therapy, interpersonal therapy, antidepressants, and, a pill placebo plus clinical management. After all the effort that went into designing a study that represented the state-of-the-art in outcome research, the four treatments - including placebo - achieved about the same results. Particularly germane to the EBP treatment of children and adolescents is the recent cannabis youth treatment study (CYTS). The CYTS found no clear superiority of best practice or researched based intervention (Godley, Jones, Funk, Ives, & Passetti, 2004). This large study of over 600 seriously dependent youth also found no differences among type or dose of treatment (Dennis et al., 2004).

A meta-analysis, designed specifically to test the dodo bird verdict (Wampold et al., 1997), included some 277 studies conducted from 1970 to 1995. This analysis verified that no approach has reliably demonstrated superiority over any other. At most, the effect size (ES) of treatment differences was a weak. This also holds true in a recent meta-analytic study of child and adolescent approaches (Varhely & Miller, 2005). Why," Wampold et al. ask, "[do] researchers persist in attempts to find treatment differences, when they know that these effects are small?" (p. 211). Finally, an enormous real-world study conducted by Human Affairs International of over 2000 therapists and 20,000 clients revealed no differences in outcome among thirteen approaches, including medication, as well as family therapy and child approaches (Brown et al., 1999). The preponderance of the data, therefore, indicate a lack of specific effects and refute any claim of superiority when two or more bona fide treatments fully intended to be therapeutic are compared. It is noteworthy that although there are countless outcome studies in youth treatment, over 1500 by some estimates, only 23 examine differential efficacy of two or more bona fide treatments (Varhely & Miller, 2005).

The second argument shining a light on the empirical pitfalls of evidence based practice emerges from estimates regarding the impact of specific technique on outcome. After an extensive, but non-statistical analysis of decades of outcome research, Lambert (1992) suggests that model/technique factors account for about 15% of outcome variance. An even smaller role for specific technical operations of various psychotherapy approaches is proposed by Wampold (2001). His meta-analysis assigns only a 13% contribution to the impact of therapy, both general and specific factors combined. Of that 13%, a mere 8% is portioned to the contribution of model effects. Of the total variance of change, only 1% can be assigned to specific technique. This surprising low number is derived from the 1997 meta-analytic study, in which the most liberally defined effect size for treatment differences was .2 - indicating that only 1% of the variance in outcomes can be attributed to specific treatment factors. Again, the Varhely and Miller (2005) meta-analysis of the child/adolescent literature found an ES of .22, similarly indicating a miniscule portion of the variance in youth treatment attributable to specific factors. A consideration of these estimates of variance reveals that EBPs arise from factors that do not account for 85% and 99%, respectively, of the

variance of outcome. EBP, therefore, do not map enough of the landscape to make them worthwhile guides to the psychotherapy territory.

Finally, component studies, which dismantle approaches to tease out unique ingredients, have similarly found little evidence to support any specific effects of therapy. A prototypic component study can be found in an investigation by Jacobson et al. (1996) of cognitive behavioral therapy (CBT) and depression. Given the predominance of CBT on the list of youth EBP, this study is particularly telling. Clients were randomly assigned to (1) behavioral activation treatment, (2) behavioral activation treatment plus coping skills related to automatic thoughts, or (3) the complete cognitive treatment (the above two conditions plus identification and modification of core dysfunctional schemas). Results generally indicated no differences at termination and follow-up. Perhaps putting this issue to rest, a recent meta-analytic investigation of component studies (Ahn & Wampold, 2001) located 27 comparisons in the literature between 1970 and 1998 that tested an approach against that same approach without a specific component. The results revealed no differences. These studies have shown that it doesn't matter what component you leave out - the approach still works as well as the treatment containing all of its parts. When taken in total, comparative clinical trials, meta-analytic investigations, and component studies point in the same direction. There are no unique ingredients to therapy approaches and little empirical justification for privileging EBP.

More damning to EBP, perhaps, is that the repeated demonstration of superiority over placebo or treatment as usual is not really saying that much; psychotherapy has demonstrated its superiority over placebo for nearly 50 years! Therapy is about twice as efficacious as placebo and about four times better than no treatment at all. This research, for all its pomp and circumstance, tells us nothing that we already do not know: Therapy works. Further, demonstrating efficacy over placebo is not the same as demonstrating efficacy over other approaches. Why do EBT proponents seem to pretend that efficacy over placebo means that they are better than other treatments?

When differential efficacy is claimed, be suspicious. First, the amount of studies finding differences are no more than one would expect from chance. Further, closer inspection of studies that claim superiority reveals two major issues that must be considered: allegiance effects (whose evidence?) and indirect comparisons (what kind of evidence?) (Wampold, 2001). Allegiance effects are those that are attributable to the therapist or researcher's affinity toward the treatment at hand; Wampold (2001) suggests that allegiance accounts for up to 70% of any treatment effects.

For example, though some reviews have found a very small advantage for cognitive-behavioral approaches, later studies found that the differences disappeared completely when the allegiance of the experimenters to the methods being investigated was taken into account (Lambert & Ogles, 2004; Varhely & Miller, 2005). As a point of comparison, consider that in the TDCRP, the principle investigator, Irene Elkin, did not have an affiliation to any of the researched approaches. Further, each of compared treatments was provided by clinicians who had allegiance to the models they were administering. Allegiance effects, therefore, were controlled. Any reported

treatment differences must always be tempered by knowledge of the allegiance of the researchers and the therapists in the study.

Another important issue in evaluating claims of differential efficacy is whether the study really presents a fair contest - is the comparison offered actually a contrast between two approaches fully intended to be therapeutic? Or is it, in fact, the pet approach of the experimenters pitted against a treatment as usual or less than ideal opponent? Wampold (2001) calls such unfair matches indirect comparisons. Consider Multisystemic Therapy (MST), which has impressively shown that it is superior to no treatment or treatment as usual for the reduction of criminal acts of juveniles and other benefits (e.g., Henggeler, Melton, & Smith, 1992). To imply, however, that it has proven to be differentially better because of comparisons to individual therapy, is analogous to male and female bikini wear - notable for what is concealed rather than what is exposed.

An inspection of one such comparison involving serious juvenile offenders (Borduin, Mann, Cone, et al., 1995) reveals MST conducted in the home, involving parents and other interacting systems, by therapists regularly supervised by founders of the approach. MST is compared with therapy of the adolescent *only*, with little to no outside input of parents or others, conducted in an outpatient clinic by therapists with no special supervision or allegiance. This type of comparison is really a treatment as usual contrast rather than a bona fide treatment comparison. If a comparison were made of another home based approach that controlled for allegiance effects (had persons with equal conviction conducting the alternative treatment) and involved relevant parties, it likely would fit the dodo bird verdict.

EBP and the Known Sources of Variance

Whoever acquires knowledge and does not practice it resembles him who ploughs his land and leaves it unsown.

Sa'di

There is a certain seductive appeal to the idea of making psychological interventions dummy proof, where the users - the client and the therapist - are basically irrelevant. This product view of therapy is perhaps the most empirically vacuous aspect of EBP because the treatment itself accounts for so little of outcome variance, while the client and the therapist - and their relationship - account for so much.

Starting with the variance attributed to the alliance - a partnership between the client and therapist to achieve the client's goals - researchers repeatedly find that a positive alliance is one of the best predictors of outcome in both adult and youth treatment (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000; Shirk & Karver, 2003). Specifically related to youth treatment, child-therapist and parent-therapist alliances are both related to positive changes in the child; parent-therapist alliance is related to improvement in parenting skills and interactions at home; and child and parent evaluations of the alliance produced more consistent findings than therapist evaluations (Kazdin, Whitley, & Marciano, 2005; Shirk & Karver, 2003). In the CYTS, the alliance predicted outcome as well as drop outs and post treatment cannabis use (Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., Liddle, H. (in press).

Research on the power of the alliance reflects over 1,000 findings, and counting (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004). For example, Krupnick et al. (1996) analyzed data from the TDCRP and found that the alliance was predictive of success for all conditions - the treatment model was not. Similarly, treatment characteristics (family, individual, behavioral, non-behavioral, etc.) in youth treatment did not predict outcome or moderate associations between the alliance and outcome. (Shirk & Karver, 2003).

Based on the Horvath and Symonds (1991) meta-analysis, Wampold (2001) portions 7% of the overall variance of outcome to the alliance. Putting this into perspective, the amount of change attributable to the alliance is about seven times that of specific model or technique. As another point of comparison, in the TDCRP, mean alliance scores accounted for up to 21% of the variance, while treatment differences accounted for at most 2% of outcome variance (Wampold, 2001), over a ten-fold difference.

Turning to variance attributed to the therapist, the explosion of EBPs has not eliminated the influence of the individual therapist on outcomes. Treatment still varies significantly by therapist (Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, in press; Lambert et al., 2003). Conservative estimates indicate that between 6% (Crits-Christoph et al., 1991) and 9% (Project MATCH Research Group, 1998) of the variance in outcomes is attributable to therapist effects. These percentages are particularly noteworthy when compared with the variability among treatments (1%).

And as already noted, the largest source of variance (40 or 87%), virtually ignored by the move toward EBP, is accounted for by the so-called extratherapeutic factors - those variables associated with the client, including unexplained (and error) variance. These variables are incidental to the treatment model and idiosyncratic to the specific client - factors that are part of the client and his or her environment that aid in recovery regardless of participation in therapy (Lambert, 1992). Among the client variables frequently mentioned for youth treatment are youth age/developmental status, youth/parent interpersonal functioning, parent mental health, parental intelligence, family environment, youth/parent expectancies of efficacy, etc. (Karver et al., 2005). In the absence of compelling evidence for any of these specific client variables to predict outcome or account for the unexplained variance, this most potent source of variance remains largely uncharted. This suggests that the largest source of variance cannot be generalized because these factors differ with each client. These unpredictable differences can only emerge one client at a time, one alliance at a time, one therapist at a time, and one treatment at a time.

In summary, EBP neither explains nor capitalizes on the sources of variance known to effect treatment outcome. Given the data, I believe that continuing to invest precious time and resources in the development and dissemination of EPB is misguided.

Reliance on the Alliance

It is the familiar that usually eludes in life. What is before our nose is what we see last.
William Barrett

Therapy works, but our understanding of how it works cannot be found in the insular explanations of the different theoretical orientations, but rather in the factors common to all approaches. The alliance data suggests that therapy works if clients (youth and parents) experience the relationship positively, perceive therapy to be relevant to their concerns and goals, and are active participants. Influencing the client's perceptions of the alliance represents the most direct impact that therapists can have on change. Given that 40-60% of youth who begin treatment drop out against advice (Kasdin, 2004), the alliance is particularly important. Bordin (1979) classically defines the alliance with three interacting elements: 1) the development of a relationship bond between the therapist and client; 2) agreement on the goals of therapy; and 3) agreement on the tasks of therapy.

As with listening for heroic stories, therapist attitude is also critical to developing a relational bond. Part and parcel to this attitude is the belief that the alliance, not model, is the master to be served. To implement this attitude, it is useful to think of each meeting as a first date (without the romantic overtones), in which the therapist consciously puts his or her best foot forward, actively woos the client's favor, and entices his or her participation. Clients' active engagement in the process, the quality of their participation, is the single best indication of the likelihood of success. Since the relationship is formed early, it only makes sense that close attention should be paid to the client's initial perceptions and reactions.

In addition to continual monitoring and flexibility, a helpful way of thinking of therapist relational responses is the idea of *validation* - a process in which the client's struggle is respected as important, perhaps representing a critical juncture in the client's life, and his or her thoughts, feelings, and behaviors are accepted, believed, and considered completely understandable given trying circumstances (Duncan & Sparks, 2002). This is particularly relevant to parents who feel blamed for youth problems. Validation reflects a genuine acceptance of the client at face value and includes an empathic search for justification of the client's experience.

The second aspect of the alliance is the agreement on the goals of therapy. Attending to client's goals suggests that little time is spent developing diagnoses or theorizing about possible etiology of the presenting complaint, and even less on what therapeutic approach or technique will be most useful. Rather, the process is comprised of careful listening and alliance monitoring combined with questions aimed at defining and redefining the client's goals - the client's input, participation, and involvement determines the goals for therapy. When clients are asked what they want out of therapy, what they want to be different, it gives credibility to their beliefs and values regarding the problem and its solution. As simple an act as it is, it invites clients to see themselves as a collaborator in making their lives better. Regardless of how they sound, client's goals are accepted at face value because those are the desires that will excite and motivate the client to initiate action in their own behalf. It begins the process of change, wherever the client may ultimately travel.

The final aspect of the alliance is the agreement on the tasks of therapy. Tasks include specific techniques or therapeutic points of view, topics of conversation, interview procedures, frequency of meeting, etc. Another demonstration of respect for client's

capabilities, and a conscious effort to enlist participation, occurs when clients help set the tasks of therapy. In a working alliance, the client perceives the tasks, what is actually taking place, as germane and effective. In a well functioning alliance, counselors and clients jointly work to construct interventions that are in accordance with clients' preferred outcomes. Traditionally, the therapeutic search has been for interventions reflecting objective truths that promote change by validating the therapist's favored theory. The search, when fostering a strong alliance, is for ideas and actions that promote change by validating the client's view of what is helpful, or what we call the client's *theory of change*. The client's theory of change is an "emergent reality" that unfolds from a conversation structured by the therapist's curiosity about the client's ideas, attitudes, and speculations about change. We now consider our clients' worldview, their map of the territory, as the determining "theory" for therapy (Duncan & Sparks, 2002, directing both the destination desired and the routes of restoration, and all but ensuring the experience of a positive alliance.

Dangers of Common Factors

To exchange one orthodoxy for another is not necessarily an advance. The enemy is the gramophone mind, whether or not one agrees with the record that is being played at the moment.

George Orwell

The data indicate that the client and therapeutic alliance account for the majority of the variance in treatment outcome. Successful treatment, I have argued, is a matter of tapping into client resources and ensuring a positive experience of the alliance. Yes, at first blush, tapping into client resources, ensuring the client's positive experience of the alliance, and accommodating therapy to the client's theory of change capitalizes on the two largest contributors to success. At the same time, there is a danger - no matter how abstractly the ideas might be presented, whether defined as principles rather than mandates, closer examination made clear that any concrete application across clients merely leads to the creation of another model for how to do therapy. On this point, the research is clear, whether common factors or not, models ultimately matter little in terms of outcome.

To remedy the mere creation of yet another model and to give clients the voice in treatment that the research literature said they deserved, we began using formal measures to track our work with clients and embarked on a course of research to see if it made any difference. We have learned that a common factors approach can only be implemented one client at a time based on that unique individual's perceptions of the progress and fit of therapy - the client's experience of benefit must direct therapeutic choices. Rather than attempting to fit clients into evidence-based practice, I recommend that therapists and systems of care tailor their work to individual clients through "practice-based evidence."

From Evidence-Based Practice to Practice-Based Evidence

The proof of the pudding is in the eating.

Cervantes, Don Quixote

Early treatment benefit has emerged as a robust predictor of eventual outcome (e.g., Brown et al., 1999; Hansen & Lambert, 2003; Howard, Kopte, Krause, & Orlinsky, 1986).

The CYTS similarly found that response to treatment, regardless of its type and dose, occurred early in the treatment process. In recent years, researchers have been using data about client progress generated *during* treatment to enhance the quality and outcome of care (Howard, Moras, Brill, Martinovich, & Lutz, 1996; Lambert et al., 2001; Whipple et al., 2003). Unlike EBP, such approaches actively utilize the known sources of variance in psychotherapy outcome. For example, in one representative study of 6224 clients, Miller, Duncan, Brown, Sorrell, and Chalk (in press) provided therapists with ongoing, real-time feedback regarding two potent factors affecting outcome: the client's experience of the alliance and progress in treatment. The availability of this "practice-based evidence" not only resulted in higher retention rates but also doubled the overall effect size of services offered (baseline ES = .37 v. final phase ES = .79; $p < .001$). Germane to the controversy of EBP, the findings were obtained without any attempt to control the treatment process - clinicians were not trained in any new techniques or diagnostic procedures. Rather, they were completely free to engage their individual clients in the manner they saw fit.

Paradoxically, practice-based evidence - at least when judged on the basis of measurable improvements in outcome alone - may be the most effective evidence-based practice identified to date. Indeed, Lambert et al. (2003, p. 296) point out, "those advocating the use of empirically supported psychotherapies do so on the basis of much smaller treatment effects." There are other advantages. For example, Miller et al. (in press) showed how practice-based evidence could be used to identify reliable differences in outcome between clinicians. Such differences, it will be recalled, account for several times *more* of the variance in outcomes than method (Wampold, 2001). Ongoing research is currently examining the ways that such information can be used to enhance training, supervision, and quality assurance. Preliminary data from one site document a slow but progressive decrease in the variability of outcomes between clinicians when they are provided with ongoing, real-time feedback regarding their effectiveness as compared to average effectiveness of the agency as a whole (Miller, Duncan, Sorrell, & Chalk, in preparation).

Molly

Until lions have their historians, tales of hunting will always glorify the hunter.
African Proverb

Bypassing academic discussion, nothing can bring home a point like the direct and honest voice of a child. Molly was referred by her mother. Her parents were divorced. She was sleeping in her mother's bed and having trouble adjusting to a new apartment, school, and friends. After an intake interview, Molly was labeled as coming from a "dysfunctional family." Bestowed the diagnosis of "separation anxiety disorder," she was referred to a weekly children's social skills group.

After a few weeks in group, mother reported that Molly was experiencing nightmares. The group therapist responded by seeing Molly individually. The therapist pursued Molly's impressions of her parent's relationship and encouraged her to remove herself from their problems. Following six months of concurrent group and individual treatment, there was little improvement. In fact, things were worse; Molly was having more frequent nightmares and was beginning to struggle at school. Thinking it might help, Molly's mother next requested a female therapist.

Individual therapy now revolved around playing games to see what "themes came out." The therapist suspected sexual abuse. Three more months passed. Still concerned about her daughter's lack of progress, the mother requested a psychiatric evaluation. The evaluation noted that Molly still slept in the mother's room and that somatic complaints and school avoidance remained. Imipramine was prescribed to relieve Molly's separation anxiety.

Molly, in twice-weekly treatment for a year and now on medication, was fast becoming a candidate for placement in a school program for emotionally disabled students. Molly's mother, dedicated to her daughter's welfare and dissatisfied with the care, discontinued the medication and sought different help. In both the group and individual interventions, the therapists neglected to ask Molly for her ideas about her predicament. Molly was assessed, her problems were categorized, and the interventions were prescribed. What she thought - her view - was immaterial. The explanatory labels (dysfunctional family, separation anxiety disorder) said it all - her therapists understood her behavior through those perceptual filters, discounting Molly and her strengths in the process.

In the first meeting with the new practitioner, Molly was asked what she believed would be helpful for resolving the problem. Molly expressed astonishment that someone finally wanted her opinion. She then suggested that she could barricade herself in her bed with pillows and stuffed animals to "ward off" her nightmares and fears. In the second contact she reported that her plan was working. The excerpts which follow come from the third meeting. They reflect Molly's observations about what was helpful, and not helpful, in her experiences with therapists.

Excerpt One

Therapist (T): Well, how is it going?

Molly (M): Just fine. I'm sleeping in my own room.

T: That's great! That's wonderful! I'm impressed by that still.

M: Therapists just don't understand...you [the client] also have the solutions, for yourself, but they say, "Let's try this and let's try that" and they're not helping. So, what I'm saying is we have the answers, we just need someone to help us bring them to the front of our head. It's like they're [the solutions] locked in an attic or something. It's a lot better when you ask a person what they want to do and they usually tell you what they think would help, but didn't know if it was going to help and didn't want to try.

Commentary. In her own quaint, 10-year-old fashion, Molly explains how the expert model of her previous helpers missed the mark. Simply put, the models were unnecessary for her improvement and actually prolonged her stay in treatment. She maintains that it is better to ask clients for their opinions about their problem situations.

Excerpt Two

M: I feel a lot better now that I came up with the solution to sleep in my own

room, and I did it and I'm proud of myself. And, I couldn't be proud of myself if you told me, "How about if you barricade yourself in with pillows? Maybe that'll work." I wouldn't feel like I've done it, so basically what I'm saying is, *you don't get as much joy out of doing something when somebody told you to do it, you want to be proud of it.*

Commentary. Molly derived her own solution and it enhanced her self-esteem. When provided the opportunity, Molly revealed her inventiveness. When given the space, her resources became apparent. Her "pillow brigade" worked and she continued to sleep in her room without nightmares. Her other complaints also resolved in short order.

In Molly's case, as soon as her resources and ideas were allowed central consideration, when she was regarded as a competent partner by inviting her solutions, her sleep disturbance ended. Consider Molly's next statements in light of findings about the alliance. In this passage, she comments on having her ideas neglected. Once asked about her convictions, it is as though a long-closed gate has opened.

Excerpt Three

M: My other counselors never asked me what I wanted to work on. They asked me questions about the subjects that I don't really want to answer. Shouldn't I be telling you [counselor] what I think about this?

T: [Laughs]

M: I mean you're not here to tell me my life or anything. I should come in and tell the person, "This is what's happening with this situation" and they're [the counselors] saying, "Your mom tells me you're doing such and such a thing" and then there's more stuff and like, "When did I start having problems with that?" And you come in there to talk to a person, to get them [problems] out of your system and get them worked on. Instead of she [the counselor] telling or he telling you what he thinks has happened; "Your dad's doing this, your grandfather's doing this." It's not really helping because you're sitting there going, "Uh-huh, uh-huh," and that's why I usually dreaded going to therapy. It never worked, it never helped. She [the counselor] sat down, and she starts talking. I'm sitting there going (*demonstrates her posture, looking down*). She talked the whole hour and I barely got a sentence in!

T: Certainly that wasn't very helpful to your concerns, your sleeping in you own room...

M: She ignored me being in Mom's room...And it is like they [therapists] think they are some all-mighty power or something. (*Both laugh.*)

T: That drives me nuts when they think they are the all mighty word about things.

M: Like they are God.

T: Right (*laughing*). Oh, that is music to my ears, Molly. You know, we think a lot alike.

M: It's like hang on, *I am also somebody*. And you laugh at what I mean to be funny and back at my old therapist whenever I said something, well I tried to say something about a subject, she gets busted up. It's like, *hey, I have an opinion too!*

T: She did not take you seriously...

M: No!

Commentary. Molly makes it clear she felt discounted and ignored. What she perceived as important and what she valued were not solidated. Given the significance of her perceptions of the relationship and the quality of her participation, it is not difficult to see why Molly did not have a successful experience. Based on her apparent lack of agreement regarding goals and tasks, the alliance literature would predict her negative outcome.

Excerpt Four

T: I knew you'd seen other therapists about not being able to sleep in your room, but yet..

M: It didn't help. I didn't want to do it. They weren't my ideas and they didn't seem right. Well, like, my other counselor said, "Let's try this for 5 minutes, then go for 10 minutes, then 15, then go for the whole night." I did it once and I decided, "This isn't helping!" I did it for 5 minutes and neglected to do it for 10, and then I didn't do it for 15, and then I didn't do it for half an hour. I didn't want to do that thing, so I basically ignored it..

Commentary. Molly tried to comply, but the process stalled, even with an evidence based treatment. The ideas were not her own. Molly had become a veteran of failed intervention and the struggle for change at the ripe age of 10. Accordingly, the current practitioner made a deliberate effort to forge an alliance. Molly made it clear that *her* goal was to get out of mother's room and sleep without nightmares. The practitioner accepted her goal at face value. Similarly, her proposed solution for her problem was welcomed.

The Medical Model Map Is Not The Territory

At bottom every man knows well enough that he is a unique being, only once on this earth; and by no extraordinary chance will such a marvelously picturesque piece of diversity in unity as he is, ever be put together a second time.

Friedrich Nietzsche

The medical model provides an empirically incorrect map of the psychotherapy terrain that sends both research and practice in the wrong direction. EBP ignores the known sources of variance and equates the client with a diagnosis and the therapist with a treatment technology - both interchangeable and insignificant to the procedure at hand. Psychotherapy is not an uninhabited terrain of technical procedures. It is not the sterile, stepwise, process of surgery, nor the predictable path of diagnosis, prescription, and cure. It cannot be described without the client and therapist, co-adventurers in a journey across largely uncharted territory. The psychotherapy landscape is intensely interpersonal, and ultimately, idiographic. Monitoring the client's progress and view of the alliance - using practice-based evidence - and altering treatment accordingly, is one way to manage the complexity and wonderful uncertainty that accompanies the process of psychotherapy (Duncan et al., 2004).

The evidence raises serious questions about professional specialization, training and certification, reimbursement for clinical services, research, and above all, the public welfare. Of course, standards are important - if for no other reason than to protect

consumers. Given current licensing and training standards, however, it is theoretically possible for therapists to obtain a license to practice and work their entire careers without ever helping a single person. Who would know?

Adopting an outcome-informed approach would go a long way toward correcting this problem, at the same time offering the first "real-time" protection to consumers and payers. After all, training, certification, and standards of care would involve ongoing and systematic evaluation of outcome - the primary concern of those seeking and paying for treatment. Instead of empirically supported therapies, consumers would have access to empirically validated therapists. Rather than evidence-based practice, therapists would tailor their work to the individual client via practice-based evidence. More important, clients would finally gain the voice in treatment that the literature has long suggested they deserve.

This would indeed be revolutionary because psychotherapy has operated outside the purview of the very people it intends to serve, resulting in unaccountable practices bordering on oppression. Imagine clients in charge of every aspect of therapy and receiving services based on their theory of change, using their feedback to guide all decisions. Imagine no more diagnostic workups, treatment plans, intake forms; no personal or confidential information divulged or electronically submitted for payment purposes - *or any other form or practice that has no relevance to outcome*. Imagine instead simply submitting outcome data that triggers payment automatically for unlimited meetings as long as clients are benefiting. You may say that I am a dreamer, but I'm not the only one. In fact, all of these things are already happening.

Imagine for the first time in history that mental health professionals will have proof of the effectiveness and value of day-to-day clinical work and no longer need to rely on the medical model for legitimacy. Imagine no longer gaining acceptance by adopting the questionable language and practices of the medical profession only to secure the permanent second-class status to which therapy has been relegated since the time of Freud. Imagine establishing an identity separate from the field of medicine. It is easy if you try.

References

- Ahm, H., & Wampold, B. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 251-257.
- Assay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Borduin, C., Mann, B., Cone, L., Henggeler, S., & Fucci, B., Blaske, D., & Williams, R. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578.
- Brown, J., Dreis, S., & Naege, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Carroll, K.M., Longabaugh, R., & Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 588-598.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Tompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Dennis, M. Godley, S., Diamond, G., Tims, F. Babor, T. Donaldson, J., Liddle, H. Titus, J., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 97-213.
- Duncan, B. (2001). The future of psychotherapy: Beware the siren call of integrated care. *Psychotherapy Networker, July/August, 24-33*, 52-53.
- Duncan, B., & Miller, S. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed outcome informed therapy* (revised ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Ft. Lauderdale: ISTC Press.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.

- Godley, S.H., Jones, N., Funk, R., Ives, M & Passetti, L (2004). Comparing outcomes of best-practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 35-48.
- Hansen, N.B., & Lambert, M.J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1-12.
- Henggeler, S., Melton, G., & Smith, L (1992). Family preservation using multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Howard, K.I., Kopte, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington, D.C.: APA Press.
- Jacobson N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J., Gortner, D., & Prince, S. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S, & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Ment Health Serv Res*, 7, 35-51.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. (pp. 543-589). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730.
- Kendell, R., & Zabransky, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Kirk, S.A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyher, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.

- Lambert, M.J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49-68.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*, 288-301.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 61*(2), 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (in press). Using outcome to inform and improve treatment outcomes. *Journal of Brief Therapy*.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (in preparation). *The effects of feedback on therapist variability over time*.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-474.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. In D. H. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 339-370). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., Liddle, H. (in press). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in MDFT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.
- Sparks, J., Duncan, B., & Miller, S. (in press). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Myths and the missing link. *Journal of Family Psychotherapy*
- Spiegel, A. (2005). The dictionary of disorder: How one man redefined psychiatric care. *The New Yorker, January 3*, 56-63.
- Spielmanns, G. L., & Pasek, L. F. (2005). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. Manuscript submitted for publication.
- Varhely, K., & Miller, S. A meta-analysis of child and adolescent outcome studies. Manuscript submitted for publication.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Watzlawick, P. (1976). *How Real is Real?* New York: Vintage.
- Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.
- Williams J., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The structured clinical interview for *DSM-III-R* (SCID) II: Multi-site test-re-test reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

* Portions of this paper were excerpted from Sparks, J., Duncan, B. & Miller, S. (in press). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Myths and the missing link. *Journal of Family Psychotherapy*; and Duncan, B. & Miller, S. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In: Norcross, J., Levant, R. & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

** The common factors provide the empirical backdrop for "client-directed, outcome-informed" ways of working with clients. A client-directed, outcome-informed approach contains no fixed techniques, invariant patterns in therapeutic process, and no causal theory regarding the concerns that bring people to therapy. Any interaction with a client can be client-directed and outcome-informed. This comes about when therapists purposefully partner with clients: (1) to enhance the factors across theories that account for successful outcome; (2) to use the client's theory of change to guide choice of technique and model; and (3) to inform the therapy with valid and reliable measures of the client's experience of the alliance and outcome. For a full discussion, see: Duncan, B., Miller, S., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness via client directed outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

Algemeen werkzame factoren en de ongewone heldhaftigheid van de jeugd

Barry L. Duncan, Institute for the Study of Therapeutic Change, Fort Lauderdale, Florida, VS

Samenvatting presentatie

Uit vijftig jaar van effectonderzoek blijkt dat veranderingen niet voortkomen uit een focus op stoornissen, ziekten of disfuncties. Veranderingen komen voort uit dat wat **goed** zit bij kinderen en jongeren: hun capaciteiten, hun creativiteit en hun sociale relaties, die werken als ondersteunende netwerken. Het gaat niet om de etiketten die zij opgeplakt hebben gekregen en zelfs niet om de werkwijze van professionele hulpverleners. Juist de factoren die bij alle behandelingen gelijk zijn, leveren de belangrijkste positieve resultaten op en wel gevoed door de ongewone heldhaftigheid van de jeugd. Deze presentatie gaat niet alleen in op wijzen van aanpak die bij jongeren werken, maar geeft ook aan hoe effectmanagement de doelmatigheid kan vergroten. Jongeren krijgen een stem in hun eigen behandeling en algemeen werkzame factoren worden per cliënt afzonderlijk geïmplementeerd.

Algemeen werkzame factoren en de ongewone heldhaftigheid van de jeugd*

De grote tragiek van de wetenschap – een prachtige hypothese gaat ten onder aan een naar feit.

Thomas Henry Huxley

In deze presentatie wordt kritisch ingegaan op het medisch model, voor zover dit betrekking heeft op de gewone problemen van kinderen en jongeren. Ik wil aantonen dat het meestal vergeefse moeite is om sterk het accent te leggen op een indeling in verschillende diagnoses. De diagnose van mentale stoornissen bij kinderen heeft geen gewoon groeiproces doorgemaakt, maar een wildgroei ondergaan, met als gevolg dat alternatieve, hoopvolle manieren om veranderingen te voorzien en te stimuleren worden belemmerd. Verder wil ik hier graag de *evidence based*-aanpak aan de kaak stellen, waarvan beweerd wordt dat deze wetenschappelijk superieur is. Ik vecht de mythe van de *best practice* aan en wil hier aantonen dat veranderingen tijdens een therapie niet terug te voeren zijn op de bijzondere eigenschappen van een bepaalde behandelmethode. Integendeel: veranderingen komen meestal voort uit factoren die bij alle benaderingen voorkomen en uit vaardigheden waarover de cliënt voor de behandeling al beschikte. De cliënt is de held in een therapeutisch treurspel**. Ten slotte wil ik aantonen hoe door middel van effectmanagement de dienstverlening aan kinderen en jongeren kan worden verbeterd. Jongeren krijgen daarbij een stem in hun eigen behandeling en algemeen werkzame factoren worden per cliënt afzonderlijk geïmplementeerd.

Het medisch model

Zij die zoeken naar feiten en hun juiste indeling worden arbeiders binnen de wetenschap. Zij die theorieën scheppen of overnemen worden hun politici.
Nicholas Maurice Arthus

Het medisch model, waarin de nadruk ligt op een indeling naar diagnoses en gewerkt wordt met *evidence based practice*, is op grote schaal overgenomen voor het terrein van menselijke problemen (Duncan, 2001). De psychotherapie berust vrijwel uitsluitend op de aannamen en de benadering van het medisch model, zowel in haar beschrijvingen, onderzoek, onderwijs, toepassing en regulering. Maar heeft het medisch model die klaarblijkelijke dominantie ook verdient?

Diagnostische stoornis

Ik ben bij mensen vrijwel niets tegengekomen dat goed is. Mijn ervaring is dat de meesten van hen uitschot zijn.

Sigmund Freud

Er zijn verschillende belangrijke redenen aan te wijzen waarom het medisch model, met als uitgangspunt het stellen van een diagnose, niet geschikt is voor psychotherapie (Sparks, Duncan, & Miller, wordt momenteel gedrukt). Uit medisch oogpunt is de eerste stap bij het bepalen van de aanpak, vast te stellen wat er mis is. Om duidelijk te krijgen of iemand ziek is, moet eerst duidelijk zijn wat gezond zijn inhoudt. In de geneeskunde is het mogelijk om een toestand te definiëren die als optimaal, want vrij van ziekte, kan worden beschouwd. Artsen kennen bijvoorbeeld de normale glucosespiegel van het bloed. Ze zijn dan ook in staat om afwijkingen van dit normale glucosegehalte vast te stellen en kunnen op grond daarvan een betrouwbare diagnose van diabetes stellen. In de geestelijke gezondheidszorg is het concept van normaliteit aanzienlijk problematischer. Het idee van normaal gedrag wordt bepaald door sociale en culturele normen, waarbij ook machtsverhoudingen, hiërarchie, acceptatie en uitsluiting een rol spelen. Menselijk gedrag vertoont een kenmerkend, groot variatiepatroon, dat nog complexer wordt door sociale systemen die verschillen tolereren of afkeuren. Geestelijke gezondheid werkt in tegengestelde richting, we bepalen weliswaar de afwijking, maar kunnen veel moeilijker de vinger leggen op wat normaal is (Watzlawick, 1976).

Ten tweede ontbreekt het bij een diagnose binnen de geestelijke gezondheidszorg aan betrouwbaarheid en validiteit, de hoekstenen van ieder fatsoenlijk meetsysteem. In een recent gehouden interview met Robert Spitzer, het brein achter het *DSM*, gaf deze ruiterlijk toe: "Te zeggen dat wij het probleem van betrouwbaarheid hebben opgelost is simpelweg gelogen... Het probleem is minder groot. Maar als je het in die vorm zou tegengekomen bij een gewone arts, zou dat zeker geen goede zaak zijn." (Spiegel, 2005, p. 63). Tijdens het laatste grote onderzoek naar het *DSM*, waarbij goed opgeleide artsen op verschillende locaties werkten onder supervisie van enkele van de meest ervaren diagnostisch specialisten ter wereld (Williams et al., 1992), was sprake van betrouwbaarheidscoëfficiënten die niet sterk afweken van de cijfers uit de jaren vijftig en zestig. Kirk en Kutchins (1992) wezen er zelfs op dat sommige betrouwbaarheids-coëfficiënten in dit onderzoek zelfs slechter uitvielen dan bij vroegere pogingen. Als zelfs goed opgeleide artsen in een goed gecontroleerde setting al geen overeenstemming kunnen bereiken over algemene diagnosecategorien, hoeveel vertrouwen kunnen we dan hechten aan de specifieke diagnose zoals artsen die onder normale omstandigheden ten aanzien van hun patiënten stellen?

Behalve dat wij vraagtekens kunnen zetten bij het punt van de betrouwbaarheid, is er een nog cruciaal element waar het bij het stellen van een psychiatrische diagnose aan

schort: het element van validiteit. Wij kunnen de vraag stellen of een diagnose conform het *DSM* eigenlijk wel in die vorm in de werkelijkheid voorkomt? In een artikel in de *American Journal of Psychiatry* van Kendell en Zabransky (2003, p. 7) wordt geconcludeerd dat er "momenteel weinig bewijs is voor de validiteit van de meeste psychiatrische diagnoses van tegenwoordig, aangezien zij nog steeds worden gedefinieerd op basis van syndromen waarvan niet is aangetoond dat zij natuurlijke begrenzingen kennen." De auteurs wijzen er op dat bij psychiatrische diagnoses de meest basale definitie van validiteit ontbreekt: ze zijn niet gebaseerd op empirische standaardwaarden waarmee verschil kan worden gemaakt tussen hypothetische pathologische situaties en normale menselijke variaties met betrekking tot de problemen des levens. Het resultaat is een serie troebele, te veelomvattende criteria voor een steeds langer wordende lijst van stoornissen (Duncan, Miller en Sparks, 2004). Helaas krijgt het *DSM* een aura van validiteit door het feit dat er in vaktijdschriften en de lekenpers constant en kritiekloos aan wordt gerefereerd en dat tegen een achtergrond van wetenschappelijk onderzoek waartegen niemand ten strijde trekt. Hierdoor ontstaat een vertrouwen dat de tot in de kern gebrekkige infrastructuur van het *DSM* ver te boven gaat (Sparks et al., wordt momenteel gedrukt).

Door de problemen van het leven of de reikwijdte van de innerlijke belevingswereld van de mens toe te schrijven aan bepaalde stoornissen wordt de essentie van het mens-zijn radicaal afgewezen en wordt de identiteit van jongeren uiteindelijk gedefinieerd als "ziek, slecht of slachtoffer". Mensen zijn in eerste instantie vooral lid van sociale gemeenschappen. Hun gedrag en geestesgesteldheid staan in direct verband met deze contexten en worden hierdoor beïnvloed. Psychiatrische diagnoses vertegenwoordigen ziektebeelden die vermoedelijk iedere vorm van tijd, plaats en cultuur te boven gaan. In plaats dat de angst van een kind als product van een specifieke reeks van omgevingsfactoren wordt beschouwd, past een diagnostisch systeem hierop niet-contextgebonden omschrijvingen toe zoals fobie, anxietas of paranoia. Door zijn doordringendheid en niet-contextgebonden aard legt een diagnose het probleem bij het kind en ziet andere mogelijke verklaringen over het hoofd, zoals de vraag of een kind wordt gepest of onderdrukt, of het van een ouder of een broertje of zusje geleerd heeft om op zijn hoede te zijn, of het nergens terecht kan voor ondersteuning of probeert de vragensteller op een bepaalde manier voor zich te winnen (Sparks et al., wordt momenteel gedrukt).

Tot slot kunnen we uit een diagnose ook weinig opmaken dat relevant is voor het proces van verandering, een diagnose heeft geen voorspellende waarde. Een diagnose heeft geen correlatie met de resultaten van een behandeling, noch met de duur ervan. Omdat van geen enkele aanpak op betrouwbare wijze is aangetoond dat hij beter is dan een andere aanpak, geeft een diagnose artsen noch patiënten uitsluitel over de beste aanpak voor het oplossen van een probleem (Brown, Dries en Nace, 1999; Wampold, 2001). Door het importeren van de medische diagnose in de psychotherapie wordt de cliënt in de passieve houding gemanoeuvreerd van drager van een ziekte, een ziekte die door de vakkundige ingrepen van de arts verholpen kan worden. Dat cliënten in een dergelijke positie terecht komen is absoluut contraproductief en gaat recht in tegen dat wat bekend is over het belang van cliëntfactoren bij psychotherapie. Uit het overgrote deel van het effectonderzoek van de afgelopen vijftig jaar komt naar voren hoe belangrijk de rol van de cliënt is bij het

teweegbrengen van veranderingen bij zichzelf (Asay en Lambert, 1999; Karver, Handelsman, Fields en Bickman, 2005). Uit onderzoek blijkt steeds opnieuw dat cliënten de helden zijn in het treurspel van de therapie (Duncan et al., 2004).

De cliënt als held

Het is makkelijker om bij mensen, staten en de voorzienigheid gebreken te vinden, dan om hun werkelijke belang en waarde in te zien.

Hegel

Jongeren en hun ouders of verzorgers zijn in wezen de enigen die werkelijk in sterke mate kunnen bijdragen aan het resultaat van een behandeling en wel door de uitgangspunten die zij meebrengen naar de spreekkamer en door de invloeden die daarbuiten hun leven bepalen (Hubble, Duncan en Miller, 1999). Deze factoren kunnen zowel vasthoudendheid, openheid, vertrouwen, optimisme, een ondersteunende oma of het lidmaatschap van een kerkgenootschap zijn: het betreft alle factoren die een rol spelen in het leven van een cliënt voor hij in therapie gaat. Het gaat ook om waardevolle interacties tussen sterke innerlijke krachten en toevalligheden, zoals bijvoorbeeld naar een nieuwe school gaan of een crisis die iemand goed doorstaat. Assayen Lambert (1999) schrijven 40 procent van de verbeteringen tijdens psychotherapie toe aan cliëntfactoren. In zijn meta-analyse schrijft Wampold (2001) zelfs een ongelooflijk percentage van 87% toe aan dergelijke extratherapeutische factoren (inclusief foutvariantie). Bezien vanuit dit perspectief van verandering, is het tijd om onze manier van denken over cliënten en de opzet van behandelingen drastisch om te gooien.

Therapeuten kunnen beginnen om hun jeugdige cliënten de rol toe te bedelen van personen die hun verandering primair zelf in de hand nemen, door eerst naar hen te luisteren en alert te zijn op hun capaciteiten, te luisteren naar de heldhaftige verhalen waaruit blijkt hoe zij zelf obstakels hebben overwonnen, actie hebben ondernomen en veranderingen ten positieve teweeg hebben gebracht. Hier is geen specifieke formule voor te bedenken, de sleutel hiervoor ligt echter in de manier waarop een therapeut zich gedraagt ten aanzien van de inherente vaardigheden en veerkracht van de cliënt. Karver et al. (2005) geven aan dat therapeuten meestal geneigd zijn om op de sterke kanten te wijzen van jongeren die al voor het begin van de therapie overduidelijk over sterke eigenschappen beschikten. Maar, afgezien van dat wat voor de hand ligt, vraagt het luisteren naar heldhaftige verhalen ook om het vinden van een balans tussen empathisch luisteren naar problemen en het hebben van een open oor voor sterke kanten en hulpbronnen waarvan u weet dat ze er zijn. Goed luisteren en alert zijn op capaciteiten, hulpbronnen en veerkracht houdt niet in dat de therapeut het leed van de patiënt moet negeren of voortdurend de rol van een soort cheerleader moet innemen. Waar het op aankomt is dat de therapeut het hele verhaal beluistert: de verwarring en de helderheid; het lijden en de weerstand; de pijn en het doorbijten; de vertwijfeling en het verlangen. In wezen houdt het luisteren naar heldhaftige verhalen alleen in dat artsen zich openstellen voor verschillende versies van verhalen die binnen de ervaringswereld van de cliënt met elkaar wedijveren. Een diagnose vertelt maar één verhaal, een probleemomschrijving weer een ander verhaal. Zo zijn er nog vele andere verhalen over moed en overleven die parallel lopen. Welke weg de therapeut ook kiest, het is belangrijk dat hij of zij zich bewust is dat het doel niet is om te bepalen waaraan cliënten behoefte hebben, maar dat gezocht wordt

naar dat wat zij al in zich hebben, om dat te kunnen gebruiken om hun eigen doelen te verwezenlijken.

Samenvattend kan worden gezegd dat een diagnose slechts een vlak en kleurloos beeld geeft, waarin het accent op de zwakheid van cliënten ligt. Dit stigmatiseert hen en maakt dat vitale capaciteiten en hulpbronnen op de achtergrond raken, die anders hadden kunnen worden benut om problemen op te lossen. Als de diagnose het beeld niet domineert, kan een arts met een cliënt op een vrijere manier zoeken naar verklaringen voor de problemen in diens leven, zonder dat daarbij een ziekte voorop staat. Zo kan gekeken worden naar een actieve wijze van aanpak met een breder spectrum aan mogelijkheden om het leed te verzachten. In plaats dat een cliënt wordt neergezet alsof er bij hem of haar een fout moet worden hersteld, bijvoorbeeld als een kind dat ziek, slecht of een slachtoffer is, hebben we de mogelijkheid om vindingrijke, actief handelende personen te krijgen, die zelf besluiten hoe zij hun leven en hun relaties met de buitenwereld willen reorganiseren (Sparks et al., wordt momenteel gedrukt).

Evidence Based Practice

Ik bewonder mensen die zoeken naar de waarheid, maar ik mijd hen die de waarheid hebben gevonden.

Frans motto

Evidence based practice (EPB) is een ander onzalig idee dat is overgenomen uit het medisch model en de geestelijke gezondheidszorg perse moest worden opgedrongen. Natuurlijk is er niks mis met de vraag welke aanpak effect heeft bij problemen onder jongeren. Maar we moeten er wel altijd de volgende vraag bij stellen: "Om wiens resultaten en om *wat voor soort* resultaten gaat het?" Pas dan kan goed worden bepaald of juist *die* resultaten een bepaalde aanpak en het opleggen van bepaalde praktijken rechtvaardigen.

Aan *EPB* ligt de aanname ten grondslag dat het herstel van cliënten grotendeels wordt bepaald door specifieke technische handelingen, kortom dat de werkzame (unieke) ingrediënten van een bepaalde aanpak verschillende effecten sorteren bij verschillende stoornissen. Het effect hiervan is dat psychotherapie gelijk wordt gesteld aan een pil met bepaalde vaststelbare, unieke ingrediënten die krachtiger zijn dan de werkzame stoffen van andere geneesmiddelen.

Er zijn drie empirische argumenten te bedenken die tegen deze aanname pleiten (Duncan en Miller, 2005). Het eerste argument is dat van de juryuitspraak van de dodo, een kleurrijke samenvatting van de ingrijpende conclusie dat specifieke wijzen van aanpak geen specifieke effecten of relatieve werkzaamheid hebben. Het was Saul Rosenzweig die in 1936 voor het eerst de woorden van de dodo uit het boek *Alië in Wonderland* aanhaalde: "Everybody has won and all must have prizes" (Ze hebben allemaal gewonnen en iedereen moet een prijs krijgen). Hij deed dit ter illustratie van de door hem waargenomen gelijke effecten van verschillende vormen van psychotherapie. Meer dan 40 jaar later hebben Luborsky, Singer en Luborsky (1975) de conclusie van Rosenzweig empirisch gevalideerd in hun beoordeling van vergelijkende klinische onderzoeken, die inmiddels modelkarakter heeft gekregen. De uitspraak van de dodo is sindsdien het meest geciteerde onderzoeksresultaat in de psychologische

literatuur geworden en wordt gebruikt voor een breed spectrum van onderzoeksbenaderingen, problemen, populaties en klinische settings (Assay en Lambert, 1999), waaronder benaderingen die betrekking hebben op huwelijk en familie (Shadish en Baldwin, 2002), en op therapieën voor kinderen en jongeren (Dennis et al., 2004; Spielmans en Pasek, 2005; Varhely en Miller, 2005).

Als voorbode van het tijdperk van het gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek wees men tijdens het toonaangevende *Treatment of Depression Collaborative Research Project (TDCRP)* (Elkin et al., 1989) 250 depressieve deelnemers gerandomiseerd toe aan vier verschillende wijzen van aanpak: cognitieve therapie, interpersonele therapie, antidepressiva en een placebopil plus klinische ondersteuning. Na alle moeite die er was gaan zitten in het opzetten van een onderzoek dat de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van effectonderzoek voor het voetlicht bracht, bleken de vier behandelingen, inclusief die met het placebo, ongeveer dezelfde resultaten op te leveren. Een onderzoek dat voor de *EBP*-gerelateerde behandeling van kinderen en jongeren zeer relevant is, is het kort geleden gepubliceerde onderzoek naar de behandeling van jongeren met een cannabisverslaving (*cannabis youth treatment study* ofwel *CYTS*). Bij dit onderzoek kwam geen van de *best practices* of op onderzoek gebaseerde interventies duidelijk als betere aanpak uit de bus (Godley, Jones, Funk, Ives en Passeti, 2004). Bij dit grote onderzoek onder 600 ernstig verslaafde jongeren bleken er ook geen verschillen te zijn tussen het type behandeling of de mate waarin werd behandeld (Dennis et al., 2004).

Door middel van een meta-analyse, die speciaal was opgezet om de dodo-uitspraak aan een nader onderzoek te onderwerpen (Wampold et al., 1997), werden ongeveer 277 onderzoeken uit de jaren 1970 tot en met 1995 opnieuw tegen het licht gehouden. Deze analyse bleek te onderschrijven dat geen enkele aanpak duidelijk beter was dan een andere. De maximale effectgrootte (*ES*) van de verschillen tussen de behandelingen was een zwak cijfer .2. Dit geldt tevens voor een recent meta-analyseonderzoek naar therapeutische benaderingen bij kinderen en jongeren (Varhely en Miller, 2005). Wampold et al. vroegen zich af "waarom onderzoekers pertinent verschillen willen vinden tussen behandelingen, terwijl ze weten dat deze effecten maar van kleine omvang zijn?" (p. 211). Ten slotte kwam uit een gigantisch reëel onderzoek van *Human Affairs International* onder 2.000 therapeuten en 20.000 cliënten naar voren dat er geen verschillen bleken te zijn tussen de dertien benaderingen, waaronder geneesmiddelenbehandelingen, familitherapie en benaderingen gericht op kinderen (Brown et al., 1999). Uit de overgrote meerderheid van de gegevens komt dus naar voren, dat er geen specifieke effecten waarneembaar zijn. Wanneer twee of meer betrouwbare behandelmethoden, die als volledig therapeutisch werkzaam zijn bedoeld, worden vergeleken, kan iedere claim dat een bepaalde behandeling superieur zou zijn aan een andere met succes worden weerlegd. Het is opvallend dat er ondanks het enorme aantal effectonderzoeken rond de behandeling van jongeren - enkele schattingen gaan uit van ongeveer 1500 - maar bij 23 onderzoeken naar verschillen in doelmatigheid tussen twee of meer betrouwbare behandelingsvormen gezocht wordt (Varhely en Miller, 2005).

Het tweede argument dat licht werpt op de empirische valkuilen van de evidence based practice, komt voort uit de schattingen ten aanzien van de gevolgen van

specifieke technieken op het resultaat. Na een extensief, niet-statistisch onderbouwd onderzoek naar verschillende decennia van effectonderzoek, komt Lambert (1992) tot de conclusie dat modellen/technische factoren voor ongeveer 15% bijdragen aan de variantie van de resultaten. Wampold (2001) is van mening dat er zelfs een nog kleinere rol is weggelegd voor de specifieke technische aanpak bij diverse psychotherapeutische benaderingen. In zijn meta-analyse kent hij aan de gevolgen van een bepaalde therapie slechts een effect van 13% toe, bij een combinatie van algemene en specifieke factoren. Van die 13% beslaat slechts 8% de invloed van modellen. Van de totale variantie van veranderingen kan slechts 1% worden toegewezen aan een specifieke techniek. Dit verrassend lage cijfer is afkomstig uit het meta-analytisch onderzoek uit 1997, waarin de royaalste effectgrootte (ES) voor verschillen tussen behandelingen bij .2 lag. Slechts 1% van de variantie bij de resultaten van behandelingen kan werkelijk worden toegeschreven aan specifieke behandelfactoren. Zoals boven al genoemd werd, kwam uit de meta-analyse van de onderzoeksliteratuur rond therapieën voor kinderen en jongeren van Varhely en Miller (2005) een ES van .22, naar voren, wat ook aangeeft dat slechts een miniem gedeelte van de variantie bij behandelingen van jongeren kan worden toegeschreven aan specifieke factoren. Wanneer wij deze schattingen van de variantie nader onder de loep nemen, blijkt dat EBP's voortkomen uit factoren die voor respectievelijk 85% en 99% geen bijdrage leveren aan de variantie van het resultaat. De EBP-benadering beslaat dan ook niet voldoende van het 'landschap' om het tot een nuttige gids op het terrein van de psychotherapie te maken.

Ten slotte zijn daar nog de zogeheten *component studies*, onderzoeken waarin therapiebenaderingen worden ontmanteld om de unieke elementen ervan boven water te krijgen. Ook daar kon maar weinig bewijsmateriaal worden gevonden waarmee specifieke effecten van therapieën konden worden onderbouwd. Een prototype van dergelijk onderzoek is te vinden bij Jacobson et al. (1996), die zich richtte op cognitieve gedragstherapie (CBT) en depressiviteit. Aangezien CBT bij de EBP's voor jongeren veel voorkomt, is dit onderzoek bijzonder veelzeggend. De cliënten werden gerandomiseerd toegewezen aan: 1) gedragsactiveringsbehandelingen, 2) gedragsactiverings-behandelingen gecombineerd met copingstrategieën gerelateerd aan automatische gedachten of 3) complete cognitieve behandeling (de twee bovengenoemde benaderingen plus het vaststellen en wijzigen van disfunctionele kernschema's). Uit de resultaten kwamen bij de afronding van de behandeling en de follow-up geen verschillen naar voren. Ter afsluiting van dit onderwerp nog een voorbeeld van een recent meta-analytisch onderzoek naar *component studies* (Ahn en Wampold, 2001). Zij stelden in de literatuur tussen 1970 en 1998 het bestaan van 27 vergelijkende onderzoeken vast, waarbij een wijze van aanpak werd afgezet tegen diezelfde aanpak, maar dan zonder een bepaalde component. De resultaten brachten geen verschillen aan het licht. Uit de bovengenoemde onderzoeken blijkt dat het niet uitmaakt welke component je achterwege laat, de benadering werkt nog net zo goed als de complete behandeling met alle componenten. Als we naar het geheel kijken, geven zowel vergelijkende klinische onderzoeken, meta-analytische onderzoeken als *component studies* hetzelfde beeld te zien. De verschillende therapeutische benaderingen hebben geen unieke componenten en er is empirisch maar weinig aan te voeren dat een privilege voor EBP rechtvaardigt.

Wat *EBP* mogelijk nog meer schade kan berokkenen is dat de herhaalde demonstratie van superioriteit ten opzichte van placebo's en gebruikelijke behandelingen niet veel inhoudt. De psychotherapie demonstreert al bijna vijftig jaar haar superioriteit ten opzichte van placebo's! Therapie is ongeveer twee keer zo doelmatig als een placebo en vier keer zo goed als helemaal geen behandeling. Dit onderzoek wordt weliswaar met veel poeha gepresenteerd, maar vertelt ons niets nieuws: therapie werkt. Bovendien is het iets anders om doelmatigheid ten opzichte van een placebo te bewijzen dan om de doelmatigheid van een bepaalde aanpak ten opzichte van andere manieren van aanpak aan te tonen. Waarom doen veel voorstanders van *EBT* het voorkomen alsof grotere doelmatigheid ten opzichte van een placebo inhoudt dat deze aanpak daardoor per definitie beter is dan een andere behandeling?

Wanneer een verschil in doelmatigheid geclaimd wordt, is het oppassen geblazen. Ten eerste is het aantal onderzoeken waarin verschillen konden worden aangetoond niet groter dan het aantal dat door puur toeval zou worden bepaald. Bovendien blijkt bij nadere beschouwing van de onderzoeken dat de claim van superioriteit moet worden afgezet tegen twee grote onderwerpen: loyaliteitseffecten (wiens resultaten?) en indirecte vergelijkingen (om wat voor resultaten gaat het?) (Wampold, 2001). Loyaliteitseffecten zijn toe te schrijven aan de affiniteit van de therapeut of onderzoeker met de behandeling in kwestie. Wampold (2001) suggereert dat ongeveer 70% van de effecten van behandelingen toe te schrijven vallen aan dergelijke loyaliteitseffecten.

Zo bleek uit sommige rapporten dat cognitieve en gedragstherapeutische benaderingen in zeer geringe mate succesvoller waren, bij later onderzoek bleek echter dat die verschillen compleet verdwenen als de loyaliteit van de onderzoekers van de betreffende methoden werd meegenomen in de analyse (Lambert en Ogles, 2004; Varhely en Miller, 2005). Ter vergelijking: bedenk dat de hoofdonderzoekster van het bovengenoemde *TDCRP*, Irene Elkin, met geen van de onderzochte benaderingen enige affiniteit had. Verder werd iedere behandeling die in de vergelijking werd opgenomen, ter beschikking gesteld door artsen die loyaal waren aan de modellen die zij gebruikten. De loyaliteitseffecten waren daardoor gecontroleerd. Alle gerapporteerde behandelingsverschillen moeten eerst worden afgezet tegen de loyaliteit van de onderzoekers en de artsen die betrokken zijn bij het onderzoek.

Een ander belangrijk punt bij het controleren van de juistheid van claims met betrekking tot doelmatigheidsverschillen is of het onderzoek inderdaad eerlijk van opzet is. Is er werkelijk sprake van een vergelijking tussen twee benaderingen die volledig als therapeutisch werkzaam zijn bedoeld? Of is er in wezen sprake van een stokpaardje van de onderzoekers dat in de ring gaat tegen een normale behandeling of een verre van ideale opponent? Wampold (2001) spreekt bij dergelijke oneerlijke wedstrijden van 'indirecte vergelijkingen'. Zo is daar bijvoorbeeld de multisystemische therapie (*MST*), die op een indrukwekkende manier heeft aangetoond dat deze aanpak beter is dan geen behandeling of de gebruikelijke behandeling ten aanzien van het verminderen van criminele daden van jongeren en tevens voor andere nuttige doeleinden (zie hiertoe bijv. Henggeler, Melton en Smith, 1992). Maar om op basis van een vergelijking met individuele therapie te willen beweren dat deze aanpak beter is,

is appels met peren vergelijken en doet bovendien denken aan badkleding voor mannen en vrouwen, die immers ook bekender is om datgene wat verborgen blijft en niet om dat wat zichtbaar is.

Een van die vergelijkingen betrof zeer criminele jonge daders (Borduin, Mann, Cone et al., 1995) en ging uit van *MST* die thuis werd gehouden, waarbij ouders en andere interacterende systemen betrokken waren en die werd uitgevoerd door therapeuten die regelmatig werden begeleid door de bedenkers van deze aanpak. *MST* werd vervolgens vergeleken met een therapie waarbij *alleen* de jongeren betrokken waren, zonder dat er van buitenaf invloed op hen kon worden uitgeoefend door ouders of anderen. De jongeren waren opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en werden begeleid door therapeuten die niet verder werden ondersteund en die geen speciale affiniteit met de aanpak hadden. Deze vergelijking gaat mank, er lijkt eerder sprake te zijn van een vergelijking met een normale behandeling in plaats van een vergelijking met een bonafide behandelconcept. Als er een vergelijking zou worden gemaakt met een andere therapie die in de thuissituatie werd uitgevoerd en waarbij de loyaliteitskwestie gecontroleerd was (bijvoorbeeld door het onderzoek uit te laten voeren door personen met dezelfde overtuiging ten aanzien van de alternatieve behandeling) en hierbij de juiste partijen betrokken zouden zijn, dan valt te verwachten dat er een sterke parallel met de jurering van de dodo zou uitrollen.

EBP en de bekende bronnen van variantie

Wie kennis verwerft en die niet in de praktijk toepast, lijkt op iemand die zijn akker omploegt en hem niet inzaait.

Sa'di

Het is op een bepaalde manier verleidelijk om psychologische interventies zo makkelijk te maken dat een kind de was kan doen en de gebruikers, dus de cliënt en therapeut, in wezen niet ter zake doen. Deze productvisie op therapie is empirisch misschien wel het meest leeghoofdige aspect van *EBP*. De behandeling zelf staat immers voor een uiterst geringe resultaatvariantie als we dit vergelijken met de cliënt en de therapeut en hun wederzijdse relatie, die aan de variantie zo ongelofelijk veel meer bijdragen.

Om te beginnen is dat de variantie die wordt toegeschreven aan de alliantie, de relatie tussen cliënt en therapeut om de doelen van de cliënt te verwezenlijken: onderzoekers stellen regelmatig vast dat een positieve alliantie een van de beste voorspellende factoren voor het resultaat is, zowel bij de behandeling van volwassenen als bij kinderen en jongeren (Horvath en Symonds, 1991; Martin, Garske en Davis, 2000; Shirk en Karver, 2003). Gezien vanuit het oogpunt van behandelingen voor kinderen en jongeren staan de allianties tussen kind en therapeut en die tussen ouder en therapeut voor veranderingen ten positieve bij het kind. De alliantie tussen ouder en therapeut is gerelateerd aan de verbetering van ouderschapsvaardigheden en interactie thuis. Uit de evaluaties door kinderen en ouders ten aanzien van de alliantie kwamen consistentere resultaten naar voren dan uit die van de therapeuten zelf (Kazdin, Whitley en Marciano, 2005; Shirk en Karver, 2003). Bij het *CYTS*-onderzoek maakte de alliantie dat de uitkomsten voorspelbaarder waren en dat beter kon worden ingeschat wie zou afvallen en wie na de behandeling weer cannabis zou

gaan gebruiken (Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., Liddle, H. wordt momenteel gedrukt).

Onderzoek naar de kracht van de alliantie geeft meer dan 1000 conclusies en daar blijft het niet bij (Orlinsky, Rønnestad en Willutzki, 2004). Zo onderzochten Krupnick et al. (1996) de gegevens van het TDCRP en stelden vast dat de alliantie in alle gevallen een voorspellende kracht had voor het succes. Bij het behandelmodel was daarvan geen sprake. Ook de kenmerken van de behandelingen voor jongeren (familietherapie, individuele therapie, gedragstherapie of geen gedragstherapie etc.) hadden geen voorspellende waarde voor het resultaat en hadden geen invloed op de samenhang tussen de alliantie en de resultaten (Shirk en Karver, 2003).

Uitgaand van de meta-analyse van Horvath en Symonds (1991), rekent Wampold (2001) 7% van de totale variantie van het resultaat toe aan de alliantie. Wanneer we dit cijfer in het juiste perspectief zien, is dus de mate van verandering die voortkomt uit de alliantie zeven keer groter dan de verandering door een bepaald model of een bepaalde techniek. In een andere vergelijking, gedaan in het TDCRP, bleken de belangrijkste alliantiescores meer dan 21% van de variantie voor hun rekening te nemen, terwijl de verschillen tussen behandelingen maximaal 2% van de variantie in het resultaat opleverden (Wampold, 2001). Dit verschil is zelfs tien keer zo groot.

Als we ons richten op de variantie die kan worden toegeschreven aan de therapeut, dan kunnen we vaststellen dat de explosieve groei van *EBP's* de invloed van individuele therapeuten op het resultaat gelukkig nog niet geheel het zwijgen heeft kunnen opleggen. De behandeling varieert nog steeds sterk per therapeut (Miller, Duncan, Brown, Sorrell en Chalk, wordt momenteel gedrukt; Lambert et al., 2003). De schattingen lopen uiteen van een conservatieve 6% (Crits-Christoph et al., 1991) tot 9% (Researchgroep van het project *MATCH*, 1998) van de variantie die kan worden toegeschreven aan het effect van de therapeut zelf. Deze percentages zijn zeer interessant, zeker als ze worden vergeleken met de variantie tussen behandelingen (1%).

En, zoals reeds gezegd, de grootste bron van variantie (40 of 87%), die door de verschuiving in de richting van *EBP's* vrijwel volledig op de achtergrond is geraakt, zijn nog altijd extratherapeutische factoren, variabelen die te maken hebben met de cliënt, waaronder ook onverklaarbare en foutieve variantie. Deze variabelen zijn incidentele factoren voor het behandelmodel en zijn bij iedere cliënt idiosyncratisch. Het zijn kortom factoren die onderdeel uitmaken van de cliënt en zijn of haar omgeving en die bijdragen aan herstel, ongeacht of de cliënt deelneemt aan een therapie of niet (Lambert, 1992). Bij jonge cliënten worden als variabelen vaak genoemd: jonge leeftijd/ontwikkelingssituatie, interpersoneel functioneren tussen het kind/de jongere en de ouders, geestelijke gezondheidstoestand van de ouders, intelligentie van de ouders, familieomgeving, verwachtingen van het kind/de jongere respectievelijk de ouders ten aanzien van de doelmatigheid, etc. (Karver et al., 2005). Doordat er geen duidelijk bewijs bestaat dat een van deze specifieke variabelen van de cliënt een voorspellende waarde voor het resultaat heeft, of een verklaring kan zijn voor de onverklaarbare variantie, kan deze krachtigste bron van variantie grotendeels niet in kaart worden gebracht. Dit geeft aan dat op de grootste bron van variantie

geen algemeen geldende omschrijvingen kunnen worden toegepast, omdat deze bron per cliënt verschilt. Deze onvoorspelbare verschillen komen alleen bij een benadering per cliënt, per alliantie, per therapeut en per behandeling bovendien.

Kort samengevat geeft *EBP* noch een verklaring voor de bronnen van variantie die bekendstaan om hun invloed op de resultaten, noch maakt dit model gebruik van de mogelijkheden hiervan. Gezien de bovengenoemde gegevens, ben ik van mening dat het misplaatst is om waardevolle tijd en middelen te blijven investeren in de ontwikkeling en verspreiding van *EPB*.

Fiducie in de alliantie

Het is het gewone dat ons in het leven meestal ontgaat. Wat voor onze neus ligt, zien we pas op het laatst.

William Barrett

Therapie werkt, maar hoe zij werkt is niet terug te vinden in de geïsoleerde verklaringen van de verschillende theoretische oriëntaties, maar juist in de factoren die bij alle benaderingen voorkomen. Uit de gegevens over de alliantie blijkt dat therapie werkt wanneer cliënten (zowel kinderen of jongeren als hun ouders) deze relatie als positief beschouwen, van mening zijn dat therapie relevant is voor hun zorgen en voor het behalen van hun doelen en wanneer zij actief deelnemen. Wanneer therapeuten de manier waarop een cliënt de alliantie waarneemt kunnen beïnvloeden, hebben zij in wezen de meest directe invloed op veranderingen die mogelijk is. Gezien het feit dat tussen de 40 à 60% van de jongeren die met een behandeling beginnen zich tegen de adviezen in terugtrekken (Kasdin, 2004), blijkt de alliantie van wezenlijk belang te zijn. Bordin (1979) definieert de alliantie op een klassieke manier met drie samenhangende elementen: 1) de ontwikkeling van een band tussen de therapeut en de cliënt, 2) het bereiken van overeenstemming over de therapiedoelen en 3) het bereiken van overeenstemming over de taken van de therapie.

Net als bij het luisteren naar heldhaftige verhalen is de houding van de therapeut ook bij het ontwikkelen van een band van cruciaal belang. Een essentieel onderdeel van deze houding is de opvatting dat de aandacht moet uitgaan naar de alliantie en niet naar het model. Om deze instelling te bereiken, is het nuttig om iedere ontmoeting als een eerste afspraak te beschouwen (zonder de romantische implicaties van dien), waarbij de therapeut heel bewust zijn of haar beste beentje voorzet, actief probeert te dingen naar de gunst van de cliënt en hem of haar weet te verlokken tot participatie. De actieve betrokkenheid van de cliënt bij het proces en de kwaliteit van die betrokkenheid zijn de beste indicaties voor een vermoedelijk succes. Aangezien de band reeds vroeg tot stand komt, is het niet meer dan begrijpelijk dat goed moet worden gelet op de eerste indrukken en reacties van de cliënt.

Naast voortdurende monitoring en flexibiliteit is het zinvol om na te denken over de reacties van de kant van de therapeut binnen deze relatie. Een daarvan is het idee van *bevestiging*, een proces waarin de worsteling van de cliënt wordt gezien als een belangrijke factor, misschien zelfs als een cruciaal punt in het leven van de cliënt en waarin zijn of haar gedachten, gevoelens en gedrag worden geaccepteerd en geloofd en als volslagen begrijpelijk worden beschouwd in het licht van de benarde

omstandigheden (Duncan en Sparks, 2002). Dit is extra belangrijk bij ouders die het gevoel hebben dat zij de schuld in de schoenen geschoven krijgen voor de problemen van hun kinderen. Bevestiging is de werkelijke, kritiekloze acceptatie van de cliënt en houdt in dat op een empathische manier gezocht wordt naar een rechtvaardiging voor dat wat de cliënt doormaakt.

Het tweede aspect van de alliantie is overeenstemming over de therapiedoelen. Aandacht hebben voor de doelen van de cliënt houdt in dat er weinig tijd wordt besteed aan het ontwikkelen van een diagnose of het nadenken over een mogelijke etiologie van de klachten die zich voordoen en nog minder tijd aan het zoeken naar een therapeutische aanpak of techniek die het meeste nut zou kunnen hebben. Het proces bestaat in wezen voornamelijk uit zorgvuldig luisteren en het goed monitoren van de alliantie, in combinatie met vragen waarmee de doelen van de cliënt steeds worden gedefinieerd en geherdefinieerd: de bijdrage van de cliënt en diens participatie en betrokkenheid leggen de grondslag voor de therapiedoelen. Als de cliënten wordt gevraagd wat zij van de therapie verwachten en wat ze veranderd willen zien, geeft dit een geloofwaardig beeld van hun opvattingen en waarden ten aanzien van het probleem en de oplossing daarvan. Hoe eenvoudig deze stap ook moge zijn, het is voor cliënten een uitnodiging om zichzelf te zien als samenwerkingspartner bij het verbeteren van hun eigen leven. Hoe de doelen van de patiënt ook mogen klinken, ze dienen kritiekloos te worden aanvaard, omdat dat de verlangens zijn die de cliënt ertoe zullen aanzetten en motiveren om voor zichzelf actie te ondernemen. Dit is het begin van het veranderingsproces, ongeacht het doel waar de cliënt ten slotte zal gaan uitkomen.

Het laatste aspect van de alliantie is de overeenstemming over de taken van de therapie. Taken zijn in dit geval specifieke technieken of therapeutische opvattingen, gespreksonderwerpen, gespreksmethoden, hoe vaak er afspraken voor gesprekken worden gemaakt etc. Een ander bewijs van respect voor de capaciteiten van de cliënt, en een zeer bewuste poging om participatie af te dwingen, is het moment dat cliënten helpen om de taken van de therapie op een rij te zetten. In een goed werkende alliantie ziet de cliënt deze taken, wat ook daadwerkelijk gebeurt, als relevant en effectief. In een goed werkende alliantie werken adviseur en cliënt gebroederlijk samen aan interventies die aansluiting geven op de gewenste resultaten van de patiënt. In het verleden werd gezocht naar interventies die een afspiegeling waren van objectieve waarheden. Hiervan werd aangenomen dat ze veranderingen teweeg zouden brengen doordat ze de favoriete theorie van de therapeut bevestigden. Voor het koesteren van een sterke alliantie dient gezocht te worden naar ideeën en activiteiten die veranderingen teweegbrengen doordat ze een bevestiging zijn van het idee van de cliënt over dat wat hem of haar zou kunnen helpen, ofwel dat wat wij de *theorie over verandering* van de cliënt noemen. Deze theorie over verandering is een "acute realiteit", die zich ontvouwt op grond van een gesprek dat wordt gestructureerd door de nieuwsgierigheid van de therapeut naar de ideeën en gedragingen van de cliënt en naar diens speculaties omtrent verandering. We beschouwen de wereldvisie van de cliënt, hun kaart van het terrein, als de bepalende 'theorie' voor de therapie (Duncan en Sparks, 2002). Een kaart die zowel aangeeft in welke richting de weg loopt als waar herstelroutes liggen en steeds met de zekerheid dat men terug kan vallen op een positieve alliantie.

Het gevaar van algemeen werkzame factoren

Wanneer men de ene orthodoxe idee verruilt voor de andere is dat niet noodzakelijkerwijs vooruitgang te noemen. De vijand is het grammofoonbrein, of men het nu eens is met de plaat die gedraaid wordt of niet.

George Orwell

Uit de gegevens komt naar voren dat de cliënt en de therapeutische alliantie het grootste deel van de variantie voor hun rekening nemen in het resultaat van de behandeling. Een succesvolle behandeling is, zoals ik boven reeds beweerde, een zaak van het aanboren van de beschikbare hulpbronnen in de cliënt en het waarborgen van een positieve indruk van de alliantie. Inderdaad, op het eerste gezicht wordt door het aanboren van de juiste hulpbronnen bij de cliënt, het waarborgen van de positieve indruk van de alliantie en het aanpassen van de therapie aan de theorie over verandering van de cliënt goed gebruik gemaakt van twee factoren die de grootste bijdrage leveren aan het succes. Tegelijkertijd is er echter een risico: hoe abstract de ideeën ook worden gepresenteerd en of ze nu als principes worden geformuleerd of opgelegd pandoer zijn, bij nadere beschouwing blijkt dat iedere concrete toepassing voor cliënten over het algemeen slechts leidt tot een nieuw model voor het uitvoeren van een therapie. Op dit punt is het onderzoek duidelijk. Of er nu sprake is van algemeen werkzame factoren of niet, modellen leveren weinig of geen bijdrage aan het resultaat.

Om alleen al het ontstaan van weer een nieuw model de kop in te kunnen drukken en om cliënten een stem te geven in hun eigen behandeling, zoals ze die volgens de onderzoeksliteratuur verdienen, maakten wij gebruik van formele maatregelen om ons eigen werk met cliënten steeds weer te controleren. Wij voeren daarbij een onderzoekende koers, om na te kunnen gaan of deze aanpak verschil maakt. Wij hebben daarvan geleerd dat een aanpak op grond van algemeen werkzame factoren alleen per cliënt kan worden geïmplementeerd en wel in een tijdsbestek dat past bij de waarneming van die unieke persoon, ten aanzien van de voortgang en de manier waarop de therapie bij hem of haar past. Hoe de cliënt het nut ervaart moet de maatstaf zijn voor therapeutische keuzes. In plaats dat met alle macht wordt geprobeerd een cliënt een *evidence-based practice*-model op te dringen, raad ik aan dat therapeuten en instanties voor gezondheidszorg hun werk toesnijden op individuele cliënten door middel van '*practice-based evidence*' (op de praktijk gebaseerde resultaten).

Van evidence-based practice naar practice-based evidence

'The proof of the pudding is in the eating' (In de praktijk blijkt wel of het goed is.)

Cervantes, Don Quichot

Wanneer een behandeling al vroeg baat heeft, is dit een sterke voorspellende factor voor het uiteindelijke resultaat (zie bijvoorbeeld bij Brown et al., 1999; Hansen en Lambert, 2003; Howard, Kopte, Krause en Orlinsky, 1986). Ook in het CYTS-onderzoek werd vastgesteld, dat ongeacht het soort behandeling en de mate waarin behandeld wordt, een respons op de behandeling al vroeg in het behandelproces merkbaar is. Om de kwaliteit en de resultaten van de verleende zorg te verbeteren, hebben onderzoekers in vorige jaren gebruik gemaakt van gegevens over de voortgang van patiënten die *tijdens* de behandeling zijn gegenereerd (Howard, Moras, Brill, Martinovich en Lutz, 1996; Lambert et al., 2001; Whipple et al., 2003). In tegenstelling

tot *EBP*, wordt bij dergelijke benaderingen actief gebruik gemaakt van de bekende bronnen van variantie voor de resultaten van psychotherapie. Zo voorsagen Miller, Duncan, Brown, Sorrell en Chalk (wordt momenteel gedrukt) therapeuten door middel van een representatief onderzoek onder 6224 cliënten voortdurend, heet van de naald, van feedback over twee sterke factoren die van invloed zijn op het resultaat: de indruk van de cliënt over de alliantie en de voortgang van de behandeling. Doordat deze '*practice-based evidence*' (op de praktijk gebaseerde resultaten) beschikbaar was (waren), haakten niet alleen minder cliënten af maar nam ook de totale effectgrootte (*ES*) van de aangeboden zorg toe (basislijn *ES* = .37 vs. eindfase *ES* = .79; $p < .001$). Een relevant gegeven voor de controverse rond *EBP* is, dat deze bevindingen tot stand zijn gekomen zonder dat er enige invloed op het behandelproces werd uitgeoefend. De artsen werden niet getraind in nieuwe technieken of diagnoseprocedures. Integendeel, ze werden volkomen vrijgelaten in de manier waarop ze iedere cliënt wilden bijstaan.

Het is paradoxaal dat *practice-based evidence* tot op heden misschien wel de meest effectieve *evidence-based practice* is, in elk geval voor zover we uitgaan van meetbare verbetering van de resultaten. Inderdaad, zo blijkt bij Lambert et al. (2003, p. 296) gaan "zij die het gebruik van empirisch onderbouwde psychotherapie bepleiten uit van veel kleinere behandelingseffecten." Er zijn nog meer voordelen. Miller et al. (wordt momenteel gedrukt) toonden bijvoorbeeld aan hoe *practice-based evidence* zou kunnen worden gebruikt om verschillende resultaten van artsen op een betrouwbare manier te identificeren. Dergelijke verschillen, zoals u zich zult herinneren, dragen vele malen *meer* bij aan de variantie van de resultaten dan bepaalde behandelmethoden (Wampold, 2001). In het lopende onderzoek wordt momenteel nagegaan hoe dergelijke informatie kan worden gebruikt om de training, supervisie en kwaliteitswaarborging te verbeteren. Uit de eerste gegevens van één locatie blijkt dat er sprake is van een langzame maar wel doorzettende daling in de variantie van resultaten van verschillende artsen wanneer zij voortdurend worden voorzien van zeer actuele feedback ten aanzien van hun effectiviteit in vergelijking met de gemiddelde effectiviteit van de hele instelling (Miller, Duncan, Sorrell en Chalk, momenteel in voorbereiding).

Molly

Tot de tijd dat leeuwen eigen geschiedschrijvers hebben, zullen jachtverhalen altijd de jager verheerlijken.

Afrikaans spreekwoord

Op dit punt wil ik de academische discussie bewust omzeilen, omdat niets zo verduidelijkend werkt als de directe en eerlijke stem van een kind. Molly werd door haar moeder aangemeld. De ouders van Molly waren gescheiden. Ze sliep in het bed van haar moeder en had moeite om zich aan de nieuwe flat en de nieuwe school aan te passen en nieuwe vrienden te maken. Na een intakegesprek kreeg Molly het etiket opgeplakt dat zij uit een 'disfunctionele familie' kwam. Met de diagnose 'separatieangststoornis' werd ze doorverwezen naar een wekelijkse groepsbijeenkomst 'sociale vaardigheden' voor kinderen.

Nadat Molly de groepsbijeenkomsten een aantal weken had bijgewoond, liet haar moeder weten dat zij aan nachtmerries leed. De groepstherapeut reageerde hierop

door met Molly ook individueel gesprekken te voeren. De therapeut vroeg naar Molly's indrukken van de relatie tussen haar ouders en moedigde haar aan om hun problemen niet meer haar problemen te laten zijn. Na zes maanden van gelijktijdige groepsbijeenkomsten en individuele therapie was er weinig verbetering te zien. De problemen waren eigenlijk zelfs groter geworden: Molly had vaak nachtmerries en had ook problemen op school. De moeder van Molly dacht dat het misschien zou helpen als Molly een vrouwelijke therapeut kreeg.

De individuele therapiesessies draaiden nu om spelletjes, waarbij werd afgewacht 'wat daaruit naar voren zou komen'. De therapeut vermoedde seksueel misbruik. Opnieuw gingen drie maanden voorbij. Omdat haar moeder nog altijd bezorgd was dat haar dochter zo weinig vooruitgang boekte, vroeg de moeder om een psychiatrische evaluatie. Hierin werd vastgesteld dat Molly nog altijd op de kamer van haar moeder sliep en dat de somatische klachten en de schoolvermijding bleven voortbestaan. Molly kreeg imipramine voorgeschreven tegen de separatieangst.

Molly, die inmiddels al een jaar lang twee keer per week werd behandeld en nu ook nog medicijnen kreeg, ontwikkelde zich snel tot een kandidaat voor plaatsing op een school voor emotioneel gehandicapte scholieren. De moeder van Molly, die veel waarde hechtte aan het welzijn van haar dochter en ontevreden was over de zorg die zij kreeg, zette de behandeling met medicijnen stop en zocht andere vormen van hulp. Zowel tijdens de groepsinterventies als tijdens de individuele gesprekken lieten de therapeuten na om Molly zelf te vragen naar haar ideeën over haar toestand. Molly werd beoordeeld, haar problemen werden in een bepaalde categorie ingedeeld en de interventies werden voorgeschreven. Wat zij zelf dacht, haar visie op de zaak, was irrelevant. De etiketten die zij opgeplakt had gekregen (disfunctionele familie, separatieangststoomis) zeiden eigenlijk alles. Haar therapeuten zagen haar gedrag door die perceptiefilters, waarbij in een moeite door Molly en haar eigen krachten maar buiten beschouwing werden gelaten.

In Molly's eerste gesprek met de nieuwe arts vroeg hij haar wat ze zelf de beste oplossing zou vinden voor haar probleem. Molly liet weten dat ze verbaasd was dat eindelijk iemand wilde weten wat zij er van vond. Toen stelde ze voor dat ze zichzelf in haar kamer op haar bed kon barricaderen met kussens en knuffeldieren om de nachtmerries en angsten 'af te weren'. Tijdens het tweede gesprek meldde ze dat haar plan werkte.

De onderstaande citaten zijn van de derde bijeenkomst. Hieruit blijkt wat Molly nuttig en niet nuttig vond bij haar ervaringen met therapeuten tot dan toe.

Eerste citaat

Therapeut (T): Nou, hoe gaat er nu mee?

Molly (M): Prima. Ik slaap in mijn eigen kamer.

T: Dat is geweldig om te horen! Echt fantastisch! Ik ben er nog steeds van onder de indruk.

M: Therapeuten begrijpen het gewoon niet... je [de cliënt] hebt zelf ook de oplossingen, die heb je zelf ook, maar ze zeggen "Laten we dit eens proberen en laten we dat eens proberen" en ze helpen je niet. Wat ik dus wil zeggen is dat wij de antwoorden hebben, *we hebben alleen iemand nodig die ze in ons*

hoofd naar voren haalt. Het is net alsof ze [de oplossingen] op zolder opgesloten zijn, of zo. Het is veel beter wanneer je iemand vraagt wat 'ie wil doen en meestal vertellen ze je dan wat zij denken dat helpt, maar wisten niet of het zou helpen en wilden het niet proberen.

Commentaar: Op haar eigen gekke manier, de manier van een tienjarig kind, legt Molly uit waar het expertmodel van haar vroegere hulpverleners de mist inging. Eenvoudig gezegd: de modellen waren voor haar niet nodig om te herstellen en maakten zelfs dat zij langer in behandeling bleef. Ze houdt vol dat het beter is om cliënten te vragen naar hun mening over hun probleemsituatie.

Tweede citaat

M: Ik voel me een stuk beter nu ik de oplossing heb gevonden om in mijn eigen kamer te slapen. Ik heb het ook echt gedaan en ik ben trots op mezelf. Ik zou niet trots op mezelf kunnen zijn als jij had gezegd 'Als je je nou eens in je kamer zou barricaderen met kussens. Misschien dat dat werkt.' Dan zou het voelen alsof ik het niet zelf had gedaan, dus wat ik eigenlijk wil zeggen, *het is niet zo leuk om iets te doen als iemand anders je zegt dat je het moet doen. Je wilt er trots op kunnen zijn.*

Commentaar: Molly bedacht haar eigen oplossing en dat vergrootte haar zelfvertrouwen. Toen ze de kans kreeg, liet Molly zien hoe inventief ze was. Toen ze de ruimte kreeg, werd duidelijk over welke hulpbronnen ze zelf beschikte. Haar 'kussenbrigade' werkte en ze kon weer in haar kamer slapen zonder nachtmerries. Ook haar andere problemen verdwenen al snel daarna. In het geval van Molly bleek, dat de slaapstoornissen ophielden zo gauw haar eigen hulpbronnen en ideeën in het middelpunt stonden, dus toen ze werd beschouwd als een competente partner door te vragen naar haar eigen oplossingen. Vergelijk de volgende opmerkingen van Molly eens met de reeds genoemde bevindingen over de alliantie. In deze passage geeft ze commentaar op het feit dat haar ideeën zijn genegeerd. Wanneer haar gevraagd wordt naar haar mening, lijkt het alsof een poort die lang gesloten was open is gegaan.

Derde citaat

M: Mijn andere consulenten vroegen nooit waar ik aan wilde werken. Ze stelden vragen over de onderwerpen waar ik niet zo graag antwoord op wil geven.

Moet ik jou [de consulent] niet vertellen wat ik daarover denk?

T: [lacht]

M: Je bent hier toch niet om me over mijn leven te vertellen of zoiets, toch? Ik moet binnenkomen en moet iemand dan vertellen. "Dit is wat er is gebeurd in die situatie" en zij [de consulenten] zeggen, "Van je moeder heb ik gehoord dat je dit of dat doet" en dat soort dingen en "Wanneer heb ik daar problemen mee gekregen?" En je komt daar binnen en praat met iemand, om ze [de problemen] kwijt te raken en om eraan te werken. In plaats dat zij [de consulent] of hij je vertelt wat hij of zij denkt dat er is gebeurd. "Je vader doet dit, je opa doet dat". Dat helpt niet echt, want je zit daar "Mm, mm" te zeggen en daarom zag ik er vaak tegen op om naar therapie te gaan. Hij werkte nooit, het hielp nooit. Zij [de consulente] ging zitten en begon te praten. Ik zat daar

gewoon zo (*doet voor hoe haar houding was, naar beneden kijkend*). Ze praatte het hele uur door en ik kreeg er nauwelijks een woord tussen!

T: Dat hielp vast niet zo bij je problemen en om in je eigen kamer te slapen...

M: Ze zei er niets van dat ik bij mama sliep... En het is net alsof ze [therapeuten] denken dat ze een soort almachtige figuren zijn of zo. (*lachen alle twee*)

T: Daar word ik gek van als ze denken dat ze met hun woorden alle macht in handen hebben en alles kunnen bepalen.

M: Alsof ze God zijn.

T: Precies (*lacht*). Oh, dat klinkt me als muziek in de oren Molly. Weet je, jij en ik denken over veel dingen hetzelfde.

M: Het is net alsof, even denken *Ik ben ook iemand*. En jij lacht over dat wat ik grappig vind en bij mijn oude therapeut was het altijd zo dat als ik iets zei, of als ik iets probeerde te zeggen over iets, dat zij dan bonje maakte. Het is toch, *ja, ik heb toch ook een eigen mening!*

T: Ze nam je niet serieus...

M: Nee!

Commentaar: Molly geeft duidelijk aan dat ze vindt dat ze haar niet serieus namen en dat ze voelde dat ze genegeerd werd. Wat volgens haar belangrijk was en waar zij waarde aan hechtte kwam niet ter sprake. Door haar kenmerkende waarnemingen ten aanzien van de relatie en de kwaliteit van haar participatie, is het niet moeilijk te begrijpen dat Molly geen indruk van succes had. Uitgaande van haar schijnbare gebrek aan instemming met doelen en taken, zou de literatuur over de alliantie voorspellen dat er een slecht resultaat uit zou komen rollen.

Vierde citaat

T: Ik wist dat je al bij andere therapeuten bent geweest omdat je niet in je eigen kamer kon slapen, maar dat...

M: Dat hielp niet. Ik wilde het niet. Het waren niet mijn ideeën en ze leken mij niet goed. Het was, nou, mijn andere consulent zei "Laten we dit eerst maar eens 5 minuten proberen, daarna doen we 10 minuten, dan 15 en dan de hele nacht" Ik heb het één keer zo gedaan en heb gezegd "Dit helpt niet". Ik heb het 5 minuten uitgeprobeerd en heb het niet meer 10 minuten uitgeprobeerd, toen heb ik het ook geen 15 minuten uitgeprobeerd en ook niet voor een half uur. Ik wilde het gewoon niet doen en daarom heb ik het ook niet gedaan...

Commentaar: Molly probeerde te doen wat haar was gevraagd, maar ze liep er in vast, zelfs bij een evidence based-behandeling. Het waren niet haar eigen ideeën. Molly had al een lange reeks van niet-geslaagde interventies en worstelingen voor veranderingen achter de rug op de gezegende leeftijd van 10 jaar. Daarom probeerde de nieuwe arts een bewuste poging te doen om een alliantie te smeden. Molly zei dat het haar doel was om uit de kamer van haar moeder te komen en zonder nachtmerries te kunnen slapen. De arts accepteerde haar doel zonder kritiek. Op dezelfde manier accepteerde de therapeut Molly's oplossing voor het probleem.

De landkaart van het medisch model geeft niet het juiste terrein weer

In de grond van zijn hart weet ieder mens goed genoeg dat hij uniek is en op deze aarde slechts één keer voorkomt. Ener is geen enkele kans dat een dergelijk geweldig mooi stuk diversiteit in uniciteit ooit een tweede keer in elkaar wordt gezet.

Friedrich Nietzsche

Het medisch model is empirisch gezien als het ware een incorrecte landkaart van het terrein van de psychotherapie, waardoor zowel de wetenschap als de praktijk op een dwaalspoor raken. *EBP* negeert de bekende bronnen van variantie en stelt de cliënt gelijk aan een diagnose en de therapeut aan een behandelmethode. Beiden kunnen vanuit die visie naar believen worden uitgewisseld en zijn irrelevant voor de betreffende procedure. Maar de psychotherapie is geen onbewoond gebied met technische procedures. Therapie staat niet gelijk aan het steriele, stapsgewijze proces van een operatie, noch aan een voorspelbaar pad van diagnose, voorschrijven van medicijnen en genezing. Psychotherapie kan niet worden omschreven zonder de cliënt en de therapeut daarin persoonlijk te betrekken. Ze zijn als twee avonturiers die gezamenlijk optrekken tijdens een reis door een terrein dat grotendeels nog niet in kaart is gebracht. Het landschap van de psychotherapie heeft veel interpersonele en uiteindelijk idiografische trekken. Een manier om de complexiteit en de heerlijke onzekerheid die met psychotherapie gepaard gaan te beheersen, is door de vooruitgang van de cliënt en diens indruk van de alliantie met behulp van *practice-based evidence* steeds te bewaken en de therapie hieraan aan te passen (Duncan et al., 2004).

Wat hier gezegd is, vraagt om serieuze afwegingen ten aanzien van professionele specialisatie, opleiding en diplomering, om afwegingen over vergoedingen voor klinische zorg, over onderzoek en vooral over het openbare welzijn. Natuurlijk zijn standaards belangrijk, al was het alleen maar om consumenten te beschermen, maar op grond van de huidige standaards voor bevoegdheden en training is het theoretisch mogelijk dat therapeuten een bevoegdheid krijgen en dan verder hun hele leven werken zonder ooit iemand daadwerkelijk geholpen te hebben. Wie zou daarvan iets merken?

Wanneer wordt overgegaan tot een benadering waarbij informatie wordt ingewonnen over de resultaten van behandelingen zou dat al een hele stap zijn op weg naar het oplossen van dit probleem. Bovendien zou daarmee voor het eerst een beschermingsmechanisme voor consumenten en betalende in het leven worden geroepen dat werkt op basis van zeer actuele gegevens. De opleiding, diplomering en verzorgingsstandaards zouden immers gepaard gaan met een voortdurende, systematische beoordeling van het resultaat, een van de belangrijkste punten van zorg voor mensen die zoeken naar een behandeling en hiervoor betalen. In plaats van de empirisch onderbouwde therapieën, zouden cliënten toegang krijgen tot empirisch gevalideerde therapeuten. In plaats van *evidence-based practice* zouden therapeuten hun werk toesnijden op individuele cliënten door middel van *practice-based evidence*. Maar wat belangrijker is, de cliënten zouden eindelijk een stem krijgen in hun behandeling, waarvan in de literatuur reeds lang wordt beweerd dat zij die verdienen.

Dit zou werkelijk revolutionair zijn, omdat psychotherapie zich altijd buiten het gezichtsveld heeft bewogen van de mensen waarvoor zij is bedoeld, waardoor

therapeutische benaderingen zijn ontstaan die grenzen aan onderdrukking. Stel u voor dat cliënten ieder aspect van hun eigen therapie in de hand zouden hebben en zouden worden geholpen op basis van hun eigen theorie over verandering, waarbij hun feedback een leidraad is voor alle beslissingen. Stel u voor dat er geen diagnostische aantekeningen, behandelplannen, intakeformulieren meer zijn. Geen persoonlijke of vertrouwelijke informatie die ten behoeve van de betaling bekendgemaakt of elektronisch doorgegeven hoeft te worden, *noch andere formaliteiten of praktijken die niets van doen hebben met het resultaat*. Stel u in plaats daarvan voor dat op basis van resultaatgegevens automatisch betalingen plaatsvinden voor een onbeperkt aantal bijeenkomsten, zo lang als de cliënt daar baat bij heeft. U kunt denken dat ik een dromer ben, maar ik ben zeker niet de enige. Eigenlijk gebeuren al deze dingen nu ook al.

Stel u voor dat specialisten op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor de eerste keer in de geschiedenis kunnen terugvallen op bewijzen voor de effectiviteit en de waarde van hun dagelijkse klinische bezigheden en niet langer hoeven vast te houden aan het medisch model als legitimatie van hun werk. Stel u voor dat u niet langer bent aangewezen op acceptatie op grond van het feit dat u de aanvechtbare taal en praktijk van de medische wereld hebt overgenomen, om vervolgens permanent op de tweede rang te verkeren, waar de therapie reeds is aanbeld sinds de dagen van Freud. Stel u voor dat er een identiteit mogelijk is die losstaat van de geneeskunde. Als u het probeert, is het makkelijk.

Referentias

- Ahm, H., & Wampold, B. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 251-257.
- Assay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260.
- Borduin, C., Mann, B., Cone, L., Henggeler, S., & Fucci, B., Blaske, D., & Williams, R. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578.
- Brown, J., Dreis, S., & Nae, D.K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M.A. Hubble, B.L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389-406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Carroll, K.M., Longabaugh, R., & Donovan, D.M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 588-598.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Tompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Dennis, M. Godley, S., Diamond, G., Tims, F. Babor, T. Donaldson, J., Liddle, H. Titus, J., Kaminer, Y., Webb, C., Hamilton, N., Funk, R. (2004). The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 97-213.
- Duncan, B. (2001). The future of psychotherapy: Beware the siren call of integrated care. *Psychotherapy Networker, July/August, 24-33*, 52-53.
- Duncan, B., & Miller, S. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In Norcross, J., Levant, R., & Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed outcome informed therapy* (revised ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Ft. Lauderdale: ISTC Press.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982.

- Godley, S.H., Jones, N., Funk, R., Ives, M & Passetti, L (2004). Comparing outcomes of best-practice and research-based outpatient treatment protocols for adolescents. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(1), 35-48.
- Hansen, N.B., & Lambert, M.J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5, 1-12.
- Henggeler, S., Melton, G., & Smith, L (1992). Family preservation using multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51, 1059-1064.
- Howard, K.I., Kopte, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington, D.C.: APA Press.
- Jacobson N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J., Gortner, D., & Prince, S. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Karver, M., Handelsman, J., Fields, S, & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Ment Health Serv Res*, 7, 35-51.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. (pp. 543-589). New York: Wiley.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730.
- Kendell, R., & Zabransky, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Kirk, S.A., & Kutichins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyher, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.

- Lambert, M.J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research, 11*, 49-68.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*, 288-301.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2005). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 61*(2), 199-208.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (in press). Using outcome to inform and improve treatment outcomes. *Journal of Brief Therapy*.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (in preparation). *The effects of feedback on therapist variability over time*.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-474.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2002). Meta-analysis of MFT interventions. In D. H. Sprenkle (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 339-370). Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., Liddle, H. (in press). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in MDFT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464.
- Sparks, J., Duncan, B., & Miller, S. (in press). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Myths and the missing link. *Journal of Family Psychotherapy*
- Spiegel, A. (2005). The dictionary of disorder: How one man redefined psychiatric care. *The New Yorker, January 3*, 56-63.
- Spielmanns, G. L., & Pasek, L. F. (2005). What are the active ingredients in cognitive and behavioural psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. Manuscript submitted for publication.
- Varhely, K., & Miller, S. A meta-analysis of child and adolescent outcome studies. Manuscript submitted for publication.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Watzlawick, P. (1976). *How Real is Real?* New York: Vintage.
- Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.
- Williams J., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The structured clinical interview for *DSM-III-R* (SCID) II: Multi-site test-re-test reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

* Enkele gedeelten van dit artikel zijn overgenomen uit Sparks, J., Duncan, B., en Miller, S. (wordt momenteel gedrukt). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Myths and the missing link. *Journal of Family Psychotherapy*; en Duncan, B., en Miller, S. (2005). Treatment manuals do not improve outcomes. In Norcross, J., Levant, R., en Beutler, L. *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.

** Algemeen werkzame factoren zijn de empirische achtergrond voor manieren waarbij de cliënt de richting aangeeft en regelmatig informatie wordt ingewonnen over de resultaten. Bij een dergelijke aanpak is er geen sprake van een vaststaande methode noch van vaste patronen in het therapeutisch proces. Bovendien wordt geen theoretische benadering gegeven van de oorzaak waarom mensen in therapie gaan. In het gunstigste geval kan de cliënt bij alle interacties zelf de richting bepalen en kan steeds weer gekeken worden naar de resultaten. Deze interacties komen tot stand wanneer therapeuten bewust een band proberen te krijgen met hun cliënten, waardoor 1) de factoren worden versterkt die op grond van verschillende theorieën een succesvol resultaat opleveren, 2) de theorie die de cliënt heeft over verandering wordt gebruikt om de techniek en het model te kiezen en 3) om tijdens de therapie te kunnen beschikken over geldige en betrouwbare maatstaven ten aanzien van de indruk van de klant over de alliantie en de resultaten. Zie voor de volledige informatie over dit thema: Duncan, B., Miller, S., en Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness via client directed outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey Bass.

Workshops

1. Prestatie-indicatoren Jeugdzorg

P.M.M. Bonke, IPO, Den Haag

Samenvatting

In opdracht van de rijksoverheid trekt het Interprovinciaal Overleg (IPO) een landelijke werkgroep, waarin het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerie van Justitie, IPO, MO-groep en NIZW/wetenschap deelnemen. Deze werkgroep moet rond 1 januari 2006 met een advies komen over een gezamenlijke integrale visie op en implementatie van prestatie-indicatoren in de jeugdzorg. Het betreft indicatoren als herstel van een veilige situatie, herstel van autonomie en het tegengaan van recidive.

In de workshop zult u ingelicht worden over de hoofdlijnen van dit advies. Alle lopende ontwikkelingen ten behoeve van een professionele jeugdzorg en ten behoeve van transparantie in, verantwoording van en sturing op de prestaties worden in een kader geplaatst. De prestatie-indicatoren worden gekozen en gedefinieerd. Vervolgens wordt weergegeven hoe over deze indicatoren gegevens kunnen worden verkregen. Dit betekent ook dat een noodzakelijke set van diagnostische instrumenten door de organisaties in de jeugdzorg moet worden aangehouden. De vraag komt aan de orde welke normen, prikkels en sturing gehanteerd zouden kunnen worden. Als gegevens over prestatie-indicatoren op tafel komen, hoe moet je die dan beoordelen? In welke mate moet bijvoorbeeld na een periode van jeugdzorg de autonomie bij cliënten zijn hersteld? Er wordt een voorstel voor implementatie van het werken met prestatie-indicatoren gedaan. Ten slotte wordt samengevat welke afspraken er door partijen gemaakt moeten worden om dit project van prestatie-indicatoren jeugdzorg tot een succes te maken.

Wat is de samenhang tussen het thema van de conferentie (algemeen werkzame factoren) en dit landelijke beleid? Een professionele jeugdzorg is een noodzakelijke conditie voor het werken met prestatie-indicatoren. Professionaliteit is eerst en vooral een zaak van de jeugdzorgorganisaties zelf. Onderdeel van een professionele jeugdzorg is dat zij gebruik maakt van evidence-based methoden die in ieder geval voldoen aan de eisen van algemeen werkzame factoren.

Bronnen voor meer informatie

Het advies van de landelijke werkgroep: "Prestatie-indicatoren Jeugdzorg; naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie", te verschijnen in januari 2006.

Contactgegevens

Dr. P.M.M. (Paul) Bonke
Projectleider Jeugdzorg
Interprovinciaal Overleg
Muzenstraat 61
2500 BC Den Haag
T: (070) 888 1207
E: p.bonke@IPO.nl

2. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatiemogelijkheden voor deze eerste richtlijn voor de jeugdzorg

M.T. Vink, Trimbos-instituut, Utrecht

Vervangen door een posterpresentatie, zie pagina 180.

3. Jeugdhulpverlening kan veel effectiever; pilotstudy opent nieuwe perspectieven

T. Rasenberg, XONARZuid-Limburg / BJZ Limburg en J. Weijenberg, Stichting Harreveld

Samenvatting

In aansluiting op ons onderzoek dat in 2005 tijdens Jeugdzorg in Onderzoek is gepresenteerd, zijn drie algemeen werkzame factoren op een breder terrein toegepast, onderzocht en aangescherpt: doelgerichtheid, cliëntgerichtheid en veelzijdig vakmanschap. De onderliggende veronderstellingen nemen, op basis van praktijkervaringen en onderzoek, aan geloofwaardigheid toe.

Doelgerichtheid

Om de problemen van de diënt op te lossen of te verminderen worden realistische hulpverleningsdoelen uitgewerkt die dermate concreet zijn dat ze aanwijsbaar en meetbaar zijn. Essentieel hierbij is dat de doelen logisch samenhangen met de problematiek van de diënt en worden ervaren als haalbaar en uitdagend. Vervolgens wordt een praktische interventie uitgewerkt die gericht is op de realisering van de gestelde doelen. De interventie wordt in tijd afgebakend. Dat wil zeggen dat de hulpverlening na een maximum termijn stopt. Tijdens en na de interventie wordt beoordeeld of en in hoeverre de interventie leidt tot de realisering van de gestelde doelen.

Cliëntgerichtheid

Hulpverleningsdoelen zijn altijd diëntdoelen. De diënt moet iets leren of afleren, iets nalaten of gaan doen. Dit kan alleen bereikt worden als de cliënt hieraan zelf actief werkt. De deskundige ondersteuning van de hulpverlening is hierbij essentieel, dat spreekt voor zich. Echter zonder gerichte actie van de diënt wordt niets bereikt.

Veelzijdig vakmanschap

Doelgerichtheid en diëntgerichtheid zijn twee gelijkwaardige kanten van de medaille. De doelgerichte inbreng van de hulpverlener en de actieve inzet van de cliënt zijn beiden noodzakelijk om resultaat te boeken. De weg naar het resultaat verloopt echter niet vlekkeloos. Interventies worden met regelmaat doorkruist door niet te voorspellen gebeurtenissen, waardoor allerlei neveneffecten in gang worden gezet. Om effectief regie te behouden tijdens het hulpverleningsproces dient de hulpverlener te kunnen putten uit een veelzijdig arsenaal aan oplossingsmogelijkheden en interventietechnieken.

Het onderzoek

In de ambulante afdeling van een zorgaanbieder werd voorheen voor de aanmelding door het bureau jeugdzorg en de toewijzing van cliënten een strikt onderscheid gemaakt tussen de volgende hulpverleningsvormen:

1. Video Home Training;
2. Directieve thuisbegeleiding;

3. Contextuele gezinsbegeleiding;
4. Orthopedagogische gezinsbegeleiding gericht op specifieke ontwikkelingsstoornissen.

Voor het onderzoek werd van een nieuwe hulpverleningsmethodiek uitgegaan, gebaseerd op de volgende kenmerken:

1. Generieke toewijzing van cliënten aan de hulpverleners;
2. Aansluiten bij de problematiek en niet bij de geïndiceerde hulpverleningsvorm;
3. De hulpverlener werkt samen met de cliënt concrete meetbare werkdoelen uit;
4. De interventie wordt uitgewerkt en toegespitst op de realisatie van de concrete werkdoelen;
5. De interventie wordt in tijd afgegrensd met een maximale tijdsduur van een half jaar;
6. Na beëindiging van de hulpverlening vindt een meting plaats; de cliënt wordt in een gestandaardiseerd interview gevraagd of en in hoeverre de werkdoelen zijn gerealiseerd. Het interview wordt niet door de hulpverlener afgenomen.

De onderzoeksvraag luidde of de doelrealisatie met de nieuwe hulpverleningsmethodiek beter is dan de doelrealisatie met de oude hulpverleningsmethodiek. Voor het praktijkonderzoek is gebruik gemaakt van de zogenoemde quasi-experimentele vergelijking van twee onafhankelijke groepen. De belangrijkste resultaten worden hieronder weergegeven.

Duur van de hulpverlening

Bij de duur van de hulpverlening wordt een aanzienlijk verschil in tijdsduur vastgesteld. De experimentele groep scoort een gemiddelde behandelduur van vier en een halve maand, terwijl de gemiddelde behandelduur bij de controlegroep tien maanden bedraagt. Het verschil tussen beide groepen is sterk significant.

Doelrealisatie

Het blijkt dat het realiseren van de afgesproken werkdoelen bij de experimentele groep hoger is dan bij de controlegroep.

Behoeftte aan meer tijd

Beide groepen geven aan behoefte te hebben aan een langere tijdsduur. Opmerkelijk is dat de controlegroep een significant grotere behoefte heeft aan een langere tijdsduur van de hulpverlening.

Bronnen voor meer informatie

- Rasenberg, T. & Weijenberg, J. (2005). Doelgerichtheid en cliëntgerichtheid maatgevend voor effectiviteit. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 9, 5, p. 218-224.
- Weijenberg J. & Rasenberg, T. (2004). *Groepsteams in de residentiële jeugdhulpverlening. Een onderzoek naar de verbetering van het teamfunctioneren na een integratieve teamtraining*. Assen: Van Gorcum.
- Weijenberg, J. m.m.v. Rasenberg, T. (2004). *Het professionele groepsteam. Een trainingsmodel voor pedagogisch medewerkers om het teamfunctioneren te verbeteren*. Assen: Van Gorcum.

Contactgegevens

Dr. T.C.A.G. (Tony) Rasenberg
Projectleider
XONAR Zuid-Limburg / BJZ Limburg
Severenstraat 16
6225 AR Maastricht
T: (06) 1029 7462
E: t.rasenberg@xonar.nl

Dr. J.H.R. (Jo) Weijenberg
Trainer en adviseur in de jeugdzorg, onder meer bij Stichting Harreveld
E : jo.weijenberg@tiscali.nl

4. Residentiële jeugdzorg: effectief of niet? Een meta-analyse naar kenmerken van effectiviteit

A.T. Harder, E.J. Knorth en T. Zandberg, Rijksuniversiteit Groningen

Samenvatting

Aanleiding voor het project 'Residentiële Jeugdzorg in de Schijnwerpers' (Groen, Knorth & Zandberg, 2004) is een herwaardering van de werksoort residentiële jeugdzorg en de discipline van de pedagogisch medewerker. In dat kader is een literatuuronderzoek naar residentiële jeugdzorg uitgevoerd (Harder, Knorth & Zandberg, 2005). Het doel van de literatuurstudie is het in kaart brengen van actuele wetenschappelijke kennis en inzichten met betrekking tot de residentiële jeugdzorg. Een onderdeel van de studie is een meta-analyse naar de effectiviteit van de residentiële jeugdzorg.

De zoektocht naar literatuur heeft een grote hoeveelheid nationale en internationale studies opgeleverd. De belangrijkste studies zijn in de overzichtsstudie verwerkt. In de uitgevoerde (statistische en niet-statistische) meta-analyse is een groot aantal effectstudies verwerkt.

Uit de literatuur komt naar voren dat er een aantal algemeen werkzame factoren is dat de effectiviteit van de residentiële jeugdzorg kan bevorderen, zoals een goede kwaliteit van de relatie tussen cliënt en hulpverlener en programma-integriteit. Resultaten worden het vaakst gemeten in termen van (verandering in) probleemgedrag. Andere uitkomstmaten worden relatief weinig gehanteerd. Uit de statistische meta-analyse die op basis van zeventwintig effectstudies is uitgevoerd, blijkt dat residentiële jeugdzorg over het algemeen positieve resultaten oplevert.

Bronnen voor meer informatie

Groen, A., Knorth, E.J. & Zandberg, Tj. (2004). *Subsidie-aanvraag Literatuuronderzoek Residentiële Jeugdzorg in de Schijnwerpers*. Groningen/Utrecht: Rijksuniversiteit Groningen/Collegio.

Harder, A.T., Knorth, E.J. & Zandberg, Tj. (2005). *Residentiële Jeugdzorg in de Schijnwerpers, RJS-project: Een literatuuronderzoek naar kenmerken en factoren, relevant voor kwaliteit en effectiviteit*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek (in voorbereiding).

Contactgegevens

Drs. A.T. (Annemiek) Harder
Promovendus
Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek
Groote Rozenstraat 38
9712 TJ Groningen
T: (050) 363 6552
E: A.T.Harder@rug.nl

5. De Contactdoos als algemeen werkzaam element bij gezinsinterventie

T.C.E. Engels, P.J. Lambrecht, Vrije Universiteit Brussel en A. Lenaerts, Gemeenschapscentrum de Vaartkapoen

Samenvatting

De Contactdoos heeft als doel het verbeteren van de ouder-adolescent relatie en communicatie. De methodiek werd ontwikkeld vanuit wetenschappelijke inzichten over de invloed van de ouder-adolescent relatie op de ontwikkeling van probleemgedrag bij jongeren. In de methodiek zijn inhoud, spel en communicatie onlosmakelijk met elkaar verbonden. De methodiek is geschikt om te gebruiken met jongeren, met ouders (opvoeders), of met jongeren en ouders samen. In het spel kan worden gefocust op een of meer van zes thema's, namelijk opvoeding, communicatie, school, seksualiteit, risicogedrag en vrije tijd. De methodiek genereert aanknopingspunten voor verdere besprekingen, oefeningen en vaardigheidstrainingen in gezinsgerichte interventies.

De Contactdoos wordt momenteel gebruikt in uiteenlopende settings van de jeugdzorg, het jeugdwerk, centra voor opvoedingsondersteuning en het onderwijs. Ook werd ze in de loop van 2004-2005 geïmplementeerd in het kader van het programma Families in Transition (FIT), een gezinsgerichte interventie ter preventie van probleemgedrag in gezinnen met vroege adolescenten. In de congresbundel van Jeugdzorg in Onderzoek 2005 werd gerapporteerd over de ontwikkeling en de succesvolle implementatie van deze interventie in vier Belgische gemeenten.

In deze bijdrage wordt het logische programmamodel toegelicht, wordt besproken hoe de beoogde risicovolle doelgroep werd bereikt en hoe de implementatie van de interventie werd gemonitord en geëvalueerd. Vervolgens wordt het gebruik van de Contactdoos, een van de essentiële elementen van het logische programmamodel, geïllustreerd. Mogelijkheden en beperkingen van de methodiek komen aan bod.

Bronnen voor meer informatie

- Engels, T.C.E., Lambrecht, P. & Andries, C. (2005). *Implementatie van Families in Transition, een preventieve groepsinterventie voor gezinnen met vroege adolescenten*. In: Congresbundel Jeugdzorg in onderzoek: Focus op effectiviteit, p. 134-135 & aanvullende paper.
- Engels, T.C.E., Lambrecht, P. & Andries, C. (te verschijnen). *Families in Transition. Hoe als gezin omgaan met veranderingen in de puberteit?* In: J.R.M. Gerris. *Gezinnen en ouders in actie*. Assen: Van Gorcum.
- Vanlommel, K., Engels, T. & Heughebaert, H. (2004). *Contactdoos. Een spel vol spanning over contact tussen tieners en hun ouders*. Berchem/Brussel: Jeugddienst In Petto/Vrije Universiteit Brussel.

Contactgegevens

Drs. T.C.E. (Tim) Engels

Onderzoeker

Vrije Universiteit Brussel, vakgroep Ontwikkelings- en Levensloopspsychologie

Pleinlaan 2 (3C236)

1050 Brussel

België

T: (0032) 2629 2527

E: Tim.Engels@vub.ac.be

6. Een grotere kans van slagen: wetenschappelijk onderzoek in de jeugdpsychiatrische behandelpraktijk

A.E. Boon en S.B.B. de Boer, De Fjord, Centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie en Stichting De Jutters, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden

Samenvatting

De Fjord is een orthopsychiatrische kliniek en deeltijdafdeling waar behandeling wordt geboden aan adolescenten met ernstige gedragsproblemen in combinatie met psychiatrische problematiek. Sinds de opening van De Fjord in 1995 wordt er (programma-evaluatie) onderzoek uitgevoerd. De Fjord is destijds door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gefinancierd voor een periode van vijf jaar. Eén van de voorwaarden van deze experimentele status was dat er aan de hand van onderzoek inzichtelijk gemaakt moest worden of de doelgroep bereikt werd en wat de resultaten van de behandeling waren. Inmiddels is De Fjord een permanente voorziening en onderzoek is dus geen noodzaak meer voor het voortbestaan. Desondanks is besloten om het onderzoek voort te zetten, omdat het veel informatie oplevert voor zowel management als behandelpraktijk.

De Jutters is een centrum voor Jeugd-GGZ met diverse locaties in Den Haag en omstreken. De Jutters is ontstaan uit een fusie tussen verschillende kinder- en jeugdpsychiatrische afdelingen van diverse instellingen in en rondom Den Haag. De kliniek van De Jutters en later ook de dagbehandeling hebben een lange onderzoekstraditie die teruggaat tot 1987/88. De Jutters heeft een aparte afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, die op verschillende afdelingen onderzoeksactiviteiten verricht. Zo vindt op enkele afdelingen programma-evaluatie onderzoek plaats. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar specifieke patiëntengroepen, het effect van bepaalde therapieprogramma's en wordt geparticipeerd in multicenter onderzoek.

Het is te verwachten dat in de nabije toekomst niet alleen nieuwe, maar ook gevestigde behandelinstellingen in de jeugdzorg hun bestaansrecht met onderzoeksresultaten zullen moeten aantonen. Daarom presenteren de onderzoekers een aantal elementen waarvan zij denken dat deze relevant zijn bij het starten van wetenschappelijk onderzoek in een (niet academische) behandelpraktijk. Zij richten zich hierbij vooral op de factoren die er voor kunnen zorgen dat onderzoek in een, primair op behandeling gerichte, instelling een grotere kans geeft om te slagen. Het is bijvoorbeeld van belang om bij de keuze voor bepaalde meetinstrumenten, indien mogelijk, gebruik te maken van de reeds bestaande infrastructuur van de instelling. Met dit verhaal willen de onderzoekers de drempel om onderzoek te doen verlagen voor mensen die bij behandeling betrokken zijn.

In de workshop vertellen de onderzoekers over hun ervaringen met het doen van onderzoek in een jeugdpsychiatrische en orthopsychiatrische setting. Wat voor soort onderzoek is haalbaar en wat levert het op? Wat is er op korte en lange termijn te vertellen over de resultaten van de behandeling, hoe werken deze resultaten door in de (dagelijkse) praktijk en hoe kun je de individuele cliënt nog herkennen in het

geheel? Dit alles zal geïllustreerd worden met onderzoeksresultaten. In de workshop zal een werkwijze worden behandeld die zowel betrouwbare onderzoeksresultaten oplevert, als ook op korte termijn voldoende materiaal geeft om behandelteams betrokken te houden bij het onderzoek. Dergelijk effectiviteitsonderzoek kan duidelijk maken welke kenmerken maken dat de interventie bij de ene groep cliënten beter werkt dan bij de andere.

Bronnen voor meer informatie

- Boon, A.E. & Colijn, S. (2001). *Adolescents in Residential Psychiatric Care: Treatment Outcome, Social Support and Cultural Background*. Den Haag: Proefschrift.
- Bruinsma, M. & Boon, A.E. (2001). *Orthopsychiatrie, [Be]handelbare Jongeren?* Amsterdam: SWP.
- Colijn, S. & Boon, A.E. (1996). Drie jaar instroom in een jeugdpsychiatrische kliniek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 7, p. 532-543.

Contactgegevens

Drs. S.B.B. (Sjouk) de Boer
Psycholoog / onderzoeker
De Fjord, Centrum voor Orthopsychiatrie en Forensische Jeugdpsychiatrie
Poortmolen 121
2906 RN Capelle aan den IJssel
T: (010) 258 4630
E: s.deboer@bavomogroep.org
en
De Jutters, centrum voor Jeugd-GGZ Haaglanden
Postbus 61452
2506 AL Den Haag
T: (070) 416 7000
E: s.deboer@dejutters.com

7. Opvoedingsondersteuning ter preventie van gedragsproblemen bij kinderen

I. de Graaf, Trimbos-instituut, Utrecht en G. Blokland, NIZW, Utrecht

Samenvatting

Deze workshop gaat over het belang van opvoedingsondersteuning ter preventie van gedragsproblemen bij kinderen. We geven een overzicht van wat bekend is uit eerder onderzoek over de predictoren van antisociaal gedrag, het belang van preventieve interventies, het belang van opvoedingsondersteuning en de voorwaarden waaraan een preventieve interventie moet voldoen. Hierover bestaan verschillende publicaties. Vervolgens introduceren we het evidence-based programma Triple P, een integraal programma opvoedingsondersteuning uit Australië. Triple P wordt op dit moment (proef) geïmplementeerd in twee regio's. Ook vindt effectonderzoek plaats. Dit proefproject loopt tot begin 2006. Wegens de succesvolle ervaringen tot dusver en de interesse vanuit andere gemeenten / instellingen start in het voorjaar van 2006 een bredere implementatie van Triple P in Nederland.

Triple P bestaat uit vijf niveaus, variërend van een massamediale campagne voor alle ouders, tot selectieve en geïndiceerde interventies ter preventie van (ernstige) gedragsproblemen. We plaatsen Triple P in het licht van de hiervoor gepresenteerde onderzoeksgegevens en maken een verbinding naar de werkzame factoren in 'parenting support'. Belangrijke factoren zijn een degelijke theoretische onderbouwing, de gedragsmatige invalshoek, gerichtheid op erkende risicofactoren, de brede toegankelijkheid van het programma die een gemakkelijke instroom mogelijk maakt en de ketenaanpak.

De discussie zal gaan over het belang van interventies met een 'public health' gerichte benadering (zoals Triple P) tegenover de interventies die zich voornamelijk richten op (hoge) risicogroepen. Tijdens de workshop zullen de twee workshopleiders ieder een standpunt innemen en ook het publiek wordt gevraagd om een standpunt in te nemen, zodat helder wordt wat de voor- en nadelen van beide benaderingen zijn.

Deze workshop levert een bijdrage aan het doel van dit congres, omdat het gaat over het onderzoek naar de werkzame factoren ter preventie van gedragsproblemen en uitwisseling van kennis over de aanpak van preventieve interventies. Deze onderzoeksresultaten zijn toegepast in het opvoedingsondersteuningsprogramma Triple P.

Bronnen voor meer informatie

www.triplep-nederland.nl
www.triplep.net

Bor, W., Sanders M.R. & Markie-Dadds, C. (in press). The effects of Triple P Positive Parenting Program in preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

Moran, P., Ghatge, D. & Merwe, A. van der (2004). *What works in parenting support? A review of the international evidence Research*. Londen: Policy Research Bureau.
Sanders, R. et al (in press). *What works in preventing risk of antisocial behaviour in children?* Brisbane, Australia: The University of Queensland.

Contactgegevens

Drs. I. (Ireen) de Graaf
Wetenschappelijk medewerker
Trimbos-instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: (030) 297 1100
E: IGraaf@Trimbos.nl

8. Ouders en school betrekken bij een competentietraining voor first offenders: effect blijkt beter!

K. Drexhage, Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam

Samenvatting

In de workshop wordt geprobeerd om een antwoord te vinden op de vraag hoe we ouders en school effectief kunnen inschakelen bij een competentietraining voor first offenders. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat dit leidt tot betere en meer blijvende verankering van de gedragsverbetering bij de deelnemende jongeren. De competentietraining bestaat uit vijf bijeenkomsten van twee uur, waarin gesproken wordt over en geoefend wordt met thema's zoals omgaan met pesten, omgaan met boosheid en op een goede manier opkomen voor jezelf. De trainer besteedt extra aandacht aan de vaardigheden die een relatie hebben met (het voorkomen van) de delicten.

In 2004 heeft Prof. dr. Ido Weijers een onderzoek uitgevoerd onder jongeren met een leerstaf die in dat kader deze competentietraining moeten volgen bij Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam. Uit dit onderzoek zijn verschillende resultaten naar voren gekomen. Op de eerste plaats blijkt er bij een ruime meerderheid van de jongeren die de training hebben gevolgd, sprake van een vooruitgang, namelijk een blijvende gedragsverbetering ten aanzien van de leerdoelen. Dit is niet het geval bij de controlegroep (bestaande uit jongeren met een werkstraf). Bij hen wordt geen gedragsverbetering waargenomen, deels zelfs enige teruggang. Op de tweede plaats blijkt het succes van de training groter te zijn als er meerdere vaardigheidstekorten (in relatie tot het delict) bestaan. Hiertoe dient de screening aangescherpt te worden. Ten derde is gebleken dat de training nauwelijks effect sorteert bij met name meisjes die betrokken zijn bij mishandeling. Voor deze meisjes dient een andere, aparte aanpak gezocht te worden. Op basis van deze onderzoeksresultaten is de training inmiddels aangepast.

Centrale probleemstelling tijdens de workshop

Uit onderzoek (onder andere Junger-Tas, 2002) blijkt dat een 'geïsoleerd' aangeboden training minder blijvend resultaat heeft dan een training waarbij de omgeving, met name de belangrijkste leefgebieden, structureel wordt betrokken. Daarom is de probleemstelling bij deze workshop: Hoe betrekken we ouders en school op werkbare en effectieve wijze bij de competentietraining, en hoe draagt dit bij aan de verankering van de gedragsverandering bij de deelnemende jongeren? Er moet op optimale wijze aangesloten worden bij de kwaliteiten en vermogens die alle betrokkenen (reeds) in huis hebben. Hoe doen we dit bij de volgende onderdelen van de training: Het betrekken van ouders bij de intake, de ouderbijeenkomst en de certificaatuitreiking. Hoe helpen ouders en school bij de wekelijkse opdrachten van de deelnemers? En hoe gebruiken we de effectmetingen? Deze worden gedaan bij ouders, schoolmentoren en deelnemers. Daarin worden scores gegeven aan de mate waarin de deelnemer zijn/haar persoonlijke leerdoelen (al) beheerst.

In de workshop lichten we de werkzaamheid van de elementen van de competentietraining toe, en dit laten we ook middels enkele oefeningen ervaren. Naast het effectief betrekken van ouders en schoolmentoren komen de volgende algemeen werkzame factoren uit de training aan bod: het aansluiten bij de motivatie en de kwaliteiten van jongeren door persoonlijke leerdoelen en opdrachten op maat, het gebruiken van interactieve werkvormen met peers, modeling door beide trainers en het gebruikmaken van informele momenten.

Bronnen voor meer informatie

Junger-Tas, J. (2002). *Diploma's en goed gedrag II. Preventie van antisociaal gedrag in het onderwijs*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Weijers, I. (2004). *Voor straf trainen. Een onderzoek naar de effectiviteit van de competentietraining van BJAA in het kader van de leerstraf HALT*. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Contactgegevens

Drs. K. (Karel) Drexhage
Coördinator competentietraining
Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam
Overtoom 16
1054 HJ Amsterdam
T: (020) 515 8061
E: k.drexhage@bjzaa.nl

9. De perspectieven van de C-toets

J. Franssen, MO-Groep, L. Rutjes en K. Jurrius, Stichting Alexander, Amsterdam

Samenvatting

De C-toets, een vragenlijst voor cliëntenfeedback, is sinds september 2004 door veel instellingen in gebruik genomen. Instellingen vinden in de C-toets de mogelijkheid om de mening van diënten te vragen en te komen tot verbeteringen en dialoog. De vragenlijst voldoet aan een behoefte; tegelijk speelt een aantal vragen en discussies rond de C-toets.

Een instrument dat bedoeld is voor het verzamelen van feedback van cliënten en het realiseren van kwaliteitsverbetering en dialoog kan niet stil blijven staan. De maatschappij, cliënten, instellingen en regelgeving zijn immers aan veranderingen onderhevig. De MO-Groep volgde in 2005 daarom actief de ontwikkelingen omtrent de C-toets ...

- Veel instellingen hebben de C-toets in gebruik genomen;
- Instellingen gebruiken de C-toets op verschillende manieren;
- De C-toets wordt aangepast op lokale wensen;
- Er is behoefte aan invullend instrumentarium op het gebied van cliëntenfeedback;
- Er zijn nieuwe doelgroepen voor feedback: pleegzorg, kinderen en licht verstandelijk gehandicapten;
- Er is veel discussie over het op landelijk of provinciaal niveau gebruik van de resultaten van de C-toets.

... en heeft verschillende activiteiten ingezet om te komen tot een plan van aanpak C-toets 2006. Het is voor de instellingen en cliënten die met de C-toets werken belangrijk dat zij weten hoe het verder gaat met de C-toets. In de workshop worden allereerst de ervaringen met het instrument gepresenteerd. De uitkomsten van de evaluatie van de C-toets staan hierbij centraal. Het plan van aanpak 2006 wordt vervolgens gepresenteerd. Dit plan richt zich op kwaliteitsbewaking van de C-toets, inhoudelijke verbetering van de C-toets, het versterken van de positie van de cliënt, het optimaliseren van landelijke gebruiksmogelijkheden, het ontwikkelen van aanvullend instrumentarium voor cliëntenfeedback.

Deelnemers denken actief mee over de concrete invulling van het plan.

Bronnen voor meer informatie

Franssen, J. & Jurrius, K. (2005). De C-toets getoetst. *Nederlands tijdschrift voor de jeugdzorg*, jg. 9, 6, p. 293-296.

Jumelet, H., Welling, M., Jurrius, K. & Havinga, L. (2004) *Handboek C-toets*. Utrecht: MO-Groep.

Jumelet, H., Welling, M., Jurrius, K. & Havinga, L. (2003). *Verantwoording C-toets*. Amsterdam: Stichting Alexander.

Contactgegevens

J. (Joris) Franssen
Projectleider C-toets
MO-Groep
Postbus 3332
3502 GH Utrecht
T: (030) 298 3434
E : c-toets@mogroep.nl

L. (Leo) Rutjes (directeur)
K. (Kitty) Jurrius (projectleider)
Stichting Alexander
Herenmarkt 93c
1013 EC Amsterdam
T: (020) 626 3929
E: Rutjes@st-alexander.nl

10. Voor het goede doel. Effectievere hulp door het stellen van doelen

T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg / Universiteit Utrecht

Samenvatting

Samen met de cliënten de juiste doelen stellen in de hulpverlening is één van de belangrijke werkzame factoren: goede doelen leiden tot betere hulp. Het NIZW Jeugd voerde in de afgelopen jaren een aantal projecten uit om het stellen van goede doelen in de praktijk te bevorderen. Dat heeft onder meer geresulteerd in een theoretisch kader, een training voor hulpverleners en een binnenkort te verschijnen boek voor HBO- en universitaire opleidingen.

Veel instellingen werken momenteel aan het verbeteren van de doelstellingen in de hulp. Daarbij rijzen vragen over hoe de werkwijze eruit moet zien in complexe hulpverleningssituaties (zoals bij niet-gemotiveerde cliënten en multi-probleemgezinnen). In deze workshop worden de training en enkele onderdelen van het te verschijnen boek gepresenteerd.

De deelnemers gaan tijdens de workshop actief aan de slag met casuïstiek. Gekeken wordt hoe op het individuele niveau doelen aan te scherpen zijn. Speciale aandacht gaat daarbij uit naar de complexe hulpverleningssituaties.

Als laatste onderdeel van de workshop komt de vraag ter discussie hoe zekergesteld moet worden dat in de hulpverlening het stellen van goede doelen staande praktijk wordt. De discussie wordt ingeleid met de stelling dat dit moet gebeuren in:

- de certificering van de instelling;
- de beroepsregistratie van de hulpverleners;
- de eindtermen van de opleidingen.

De verankering moet niet gebeuren in een specifieke methodiek of in de wet.

Bronnen voor meer informatie

Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (In druk). *Voor het goede doel. Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg*. Amsterdam: SWP.

Contactgegevens

Prof. Dr. T. (Tom) van Yperen
Expertmedewerker / bijzonder hoogleraar
NIZW Jeugd / Universiteit Utrecht
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 230 6375
E: t.vanyperen@nizw.nl

11. De beoordeling van interventies voor de Databank Effectieve Jeugdinterventies

G.J. Stams, Universiteit van Amsterdam

Samenvatting

Er is een groeiende behoefte aan een overzicht van beschikbare interventies voor jeugdigen en hun opvoeders. Door samen te werken met uiteenlopende partijen in het veld wordt door het NIZW Jeugd een breed overzicht gemaakt van veelbelovende en effectieve ondersteunings-, preventie-, behandel- en sanctieprogramma's. Dit overzicht wordt de Databank Effectieve Jeugdinterventies genoemd (DEJ). Alle in de databank opgenomen interventies bevatten oordelen over de onderbouwing en effectiviteit van interventies. Deze oordelen worden getoetst door een onafhankelijke pool van deskundigen die is georganiseerd door de Universiteit Van Amsterdam (SCO Kohnstamm instituut).

Elke interventie wordt door een panel van drie deskundigen beoordeeld. Dit panel is op basis van specifieke expertise geselecteerd uit een bredere pool van deskundigen. Aan de panelleden worden de volgende eisen gesteld:

- a. Onderzoeker op het terrein van interventies en uit zijn of haar publicaties is gebleken dat hij of zij is staat is gedegen te reflecteren op de kwaliteit van de interventies op het desbetreffende terrein.
- b. Praktijkdeskundige op het terrein van interventies en uit zijn of haar reputatie of uit voorgesprekken is gebleken dat hij of zij is staat is gedegen te reflecteren op de kwaliteit van de interventies op het desbetreffende terrein.
- c. Hij/zij heeft geen directe belangen bij de te beoordelen interventie.

Bij de beoordeling van een interventie is steeds minstens één persoon betrokken die voldoet aan de criteria A en C, en één persoon die voldoet aan de criteria B en C. Bij de beoordeling gaat het ten eerste om de vraag of de interventie theoretisch voldoende onderbouwd is: (1) is een analyse gemaakt van de met het probleem samenhangende oorzakelijke, risico-, instandhoudende, verzachtende of protectieve factoren?; (2) is de verantwoording gebaseerd op een theorie over de veronderstelde werkzame ingrediënten in de interventie?; (3) sluit de keuze van de doelen van de interventie aan bij de probleemanalyse?; en (4) wordt aannemelijk gemaakt dat de veronderstelde werkzame factoren in de methodiek leiden tot het bereiken van de genoemde doelen? Ten tweede dient de kwaliteit van het effectiviteitsonderzoek naar de interventie beoordeeld te worden. Hierbij geldt praktijkonderzoek met een (quasi-) experimenteel design en follow-up meting als de hoogste standaard.

De aansturing van de pool van deskundigen is formeel gescheiden van de verzameling van informatie over de interventies door het NIZW. Zowel de keuze van de deskundigen als de feitelijke toetsing van de kwaliteit van de interventies staat hierdoor los van de databank. Dat moet de acceptatie van de informatie die in de databank is opgenomen verhogen. Een stuurgroep ziet toe op de onafhankelijkheid en kwaliteit van de databank. Deze stuurgroep bevat naast wetenschappers een aantal vertegenwoordigers van ministeries, beroepsverenigingen en brancheorganisaties. De stuurgroep oefent toezicht uit op onder meer de selectie van

de interventies die voor de beschrijving en beoordeling in behandeling zijn genomen en de bruikbaarheid van de resultaten.

De databank dient via internet op eenvoudige wijze toegankelijk te zijn. Het doel daarvan is tweeledig:

- Bundeling en openstelling van kennis over theoretisch goed onderbouwde en op effectiviteit onderzochte interventies, zodat uiteenlopende deelsectoren en daarin opererende actoren van deze kennis (als 'good practices') kunnen profiteren bij de kwaliteitsverbetering van het aanbod.
- Stimulering van de makers van interventies om hun producten met goede theorie en adequaat onderzoek te onderbouwen.

In deze workshop wordt nader ingegaan op het functioneren van de Databank Effectieve Jeugdinterventies en de wijze waarop de effectiviteit van interventies kan worden beoordeeld. De link met werkzame factoren is gelegen in de theoretische onderbouwing van de interventie, de structurering van de interventie (doelstelling, planning, fasering) en de uitvoering van de interventie zoals is bedoeld.

Bronnen voor meer informatie

- Breuk, R.E., Clauser, C.A.C., Stams, G.J.J.M., Slot, N.W., & Dorelijers, T.A.H. (2005). *The validity of questionnaire self report of psychopathology and parent-child relationship quality in juvenile delinquents with psychiatric disorders*. Submitted for publication.
- Hendriks, J., Rutten, E.A., Stams, G.J.J.M., & Brugman, D. (in press). *De Mol graaft naar het geweten: De ontwikkeling van een nieuw meetinstrument*. In: L. Le Sage, H. Stegge, & J.W. Steutel (Eds.). *Jeugddelinquentie en Gewetensontwikkeling*. Amsterdam: SWP.
- Ramos, M.A., Stams, G.J.J.M., Faas, M., Stoel, R., & Yperen, T. van (2005). *Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg: Een multi-level studie*. Universiteit Utrecht/Universiteit van Amsterdam.
- Reith, W., Stals, K., Stams, G.J.J.M., Eekhof, A., & Vries, N. de (2005). *Zware hulp, dure hulp? Een interactieve analyse met behulp van de Delphi-methode binnen Stichting Jeugdformaat*. Ter publicatie aangeboden.
- Stams, G.J.J.M., Buist, K., Dekovic, M., & De Kroon, I. (2005). De relatie tussen ouderparticipatie, therapeutische alliantie en gedragsproblemen van het kind in dagbehandeling. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 44, 2, p. 51-60.
- Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., Buist, K.L., & Vries, L. de (2006). *Effectiviteit van oplossingsgerichte korte therapie: Een meta-analyse*. Ter publicatie aangeboden.
- Stams, G.J.J.M., Juffer, F., Van IJzendoorn, M.H., & Hoksbergen, R.A.C. (2001). Attachment-based intervention in adoptive families in infancy and children's development at age seven: Two follow-up studies. *British Journal of Developmental Psychology*, 19, p. 159-180.

Contactgegevens

Dr. G.J.J.M. (Geert Jan) Stams
Universitair hoofddoent
Universiteit van Amsterdam
Wibautstraat 4
Postbus 94208
1090 GE Amsterdam
T: (020) 525 1310
E: G.J.J.M.Stams@uva.nl

12. Jeugdzorg op orde, een voorwaarde voor sectorbrede kwaliteit

M. Loeffen, H. Ooms, Collegio, Utrecht en T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht

Samenvatting

Het belang van de uitvoering van overzichtsstudies naar de aard, het toepassingsgebieden de effectiviteit van preventieve, curatieve en repressieve interventies voor jeugdigen en hun opvoeders neemt de laatste jaren toe. De studies moeten helder maken waar lacunes bestaan in het bestaande aanbod en een overzicht geven van effectief gebleken interventies. Om dit soort studies mogelijk te maken is een ordeningsmodel nodig aan de hand waarvan het aanbod is te typeren. In opdracht van de Operatie Jong heeft het NIZW, in samenwerking met Collegio, daarom in 2005 een ordeningsmodel ontwikkeld voor preventieve, curatieve en repressieve jeugdzorg. Het ordeningsmodel is een matrix waarbij de beide assen afhankelijk van de informatiebehoefte van de gebruiker een andere definiering kunnen krijgen. Zo kan er bijvoorbeeld geordend worden naar *risico/problematiek* en *leeftijd* (zie figuur 1) of binnen de probleemgroep *externaliseren* naar *leeftijd* en *locatie* (zie figuur 2).

Figuur 1. Ordening van interventies naar risico/problematiek en leeftijd

As A1: Belangrijkste risico of probleem		Optie A2: Leeftijd						Totaal
		0-3 jaar	4-5 jaar	6-9 jaar	10-12 jaar	13-16 jaar	17-18 jaar	
Psycho-sociaal functioneren jeugdige	Internaliseren	3	4	8	9	9	7	11
	Externaliseren	3	6	10	12	11	8	16
	Denk / cogn stoornis	2	2	2	3	4	4	4
	Persoonlijkheid	-	-	-	-	-	-	0
	Middelen en gokken	-	-	-	-	-	-	0
Lichaam		-	-	-	-	-	-	0
Ontwikkeling / vaardigheden		8	9	6	4	3	2	16
Gezin en opvoeding		6	9	14	16	11	7	19
Jeugdige / overige omgeving		2	4	8	5	9	7	15
Overig		-	-	-	-	-	-	0
Totaal		12	16	20	21	19	14	36

Figuur 2. Ordening van interventies binnen de rubriek 'Externaliseren' naar leeftijd en locatie

Externaliseren	As C4: Locatie van uitvoering	As A2: Leeftijd jeugdige (in jaren)						Totaal
		0-3	4-5	6-9	10-12	13-16	17	
	Thuis / in het gezin	3	3	4	5	6	5	6
	Op school	-	1	4	4	2	2	6
	In basisvoorziening	-	1	1	2	1	-	2
	Pleeggezin	-	-	-	-	-	-	0
	Zorginstelling	-	1	3	5	5	3	7
	Gesloten justitiële inrichting	-	-	-	2	4	3	4
	Gesloten niet-justitiële voorziening	-	-	-	2	3	3	3
	Overig en niet gespecificeerd	-	1	2	2	2	1	2
	Totaal	3	6	10	12	11	8	16

Hiermee ontstaat een soort sorteerbak, letterbak of ladekast met in ieder vakje een andere categorie modules. In de beide figuren zijn de modules uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het NIZW ondergebracht. De aantallen geven aan hoeveel modules er in een bepaalde categorie te vinden zijn. Zo is uit figuur 1 af te leiden dat er op het gebied van *persoonlijkheid, middelen / gokken* en *lichaam* geen interventies in de databank zitten en op het gebied van *gezin en opvoeding* juist relatief veel (19). Uit figuur 2 is af te leiden dat er geen modules in de databank zitten die in pleeggezinnen worden aangeboden en relatief veel modules die aangeboden worden in een zorginstelling, thuis of op school (6 of 7). Op deze wijze dient het model als analyse-instrument om hiaten en dubbelingen in het jeugdzorgaanbod op het spoor te komen en om de stand van zaken wat betreft effectiviteit van zorg te kunnen inschatten per werksoort, domein of type problematiek.

De ordeningsprincipes zijn deels gebaseerd op de ordening van de Databank Effectieve Jeugdinterventies, deels op een voorloper van het huidige model zoals ontwikkeld door Collegio. De ordeningsprincipes zijn *doelgroepkenmerken* (zoals belangrijkste risico of probleem, leeftijd van de jeugdigen of al dan niet geschiktheid voor allochtonen), *inhoudelijke kenmerken, vormkenmerken* (zoals het gebruikelijke aantal contacten en de locatie van uitvoering), *kwaliteitskenmerken* (zoals het type uitgevoerd effectiviteitsonderzoek en de mate van effectiviteit) en *stelselkenmerken* zoals *functies* (voorlichting, toegang, hulp, verblijf en casusregie) en *bereik* (bijvoorbeeld universele interventies en selectieve interventies). De ordeningsprincipes zijn in een breed samengestelde expertgroep (bestaande uit onder andere vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het Ministerie van Justitie, het IPO, het LCOJ, PI Research en de GGD) bediscussieerd. Uitkomst van deze discussie is dat de ordening primair dient ter ondersteuning van ZonMw bij de onderzoeksprogrammering in de jeugdzorg en voor de ordening van de modules in de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Daarnaast is het mogelijk dat jeugdzorginstellingen, bureaus jeugdzorg of gemeenten vragen om de ordening van aanwezig aanbod in het kader van het uitstippelen van beleid, onderzoeksprogrammering, of het formuleren van financieringsprioriteiten.

Opmerkelijk genoeg is wel bekend wat algemeen werkzame factoren zijn in de jeugdzorg (zoals bijvoorbeeld een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener, of een goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt), maar deze factoren hebben allen betrekking op de afzonderlijke interventies. Er is geen werkzame factor geformuleerd die betrekking heeft op de samenhang *tussen* verschillende interventies. Tijdens de workshop zal juist deze tot nu toe in nevelen gehulde werkzame factor centraal staan. Deze factor betreft een ordeningsprincipe dat inzicht geeft in het aanbod, de mate waarin dat aanbod effectief is en de wijze waarop het in samenhang gebracht kan worden met andere modules tot een multi-methodische aanpak. In concreto: de principes van het ordeningsmodel worden in deze workshop nader toegelicht en bediscussieerd en de toepassingsmogelijkheden worden samen met de aanwezigen verkend.

Bronnen voor meer informatie

Yperen, T.A. van, Berg, G. van den, Loeffen, M. & Lekkerkerker, L. (2005). *Jeugdzorg op orde*. Utrecht: NIZW Jeugd/Collegio.

Contactgegevens

Drs. M. (Mirte) Loeffen

Adviseur

Collegio

Maliesingel 41

3581 BK Utrecht

T: (030) 232 3076

E: m.loeffen@collegio.nl

Prof. Dr. T. (Tom) van Yperen

Expertmedewerker / bijzonder hoogleraar

NIZW Jeugd / Universiteit Utrecht

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

T: (030) 230 6375

E: t.vanypere@nizw.nl

13. Werken aan effectiviteit vanuit praktijkontwikkeling

T. Schut, E. Schulze, Spirit, Amsterdam, C. Konijn, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht en J. van den Braak, Adviesbureau van Montfoort, Utrecht

Samenvatting

Spirit, jeugdzorgaanbieder te Amsterdam, heeft er in 2004 voor gekozen om het werken aan het bevorderen van effectieve hulpverleningsmethoden in de eigen organisatie te koppelen aan de manier waarop Spirit de praktijkontwikkeling wil stimuleren. Dat wil zeggen dat er geen grootscheeps top-down-onderzoeksprogramma wordt uitgevoerd, maar een op maat van de methodiekontwikkeling gesneden onderzoek, dat vooral handvatten voor methodiekontwikkeling moet opleveren.

In samenwerking met het NIZW en Adviesbureau Van Montfoort is een onderzoek ('doorlichting') opgezet dat een eerste indicatie van de veelbelovendheid op het gebied van effectiviteit van enkele werksoorten moet opleveren. Gekozen is voor de werksoorten Beter met Thuis, de Regionale Ambulante Teams en Nieuwe Perspectieven. Het onderzoek startte in het voorjaar van 2005 en wordt in januari 2006 afgerond. Het onderzoek brengt in kaart:

- wat de beoogde en de bereikte doelgroep van de betreffende werksoort is;
- of er sprake is van veelbelovendheid van de werksoort. Daartoe is bekeken welke ingrediënten voor de betreffende doelgroep werkzaam zijn volgens onderzoek, of de werksoort die ingrediënten op papier 'bezit', of de werksoort wordt uitgevoerd zoals bedoeld en of er sprake is van de algemeen werkame factoren (factoren waarvan bekend is dat ze - ongeacht de doelgroep en problematiek - de werkzaamheid van een interventie bevorderen);
- welke resultaten geboekt worden op de gebieden: uitval, doelrealisatie en cliënttevredenheid.

Bij de doorlichting is gebruik gemaakt van een (internationale) vergelijking van de methodiek met relevante onderzoeksliteratuur, een dossieranalyse en groepsinterviews met betrokken hulpverleners.

In de workshop willen we ingaan op de vraag hoe een jeugdzorgaanbieder kan bevorderen dat het handelen van hulpverleners meer gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten omtrent effectiviteit. Een voorbeschuiving op de onderzoeksresultaten van één van de onderzochte methodieken zal als 'casus' in de workshop worden ingebracht.

Bronnen voor meer informatie

www.spirit.nl

Contactgegevens

T. (Theo) Schut
Manager Inhoud
Spirit
Fred. Roeksestraat 73
1076 EC Amsterdam
T: (020) 540 0511
E: t.schut@spirit.nl

14. Pleegzorg in Gelderland en Noord-Brabant: een ontdekkingsreis

H.M. Pijnenburg, H. Damen, Praktikon, Nijmegen, G. van Halen, Dunamis, Nijmegen en T. van Ruitenbeek, de Combinatie, Eindhoven

Samenvatting

De Gelderse en Brabantse pleegzorg vernieuwen zich. Enkele jaren geleden is hiervoor afzonderlijk in beide provincies door de Voorzieningen voor Pleegzorg (VvP) een innovatieproject gestart. Zowel Gelderland als Noord-Brabant streven ernaar een vorm van pleegzorg te ontwikkelen waardoor pleegkinderen die eenmaal in een pleeggezin zijn geplaatst - en waarbij terugkeer naar het oorspronkelijke gezin niet wenselijk of mogelijk is - zich in datzelfde pleeggezin (stabiliteit van de plaatsing) positief kunnen blijven ontwikkelen (optimale ontwikkeling). Vroegtijdige beëindiging van een plaatsing en 'fosterhopping' - waarbij het pleegkind van het ene in het andere pleeggezin wordt geplaatst - dienen voorkomen te worden. Het vinden van een juiste afstemming tussen zorgvraag en aanbod speelt daarbij in beide projecten een belangrijke rol. Een verschil tussen beide projecten is dat met de innovatie in Brabant gericht gezocht wordt naar een pleegzorgalternatief voor residentiële opvang, terwijl de Gelderlandse pleegzorg zich concentreert op het bestaande continuüm van reguliere tot intensieve pleegzorgplaatsingen, dat qua problematiek overigens ook steeds complexer wordt.

De ontwikkelingen in beide provincies zijn afzonderlijk door onderzoek gevolgd en begeleid. Een gemeenschappelijke onderzoeksvraag was in hoeverre kenmerken van het verleende zorgaanbod bijdragen aan het bereiken van de doelstelling (stabiliteit van de plaatsing en optimale ontwikkeling van het pleegkind). In Noord-Brabant zijn de volgende kenmerken van het zorgaanbod gemeten:

1. De begeleiding van de plaatsing door de VvP (bijvoorbeeld de mate waarin er concrete en realistische plaatsingsdoelen zijn geformuleerd en de mate waarin er goede afspraken tussen VvP en pleegouders zijn gemaakt).
2. De aanwezige competenties van de pleegouders (bijvoorbeeld achtergrondkennis en ervaring).
3. De extra ondersteuning van derden die wordt ingezet.

In Gelderland had het gemeten zorgaanbod te maken met:

1. De begeleiding van de plaatsing door de pleegzorgwerker. Het gaat hierbij om de frequentie en duur van de contacten en de soort verrichtingen die tijdens een contact door de pleegzorgwerker worden toegepast. Er is een onderscheid gemaakt tussen basisverrichtingen (zoals doelen stellen en evalueren) en aanvullende verrichtingen (bijvoorbeeld het aanpakken van complexe problematiek en het toepassen van systemische interventies).
2. De extra ondersteuning van derden die wordt ingezet (bijvoorbeeld psychologisch onderzoek en individuele of contextuele therapie).

Het onderzoek in Noord-Brabant wijst uit dat de *competenties van de pleegouders* én de *extra ondersteuning door derden* een directe en positieve invloed hebben: naarmate pleegouders competentier zijn, of naarmate er meerdere vormen van extra

ondersteuning worden ingezet, wordt het doel van de plaatsing (stabiele plaatsing en optimale ontwikkeling van het pleegkind) beter bereikt. De begeleiding van de VvP draagt echter niet rechtstreeks bij aan het beter bereiken van het plaatsingsdoel.

In het onderzoek naar de Gelderse pleegzorg zijn aanwijzingen gevonden dat de *duur van de contacten* van de pleegzorgwerker met het pleeggezin en de *aanvullende verrichtingen* die zij tijdens deze contacten uitvoeren een positieve invloed hebben op kenmerken van een stabiele plaatsing: naarmate contacten langer duren, neemt de opvoedingsbelasting van de pleegouder meer af. En naarmate er meer aanvullende verrichtingen worden toegepast, nemen de problemen op het gebied van de ouder-kind-interactie meer af. De mate waarin aanvullende verrichtingen door pleegzorgwerkers kunnen worden toegepast, wordt bepaald door hun competenties. De vormen van extra ondersteuning door derden spelen geen rol. Dit laatste resultaat is tegengesteld aan dat van het onderzoek in Noord-Brabant.

Nu uit de twee onderzoeken is gebleken dat competenties van pleegouders, respectievelijk pleegzorgwerkers, belangrijk zijn voor de ontwikkeling van een pleegzorgplaatsing, willen we in vervolgonderzoek meer gedetailleerd zicht krijgen op deze factoren, waarom ze werkzaam zijn en of er misschien nog andere mogelijke factoren zijn waarmee rekening gehouden dient te worden. Daarom stellen we in de workshop deze competenties als werkzame factor centraal. Aan de hand van een aantal stellingen ondernemen we een zoektocht naar de specifieke kennis en vaardigheden die in de ogen van de deelnemers sleutelfactoren (kunnen) zijn bij pleegzorgplaatsingen, en naar wensen en mogelijkheden voor professionalisering ten aanzien van deze factoren. Daarbij willen we ook ingaan op de vraag of competentievergroting - en dus professionalisering, met name van pleegouders - op gespannen voet kan staan met andere fundamentele kenmerken van pleegzorg, en de motivatie van ouders om pleegkinderen in hun gezin op te nemen. Daarnaast gaan we in op 'het doen van onderzoek' als werkzame factor binnen de jeugdzorg in het algemeen en bij innovatieprojecten in de pleegzorg in het bijzonder.

Bronnen voor meer informatie

Damen, H.R. & Pijnenburg, H.M. (2004). *Onbaatzuchtig en professioneel: Innovatie in de Brabantse pleegzorg. Eindrapport Monitorproject Versterking Pleegzorg Noord-Brabant*. Nijmegen: Praktikon - ASCW.

Damen, H.R. & Veerman, J.W. (2005). *Meer indien nodig, minder als het kan. Een evaluatieonderzoek naar de Integrale Pleegzorg Gelderland*. Nijmegen: Praktikon - ACSW.

Contactgegevens

Drs. H.R. (Harm) Damen
Onderzoeker
Radboud Universiteit Nijmegen ACSW / Praktikon
Postbus 9104
6500 HE Nijmegen
T: (024) 361 1155/1161
E: h.damen@acsw.ru.nl

15. Multi Dimensional Family Therapy

C. Mos, Forensisch psychiatrische Polikliniek het Palmhuis, de Jutters, Den Haag en
N.P.H. Brusse, Parnassia Addiction Research Centre, Parnassia Psycho-Medisch Centrum,
Den Haag

Samenvatting

Multidimensional family therapy (MDFT) is een poliklinische gezinsgerichte behandeling voor adolescenten met gedragsproblemen én cannabismisbruik. Als een geïntegreerde behandeling is MDFT verbonden met verschillende therapeutische tradities, zoals de structurele, probleemoplossende en ecologische gezinstherapie (onder meer Minuchin en Haley) en verschillende vormen van psychotherapie, zoals de gedragstherapeutische en cognitieve therapieën. Het is een semi-geprotocolleerde systeembehandeling met ruimte voor individuele toepassing. Dit betekent dat het programma qua intensiteit en contactfrequentie aangepast wordt aan de vraag en mate van problematiek van het gezinssysteem. De standaardbehandeling bestaat uit drie fases verdeeld over ongeveer vier tot zes maanden. De eerste fase is het bouwen aan een fundament door relaties met de verschillende gezinsleden te leggen, door duidelijkheid te creëren en door te motiveren. De tweede fase bestaat uit het aanzetten tot actie en verandering door thema's uit te werken. In de derde fase tenslotte worden de veranderingen bezegeld en afgesloten.

De MDF-therapeut werkt op vier terreinen: (1) de individuele adolescent (2) de ouders (3) de gezinsinteracties en (4) extrafamiliaire systemen, zoals school, sociale netwerken en dergelijke. Binnen MDFT wordt gewerkt met jongeren die bij aanvang weinig tot geen motivatie voor de behandeling hebben. Tevens wordt veel gewerkt met allochtone gezinnen.

MDFT is een samenwerking tussen Mistral, de jeugdverslavingszorg van Parnassia en Het Palmhuis, de forensisch psychiatrische Polikliniek van de Jutters te Den Haag. MDFT is vanaf 1985 in Amerika ontwikkeld en in talloze studies als een effectieve behandeling gebleken. In zes randomised controlled trials (RCT's) is MDFT vergeleken met andere therapievormen, zoals groepsbehandeling en CBT. Naast een significante afname in middelengebruik en problematisch gedrag (zoals agressie en onverschilligheid), resulteert MDFT in een toename van het functioneren van het gezin en het functioneren van de jongeren op school. Follow-up onderzoek laat zien dat deze effecten in grote lijnen minstens één jaar na behandeling standhouden. Wat betreft de werkzame factoren kan opgemerkt worden dat veranderingen in ouderschapsvaardigheden en in het 'welbevinden' van ouders (psychologisch functioneren, stressen coping, sociale steun en de perceptie van de rol als ouder) de sleutels blijken tot veranderingen in het gedrag van de jongere.

Binnenkort start een multisite-onderzoek in vijf Europese landen om te bezien of deze behandeling ook binnen Europa effectief blijkt te zijn. Binnen deze RCT ('The effectiveness of multidimensional family therapy in Dutch adolescents with a cannabis use disorder') zijn de primaire uitkomstmaten gericht op het middelengebruik, internaliserende en externaliserende (psychiatrische) problematiek en delictgedrag.

Tijdens de workshop zullen de kern van deze gezinstherapie, de opzet van het komende Europese onderzoek en de uitkomsten van MDFT-research uit Amerika uitgelegd worden.

Bronnen voor meer informatie

- Liddle, H.A. & Hogue, A. (2000). A developmental, family-based, ecological preventive intervention for antisocial behaviour in high-risk adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, p. 265-279.
- Rigter, H., Gageldonk, A., Ketelaars, T. & Laar, M. van (2004). *Hulp bij Probleemgebruik van Drugs. Achtergrondstudie Nationale Drug Monitor*. Rotterdam/Utrecht: Erasmus Universiteit Rotterdam en Trimbos-instituut.
- Rowe, L.R. & Liddle, H.A. (2005). Drugsverslaving. *Tijdschrift Gezinstherapie Wereldwijd*. 16, p. 25- 68.
- Rowe, C.L., Liddle, H.A., McClintic, K. & Quille, T. (2002). Integrative treatment development: Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse. In: F.W. Kaslow & J. Lebow (Eds.). *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Volume 4: Integrative/Eclectic Therapies, p. 133-161). New York: John Wiley and Sons.

Contactgegevens

Drs. C. (Kees) Mos
Cognitief gedragstherapeut, MDF-therapeut en -supervisor
Forensisch psychiatrische Polikliniek Het Palmhuis, De Jutters
Rusthoekstraat 32
2584 CV Den Haag
T: (06) 2705 0916
E: mosk@dejutters.com

Drs. N.P.H. (Nathalia) Brusse,
Onderzoeker/psycholoog
Parnassia Addiction research Centre (PARC)
Arie de Jongstraat 25
2553 JJ Den Haag
T: (070) 391 6203
E: n.brusse@parnassia.nl

16. Wetenschap in huis: residentiële zorg en onderzoek hand in hand

E. Geurts en F. Brouwer, Stek, organisatie voor jeugdzorg, Gouda/Rotterdam

Samenvatting

Op basis van de literatuur kunnen we vaststellen dat de invloed van de betrokkenheid van het sociale netwerk (met name het gezin) bij de residentiële hulpverlening goed aantoonbaar is; onder andere meer effectieve hulp (Nock & Ferriter, 2005), verbeteren van het probleemgedrag (Cantos, Gries & Slis, 1997; Hoagwood, 2005), grotere tevredenheid (Jansen & Oud, 1993), beter perspectief op thuisplaatsing (Dartington Academic Press, 2002; Tam & Ho, 1996) en kortere opnameduur (Benedict & White, 1991; Davis, Landsverk, Newton & Ganger, 1996; Verzaal, 1991). Contextgericht werken wordt ingezet ter verbetering van het functioneren van de jeugdige en het gezin.

Vanuit dit perspectief is bij Stek, organisatie voor jeugdzorg, het programma 'Jeugdzorg In Context' (JIC) opgezet. JIC is het geheel aan hulpverleningsactiviteiten, waarin nadruk wordt gelegd op de inschakeling van de context van de jeugdige bij de hulpverlening, ten behoeve van het veranderen van de problematische situatie van de jeugdige en diens context. In het programma JIC gaan onderzoek en praktijk hand in hand. Het programma kenmerkt zich door het feit dat praktijkproblemen centraal staan en het onderzoeksproces instrumenteel is in een breder proces van praktijkontwikkeling en dat er een zwaar accent ligt op het gebruik van kennis, ervaringen en ideeën. Het is de bedoeling met het onderzoek (2004-2008) een systeem van continue resultaatmeting in Stek in te bouwen. Hierbij zijn we geïnteresseerd in de groep jeugdigen die gebruik maakt van het programma, de wijze waarop aan het programma uitvoering wordt gegeven en de resultaten die ermee worden behaald.

In navolging van Veerman kunnen specifieke (uitkomst)effecten en non-specifieke (proces)effecten van onderzoek op de praktijk van de jeugdhulpverlening worden onderscheiden (Pijnenburg & Bruyn, 1994). Met specifieke (uitkomst)effecten bedoelen we dat hulpverleners de onderzoeksresultaten in de praktijk gebruiken (ze zijn dan bijvoorbeeld richtinggevend voor de vorm van de hulp). Voorbeelden van non-specifieke (proces)effecten zijn: onderzoek biedt hulpverleners een nieuw perspectief (opeen eerder onderbelicht aspect), onderzoek kan steunend zijn voor hulpverleners bij het uitvoeren van hun taak.

In de workshop besteden we aandacht aan de specifieke (uitkomst)effecten en hieraan gekoppeld welke strategieën bijdragen aan een succesvolle praktijkontwikkeling. Hierbij staat het uitwisselen van ervaringen met het doen van praktijkgericht onderzoek centraal.

Bronnen voor meer informatie

- Geurts, E.M.W., Knorth, E.J. & Noom, M.J. (2004). *Jeugdzorg in Context: Resultaten van een vooronderzoek*. Leiden: Universiteit Leiden, Afdeling Orthopedagogiek.
- Hessel, I.J. (2003). *Investeren in perspectieven: Een veranderde kijk op residentiële hulpverlening binnen STEK Jeugdzorg*. Rotterdam/Gouda: STEK Jeugdzorg.

Contactgegevens

Drs. E.M.W. (Esther) Geurts
Onderzoeker
Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen
Afdeling Orthopedagogiek
Postbus 9555
2300 RB Leiden
T: (071) 5274076
E: geurts@fsw.leidenuniv.nl

Stek, organisatie voor jeugdzorg
Jacob van Lennepkade 6
2802 LH Gouda
T: (0182) 522855

17. Algemene protectiefactoren en specifieke risicofactoren

F. Bruinsma, forensisch kinder- en jeugdpsychiater – seksuoloog

Samenvatting

Andrea Donker en Arjan Blokland hebben in hun recente dissertaties de hypothese van Terrie Moffitt grotendeels kunnen bevestigen dat het leeuwendeel van de jeugddelinquentie zich beperkt tot de adolescentie of jongvolwassenheid. De belangrijkste (zogenoemd distale) risicofactor voor een persisterende delinquente ontwikkeling is antisociaal gedrag op jonge leeftijd.

Jane Gilgun heeft veel onderzoek gedaan naar algemeen protectieve factoren, met name naar *resilienc * als meest werkzame protectieve factor. *Resilience* is de weerbare, adequate wijze waarop het kind tijdens zijn ontwikkeling op stress heeft weten te reageren. Een vertrouwensfiguur en een veilige omgeving met structuur versterken deze *resilience*. Op grond hiervan vermoedt Jane Gilgun dat algemene actuele leefomstandigheden, zoals een vaste partner, niet delinquente vrienden en een vaste baan of school signalen zijn van (zogenoemde proximale) beschermende factoren. Ook al heeft zij naar deze specifieke factoren geen apart onderzoek gedaan.

Geweld en het actuele motief tot dat geweld kunnen worden onderscheiden in reactief, impulsief, expressief (waaronder vijandig-expressief, dissociatief-expressief en passief-expressief), zintuiglijk-emotioneel instrumenteel (sensation seeking), cognitief instrumenteel en psychotisch. Reactief geweld wordt gemotiveerd door externe omstandigheden zoals groepsdruk. Bij gebrek aan algemeen beschermende factoren kan de jeugdige vanuit zichzelf in het geval van reactief geweld geen weerstand bieden aan de externe omstandigheden. De overige vormen van geweld (impulsief, expressief, zintuiglijk-emotioneel instrumenteel, cognitief instrumenteel en psychotisch) worden alle min of meer gemotiveerd op grond van individuele innerlijke factoren. Negentig procent van de jeugdige delinquenten leert in de loop van de tijd met die persoonspecifieke factoren sociaal adequaat om te gaan.

Vanwege de algemeen beschermende factoren en vanwege de sociaal adequate aanpassing aan de individuele risicofactoren loopt in principe slechts vijf procent van de jeugdige delinquenten het risico van een persisterende delinquente ontwikkeling. Wordt echter een reactieve delinquent al of niet in residentiële behandeling geconfronteerd met delinquente leeftijdgenoten, dan is dat een sterke bekrachtiger van een delinquente ontwikkeling. En wordt een jeugdige delinquent met de andere individuele innerlijke vormen van motivatie tot het agressieve gedrag geconfronteerd met delinquente leeftijdgenoten, dan bestaat het risico dat hij zich te veel door hen laat leiden, en dat hij daardoor juist niet leert om sociaal adequaat om te gaan met de voor hem specifieke innerlijke risicofactoren. Dit wordt bevestigd in het onderzoek naar de behandel-effecten van jeugdige zedendelinquenten. Daaruit is tevens gebleken dat jeugdige zedendelinquenten, jeugdige niet-seksuele geweldsdelinquenten en jeugdige mannelijke slachtoffers van seksueel geweld op een andere manier met stress omgaan. Die verschillende manieren van actieve en passieve coping op stress vertonen een psychologische en neurobiologische relatie met het type

van hechting dat de jeugdigen van jongs af aan lijken te hebben gehad. En daarmee is de cirkel rond: een vaste vriendin, een niet-delinquente vriend, een vaste baan of school, die algemeen beschermende (proximale) factoren zijn op zich allemaal aanwijzingen voor een veilige hechting als duurzame (distale) factor.

In deze workshop wordt de betekenis van bovenstaande uiteengezet voor het te voeren preventieve en curatieve beleid in de jeugdzorg voor kinderen en jeugdigen, die vanwege in het bijzonder problemen met zogenoemde externaliserende gedragingen, het risico lopen van een delinquente ontwikkeling.

Bronnen voor meer informatie

- Blokland, A.A.J. (2005). *Crime over the life span*. Dissertatie Universiteit Leiden. Alblasterdam: Haveka.
- Bruinsma, F. (1996). *De jeugdige zedendelinquent*. Utrecht/Amsterdam: SWP.
- Bruinsma, F. (concept). *Jeugdige zedendelinquenten, vergeleken met slachtoffers van seksueel geweld en met andere delinquente jongeren*.
- Bruinsma, F. (concept). *Resultaten van de behandeling van jeugdige zedendelinquenten in JJI 'Harreveld'*.
- Bruinsma, F. (concept). *What works for whom? Findings and questions about control of sexually offensive behavior and treatment of people who have committed a sexual offense*.
- Bruinsma, F. & Loonen, A.J.M. (in voorbereiding). *Neurobiologie van motivatie*.
- Donker, A.G. (2004). *Precursors and Prevalance of Young-Adult and Adult Delinquency*. Dissertatie Universiteit Leiden. Leiden: Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.
- Gilgun, J.F. (2005). Evidence-based practice, descriptive research and the resilience-schema-gender-brain (RSGB) assessment. *British Journal of Social Work*. 35, 6, p. 843-862.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior - a developmental taxonomy. *Psychological Review*. 100, p. 674-701.
- Schore, A.N. (2001). The Effects of a Secure Attachment Relationship on Right Brain Development, Affect Regulation, and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*. 22, p. 7-66.

Contactgegevens

Drs. F. (Frits) Bruinsma
Forensisch kinder- en jeugdpsychiater – seksuoloog
De Daam 11
8835 XX Easterlittens
T: (0517) 342 816
E: fritsbruinsma@freeler.nl

18. Ondersteun ouders in het nemen van hun verantwoordelijkheid

L. de Wit en P. van Rooij, Stichting Kompaan, Goirle

Samenvatting

Binnen de jeugdhulpverlening is er een gigantisch aanbod in intensieve vormen van thuisbegeleiding. Het uitgangspunt dat hulpverlening in eerste instantie aansluit bij de directe leefomgeving van het gezin is prima, maar werkt wel in de hand dat een uithuisplaatsing wordt gezien als een laatste redmiddel. Dit als al het andere niet tot het gewenste veranderingsresultaat heeft geleid, met als neveneffect dat er bij ouders vaker sprake is van weerstand (hulpverleningsmoeheid) en angst (om hun kind kwijt te raken). Wij zijn van mening dat een hulpverleningstraject gekoppeld aan een tijdelijke uithuisplaatsing, mits de cliënt een sterke positionering krijgt, zich als eigentijds alternatief mag plaatsen naast diverse ambulante hulpverleningsvormen.

In een workshop willen we met de deelnemers de ervaringen delen van een werkwijze (vanuit de residentiële hulpverlening voor kinderen in de leeftijd van nul tot vijftien jaar), waarbij de inhoud van de behandeling primair gevormd wordt door de concrete hulpvragen van ouders en/of jeugdigen. Dit in nauwe samspraak met de plaatser.

Middels een voortraject, een korte gerichte opnamefase met ondersteunende thuisbegeleiding door pedagogisch medewerkers en een nabegeleidingstraject, waarbij ouders nadrukkelijk verantwoordelijk gehouden worden voor het veranderingsproces, blijken we opmerkelijke positieve resultaten te boeken.

- De gemiddelde behandelduur is teruggebracht naar een tiental maanden, zowel binnen het vrijwillige als justitiële kader;
- De behandelproductie is sterk vergroot;
- De beheersingsproblematiek (weglopers, agressie, vernielingen) is met 80% afgenomen;
- De cliënttevredenheid ligt tussen de 90 en 95%.

De veranderende positionering van de cliënt, gekoppeld aan een traject waarbij de inhoud van de behandeling primair gevormd wordt door diens concrete hulpvragen (waarbij overeenstemming bereikt moet zijn met alle betrokkenen) en het feit dat de pedagogisch medewerkers hun werkterrein hebben vergroot door steeds meer ambulant te gaan werken, hebben tot bovengenoemde resultaten geleid.

Resultaatmeting heeft onder meer plaatsgevonden door een evaluatie van de inzet thuisbegeleiding, een cliënttevredenheidsonderzoek, productiegegevens en een agressiemeting. De ervaring leert dat een goed voortraject met aandacht voor een concrete uitwerking van de hulpvragen in termen van heldere doelen en verwachtingen van groter belang is dan gedacht. Voor de totale doelgroep geldt verder dat een korte opname met inzet van thuisbegeleiding effectiever is dan zonder een dergelijke inzet. Tenslotte blijkt de kern van deze manier van werken te bestaan uit het handhaven van een neutrale, ondersteunende rol van de hulpverlener en het tijdig onderkennen van onduidelijkheden en onbeantwoorde vragen en de verantwoordelijkheid voor deze onduidelijkheid of impasse daar te leggen waar die thuis hoort. Onduidelijkheid, onvoldoende inspraak en meningsverschillen in welke vorm dan ook leiden namelijk tot ongemotiveerdheid, wantrouwen en verzet bij de

cliënt, wat een daadwerkelijk veranderingsproces en noodzakelijke samenwerking in de weg staat.

Bronnen voor meer informatie

www.stichtingkompaan.nl

Contactgegevens

L. (Lot) de Wit
Unithoofd Dag- en Nachtbehandeling 0-15 jaar
Stichting Kompaan
Rillaersebaan 75
5053 EA Goirle
T: (013) 530 9400
E: l.d.wit@stichtingkompaan.nl

19. Eigen kracht volgens plan?

L. Joanknecht, Spirit, Amsterdam en F. van Beek, WESP, Voorhout

Samenvatting

Eigen kracht is een besluitvormingsmodel. Tijdens een Eigen-kracht conferentie maakt een gezin met het sociaal netwerk een plan voor de hulp aan een kind waar zorgen om zijn. De invoering van het model in Nederland is vanaf het begin 2001 met onderzoek gevolgd. Er heeft een analyse van de registratie van de conferenties plaatsgevonden, schriftelijke bronnen (zoals de plannen) zijn onderzocht, er zijn diepte-interviews met kinderen en jongeren gehouden, follow-up gegevens over de uitvoering van de plannen zijn na drie maanden verzameld en er zijn tevedenheidsenquetes onder de deelnemers uitgezet. Hierdoor is er inmiddels veel bekend over de conferenties, de resultaten, de inhoud van de plannen en de cliënttevredenheid. De Nederlandse resultaten komen in grote lijnen overeen met de gegevens uit buitenlands onderzoek.

In de workshop worden de belangrijkste resultaten gepresenteerd van de acht onderzoeken naar Eigen Kracht die bureau WESP in 2000-2004 heeft uitgevoerd. Daarnaast zal in de workshop de inhoud van het lopend onderzoek kort geschetst worden. Uit de onderzoeken is gebleken dat circa driekwart van de families die een Eigen-kracht conferentie krijgen aangeboden hiervoor kiezen. Zij blijken in staat te zijn een plan voor de toekomst van een kind te maken. Zij maken plannen voor alle gezinsleden en op meerdere terreinen, dus niet alleen op het gebied van opvoeding. Deze plannen zijn concreet uitvoerbaar en worden door professionals als veilig geaccepteerd.

Nu de gegevens over de effectiviteit van het middel beschikbaar zijn, is het van belang na te gaan hoe het effect van de Eigen-kracht conferentie vergroot kan worden. Het gaat dan met name om de uitvoering van de door families gemaakte plannen, na de Eigen-kracht conferentie. Omdat de Eigen-kracht conferentie geen hulpverleningsmethodiek maar een beslissingsmodel is, kan niet zonder meer een vergelijking gemaakt worden met effectieve hulpverleningsmethoden. De sterke kanten van de methodiek liggen in de oplossingsgerichtheid, de autonomie en betrokkenheid van familie en netwerk en het activerende van de benadering. Het draagvlak bij de familie voor de uitvoering van het plan is hierdoor groot, hetgeen een voorwaarde is voor de effectiviteit van hulpverlening in het algemeen. Maar hoe zit het met het draagvlak bij de professionals?

Centraal thema in de workshop is dan ook de implementatie. Wat betekenen de resultaten voor de praktijk van de jeugdzorg? Wat vraagt het feit dat families zelf een plan (kunnen) maken van de hulpverlener, diens organisatie en de sector jeugdzorg? Op welke wijze kunnen zij aansluiten op de door families geformuleerde vragen aan professionals?

Bronnen voor meer informatie

www.wespweb.nl (publicatielijst)

www.eigen-kracht.nl

Contactgegevens

F. (Fiet) van Beek

Afdelingsdirecteur WESP

Componistenlaan 55a

2215 SN Voorhout

T: (0252) 372 053

E: wespfvb@planet.nl

20. Aan de slag met doelrealisatie: ervaringen bij de Leo Stichting Groep

A.F.J. van Ommen, Leo Stichting Groep, Apeldoorn

Samenvatting

Valkenheide - een van de werkstichtingen van de Leo Stichting Groep (LSG) - is in augustus 2002 gestart met een nieuwe opzet van de hulpverleningsplanning en voerde voor alle hulpvormen doelgericht- en dialooggestuurd werken in. Doelrealisatie werd gezien als een goed middel om abstracte hulpverlening te vertalen in concreet handelen. Dit biedt niet alleen handvatten voor de uitvoering in de hulpverleningspraktijk, maar dient ook om die praktijk toetsbaar te maken én kan zodoende als instrument dienen voor wat we tegenwoordig 'dialooggestuurd hulpverleners' noemen. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de doelen worden opgesteld in samenspraak met de cliënt.

Doelrealisatie

Doelrealisatie heeft betrekking op de vraag of de juiste soort doelen worden gesteld in antwoord op de hulpvragen van ouders en kinderen en of deze naar het oordeel van de hulpverlener en van de cliënt in voldoende mate gehaald worden. De doelen geven concrete afspraken weer tussen cliënt en hulpverlener. Zij dienen als leidraad voor het methodisch handelen en geven een duidelijke richting aan de inhoud van de hulpverlening. We spreken gezamenlijk af waar we aan gaan werken, langs welke weg we dat gaan doen en op welk perspectief we daarbij hanteren. Hierdoor is tijdens het traject en achteraf goed te beoordelen of wij op de hulpvraag van de cliënt het juiste antwoord hebben geboden.

Praktijkonderzoek in samenwerking met de Universiteit Utrecht

In 2005 heeft in samenwerking met de Universiteit Utrecht een praktijkonderzoek plaatsgevonden onder jongeren en medewerkers van Valkenheide-LSG ten aanzien van het werken met doelrealisatie. Door middel van het verzamelen van documenten, participerende observatie, open interviews en vragenlijsten is de validiteit en bruikbaarheid van doelrealisatie onderzocht. Uit de resultaten blijkt dat de validiteit van de doelrealisatie nog in ontwikkeling is. Er kan op dit moment (nog niet) met zekerheid gezegd worden dat met doelrealisatie gemeten wordt wat beoogd werd te meten, namelijk hoe goed of slecht de hulpverlening is. De bruikbaarheid van doelrealisatie lijkt voorsnog erg hoog. Doelrealisatie wordt door zowel jongeren als medewerkers grotendeels positief gewaardeerd. Opmerkelijk hierbij is dat jongeren doelrealisatie veel positiever waarderen dan dat medewerkers inschatten. Hoewel de bruikbaarheid van doelrealisatie hoog is, is een belangrijke voorwaarde voor het daadwerkelijke gebruik van doelrealisatie voor interne kwaliteitssturing en benchmarking dat de resultaten betrouwbaar en valide zijn. Uit dit onderzoek is gebleken dat de kwaliteit van de resultaten van doelrealisatie (nog) niet toelaat dat doelrealisatie daadwerkelijk gebruikt wordt voor interne kwaliteitssturing en benchmarking.

Goal Attainment Scaling

Om de gestelde doelen te kunnen evalueren en verantwoorden, wordt binnen Valkenheide-LSG gebruik gemaakt van de Goal Attainment Scaling (GAS). Op de GAS scoren betrokkenen in hoeverre de leerdoelen in hun ogen zijn gerealiseerd. In het kader van het praktijkonderzoek naar de validiteit en bruikbaarheid van doelrealisatie is ook een literatuuronderzoek naar de GAS verricht. Over de betrouwbaarheid van de GAS is volgens Kiresuk, Smith en Cardillo (1994) niet veel literatuur beschikbaar. Meer onderzoek is op dit gebied noodzakelijk. Wat betreft de validiteit van de GAS stellen dezelfde onderzoekers dat hulpverleners in staat zijn om behandelingsdoelen op te stellen in een GAS-format die, wanneer onafhankelijk bekeken, relevant blijken te zijn voor de geestelijke gezondheidsproblemen van de cliënt. De specifieke waarde van de GAS is het meten van een belangrijk aspect van de uitkomsten, namelijk veranderingen als gevolg van de behandeling.

Bronnen voor meer informatie

<http://www.informatienet.nl/Localuser/kwaliteit/default.htm>

Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo, J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. Hillsdale: Erlbaum.

Contactgegevens

A.F.J. (Toon) van Ommen
Coördinator Kwaliteitsbeleid
Leo Stichting Groep
Amersfoortseweg 37
Postbus 35
7300 AA Apeldoorn
T: (050) 355 0579 / (06) 2245 4089
E: tvommen@leostichtinggroep.nl

21. Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie: accreditatie van gedragsinterventies bij Justitie

Th.P. van der Heijden, Ministerie van Justitie

Samenvatting

Justitie levert een bijdrage aan de veiligheid van de samenleving door onder andere vrijheidsstraffen en vrijheidsbenemende maatregelen uit te voeren. Een van de doelen daarbij is om te voorkomen dat een dader na terugkeer in de samenleving terugvalt in crimineel gedrag. Bij minderjarigen geldt bovendien de eis dat de vrijheidsstraf en de vrijheidsbenemende maatregel dienen bij te dragen aan de opvoeding van de jeugdige.

Een (justitiële) gedragsinterventie is gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag om onder meer recidive te voorkomen. Gedragsinterventies kunnen worden aangeboden als voorwaarde of als onderdeel van de strafrechtelijke sanctie of maatregel. Om de kwaliteit van gedragsinterventies te kunnen vaststellen, heeft het Ministerie van Justitie op 30 augustus 2005 de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie ingesteld. Deze commissie beoordeelt of gedragsinterventies effectief (kunnen) zijn, dat wil zeggen (kunnen) leiden tot vermindering of het voorkomen van recidive (herhalingscriminaliteit). Het is de bedoeling dat negatief beoordeelde gedragsinterventies niet meer worden uitgevoerd. Justitie zal in de toekomst alleen positief beoordeelde gedragsinterventies financieren.

Tijdens een presentatie zal worden ingegaan op onder meer de volgende zaken:

1. Beleidsmatige achtergronden van en redenen voor de instelling van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie;
2. De belangrijkste 'What works' beginselen (het risicobeginsel, het behoeftebeginsel, het responsiviteitsbeginsel en het beginsel van behandelingsintegriteit): uit meta-evaluaties over de effectiviteit van reeds bestaande gedragsinterventies komt naar voren dat interventies die voldoen aan deze beginselen over het algemeen effectiever zijn dan gedragsinterventies die niet of in mindere mate uitgaan van deze beginselen;
3. De tien beoordelingscriteria die door de commissie worden gehanteerd bij de vraag of een gedragsinterventie effectief is. Deze criteria zijn voor een deel afgeleid uit de what works beginselen. Daarnaast is een aantal criteria toegevoegd. Het betreft de volgende criteria:
 - *Theoretische onderbouwing*: De gedragsinterventie is gebaseerd op een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond;
 - *Selectie van justitiabelen*: Het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt, wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd;
 - *Dynamische criminogene factoren*: De gedragsinterventie is gericht op het veranderen van risicofactoren die samenhangen met het criminele gedrag;

- *Effectieve (behandel)methoden*: Er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn;
 - *Vaardigheden en protectieve factoren*: De aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden;
 - *Fasering, intensiteit en duur*: De intensiteit en de duur van de gedragsinterventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer;
 - *Betrokkenheid en motivatie*: Betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd;
 - *Continuïteit*: Er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele;
 - *Interventie-integriteit*: De gedragsinterventie wordt uitgevoerd, zoals is bedoeld;
 - *Evaluatie*: Een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.
4. De werkwijze van de Erkenningscommissie. Ingegaan zal worden op de wijze waarop het accreditatie proces is georganiseerd. Wie mogen er indienen, hoe werkt de commissie, hoe vindt terugkoppeling van de bevindingen plaats, etc.

Bronnen voor meer informatie

www.justitie.nl/erkenningscommissie

Contactgegevens

Drs. Th.P. (Thijs) van der Heijden, MBA
 Hoofd bureau Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie
 Ministerie van Justitie
 Postbus 20301
 2500 EH Den Haag
 T: (070) 307 4377
 E: erkenningscommissie@minjus.nl

22a. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek

J.W. Veerman, Praktikon / Radboud Universiteit, Nijmegen en D. Roosma, Bureau Jeugdzorg Drenthe

Samenvatting

Meer zicht krijgen op effectiviteit van jeugdzorg staat hoog op de agenda van directies, uitvoerend werkers, provinciale en landelijke beleidsfunctionarissen en onderzoekers. Dat heeft te maken met de wens de zorg verder te ontwikkelen tot een 'evidence-based practice' waarin behandelingen gebaseerd zijn op gegevens over welke aanpak het beste werkt bij welke opgroei- of opvoedingsprobleem. Op die manier kan de jeugdzorg zich vakmatig verder professionaliseren en maatschappelijk beter profileren als een organisatie die er toe doet.

Hoewel internationale en nationale overzichtstudies steeds meer zicht geven in wat werkt en wat niet, is er nog steeds een belangrijke lacune. Effectonderzoek laat nog onvoldoende zien wat de resultaten in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg zijn. Om die kennis te verkrijgen dienen zowel de wijze van onderzoeken als de wijze van zorguitvoering verder ontwikkeld te worden. Hierdoor ontstaat tevens zicht op de specifieke en algemeen werkzame factoren. Idealiter is de manier van onderzoek doen op zich een algemeen werkzame factor. In de workshop zal hiervoor een model worden gepresenteerd.

Uitgangspunt van dit model is dat men het eerst eens moet zijn over wat men onder effectiviteit verstaat en wat voor onderzoek er nodig is om dit aan te tonen. Het gevaar is anders een spraakverwarring die het zicht op effectiviteit versluiert. Het model biedt een 'eenheid van taal' waarbij effectiviteit niet als een alles of niets begrip gezien wordt waar ook maar één soort onderzoek bij past. Er worden verschillende niveaus van effectiviteit onderscheiden die in toenemende mate bewijskracht leveren voor het succes van interventies. Bij de verschillende niveaus horen verschillende soorten onderzoek. Hiermee kan een effectladder geconstrueerd worden waarlangs de jeugdzorg effectkennis kan ontwikkelen die haar in staat stelt steeds effectiever te gaan werken. Essentieel is verder dat effectonderzoek niet uitbesteed wordt aan onderzoekers, maar als een gezamenlijke inspanning van onderzoekers, uitvoerend werkers en directies wordt gezien. Het dient zodanig opgezet te worden dat het (1) aansluit bij de stand van zaken in de praktijk, (2) ingebed is in de dagelijkse routine van de praktijk en (3) daadwerkelijk benut wordt voor sturing en verbetering van de zorg. Effectonderzoek dat aan deze voorwaarden voldoet is praktijkgestuurd en levert 'practice-based evidence' op die via de verschillende stappen op de effectladder naar de beoogde 'evidence-based practice' leidt.

Dit type effectonderzoek staat centraal in het project 'Zicht op effectiviteit' dat momenteel door onderzoekers/ontwikkelaars van Collegio, NIZW, PI-Research en Praktikon in samenwerking met vertegenwoordigers van de jeugdzorgpraktijken Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Overijssel, de centra voor Klinische Gezinsbehande-

ling in Beilen en Zeist en de Hoenderloo Groep wordt uitgevoerd. Naast een bespreking van het onderzoeksmodel zullen ervaringen uit dit project aan de orde komen en zal aangegeven worden hoe andere instellingen kunnen aanhaken.

Bronnen voor meer informatie

Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (Red.) (2005). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Deel I.*
Utrecht/Nijmegen: NIZW/Praktikon.

Contactgegevens

Prof. Dr. J.W. (Jan Willem) Veerman
Bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg
Praktikon/ De Waarden & Radboud Universiteit
Postbus 9104
6500 HE Nijmegen
T: (024) 361 1150
E: jw.veerman@acsw.ru.nl

22b. De weg naar 'ware kennis': een ontwikkelingsmodel voor praktijkgestuurd effectonderzoek

T. van Yperen, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg / Universiteit Utrecht en H. Ooms, Collegio, Utrecht

Samenvatting

Meer zicht krijgen op effectiviteit van jeugdzorg staat hoog op de agenda van directies, uitvoerend werkers, provinciale en landelijke beleidsfunctionarissen en onderzoekers. Dat heeft te maken met de wens de zorg verder te ontwikkelen tot een 'evidence-based practice' waarin behandelingen gebaseerd zijn op gegevens over welke aanpak het beste werkt bij welke opgroei- of opvoedingsprobleem. Op die manier kan de jeugdzorg zich vakmatig verder professionaliseren en maatschappelijk beter profileren als een organisatie die er toe doet.

Hoewel internationale en nationale overzichtstudies steeds meer zicht geven in wat werkt en wat niet, is er nog steeds een belangrijke lacune. Effectonderzoek laat nog onvoldoende zien wat de resultaten in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg zijn. Om die kennis te verkrijgen dienen zowel de wijze van onderzoeken als de wijze van zorguitvoering verder ontwikkeld te worden. Hierdoor ontstaat tevens zicht op de specifieke en algemeen werkzame factoren. Idealiter is de manier van onderzoek doen op zich een algemeen werkzame factor. In de workshop zal hiervoor een model worden gepresenteerd.

Uitgangspunt van dit model is dat men het eerst eens moet zijn over wat men onder effectiviteit verstaat en wat voor onderzoek er nodig is om dit aan te tonen. Het gevaar is anders een spraakverwarring die het zicht op effectiviteit versluiert. Het model biedt een 'eenheid van taal' waarbij effectiviteit niet als een alles of niets begrip gezien wordt waar ook maar één soort onderzoek bij past. Er worden verschillende niveaus van effectiviteit onderscheiden die in toenemende mate bewijskracht leveren voor het succes van interventies. Bij de verschillende niveaus horen verschillende soorten onderzoek. Hiermee kan een effectladder geconstrueerd worden waarlangs de jeugdzorg effectkennis kan ontwikkelen die haar in staat stelt steeds effectiever te gaan werken. Essentieel is verder dat effectonderzoek niet uitbesteed wordt aan onderzoekers, maar als een gezamenlijke inspanning van onderzoekers, uitvoerend werkers en directies wordt gezien. Het dient zodanig opgezet te worden dat het (1) aansluit bij de stand van zaken in de praktijk, (2) ingebed is in de dagelijkse routine van de praktijk en (3) daadwerkelijk benut wordt voor sturing en verbetering van de zorg. Effectonderzoek dat aan deze voorwaarden voldoet is praktijkgestuurd en levert 'practice-based evidence' op die via de verschillende stappen op de effectladder naar de beoogde 'evidence-based practice' leidt.

Dit type effectonderzoek staat centraal in het project 'Zicht op effectiviteit' dat momenteel door onderzoekers/ontwikkelaars van Collegio, NIZW, PI-Reseach en Praktikon in samenwerking met vertegenwoordigers van de jeugdzorgpraktijken Hulp aan Huis Groningen, Drenthe en Overijssel, de centra voor Klinische Gezinsbehande-

ling in Beilen en Zeist en de Hoenderloo Groep wordt uitgevoerd. Naast een bespreking van het onderzoeksmodel zullen ervaringen uit dit project aan de orde komen en zal aangegeven worden hoe andere instellingen kunnen aanhaken.

Bronnen voor meer informatie

Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (Red.) (2005). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Deel I.*
Utrecht/Nijmegen: NIZW/Praktikon.

Contactgegevens

Prof. Dr. T. (Tom) van Yperen
Expertmedewerker / bijzonder hoogleraar
NIZW Jeugd / Universiteit Utrecht
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 230 6375
E: t.vanyperen@nizw.nl

23. Effectief aan het werk; cursus algemeen werkzame factoren bij Jeugdformaat

N. de Vries, Stichting Jeugdformaat, Rijswijk (ZH)

Samenvatting

Ten behoeve van de deskundigheidbevordering van de ambulante hulpverleners van Jeugdformaat is de cursus 'effectief aan het werk' ingezet. De cursus is ontwikkeld door Nynke de Vries en werd in het voorjaar van 2005 gegeven door medewerkers van het Adviesbureau van Van Montfoort. Jeugdformaat heeft ervoor gekozen om hulpverleners te scholen in het expliciet gebruik maken van bewezen algemeen werkzame bestanddelen. Door gebruik te maken van deze bestanddelen wordt de kans vergroot dat, ongeacht de problematiek van de cliënt of de gehanteerde methodiek, de hulpverlening een positief effect heeft. Bij het ontwikkelen van de cursus is rekening gehouden met de uitgangspunten van de Wet op de jeugdzorg (het zo-zo-zo beleid) en de ambities van Jeugdformaat.

In de cursus wordt aandacht besteed aan de volgende algemeen werkzame factoren:

- de motivatie van de cliënt;
- het vergroten van de betrokkenheid;
- een goede relatie met de hulpverlener;
- de deskundigheid van de hulpverlener;
- het delen van reële verwachtingen;
- overeenstemming over de behandeldoelen;
- overeenstemming over taken die ieder heeft;
- het serieus nemen van de klachten.

Door middel van oefeningen gekoppeld aan belangrijke stappen in de hulpverlening (onder meer zicht krijgen op de problematiek, netwerkversterking, versterking van pedagogische vaardigheden) werden de hulpverleners tijdens de cursus geconfronteerd met bovenstaande elementen, niet alleen vanuit hun positie als hulpverlener maar ook vanuit de positie van de cliënt. Door deze oefeningen werden hulpverleners getraind in het bewust inzetten van de algemeen werkzame factoren. De feedback van de hulpverleners op de oefeningen is vertaald naar concrete richtlijnen voor verschillende hulpvormen.

De workshop

In het eerste deel van de workshop geven we aan waarom Jeugdformaat ervoor heeft gekozen om hulpverleners te scholen in werkzame bestanddelen en vertellen we dat het in de praktijk een kunst is om hulpverleners te laten inzien dat het van cruciaal belang is om werkelijk zo te werken en dat daar een training voor nodig is. Vervolgens krijgen deelnemers de cursusmap uitgereikt en nemen we deze in grote lijnen door. In het tweede deel van de workshop zullen we één oefening uit de cursus uitvoeren om op die manier de werking van de algemeen werkzame bestanddelen aan den lijve te ervaren, ook als cliënt. Tenslotte willen we graag met u van gedachten wisselen over het op een adequate en aantrekkelijke wijze scholen van hulpverleners in de bestanddelen, zodat deze in de praktijk (aantoonbaar) worden toegepast.

Contactgegevens

Drs. N. (Nynke) de Vries
Hoofd afdeling Ondersteuning & Ontwikkeling
Stichting Jeugdformaat
Postbus 1178
2280 CD Rijswijk
T: (070) 351 2751
E: n.devries@jeugdformaat.nl

24. Eerste ervaringen met de module Besloten Behandeling door Horizon

N. Hilhorst, A. Slabbèrtje, DSP-groep, Amsterdam en N. Zandvliet, Horizon, Rotterdam

Samenvatting

Horizon, aanbieder van jeugdzorg en onderwijs in Zuid-Holland, heeft een module besloten behandeling ontwikkeld voor kinderen met ernstige gedragsproblemen in de leeftijd van zes tot dertien jaar. Het gaat om jonge kinderen met niet leeftijdsade-quaat gedrag en hardnekkige en ernstige gedragsproblemen. Bij deze kinderen gaan opvoedingsproblemen samen met psychische en psychiatrische problemen. Het betreft kinderen met een machtiging gesloten plaatsing. Voorheen werden deze jongeren in een justitiële jeugdinrichting geplaatst. De module besloten behandeling is het eerst gestarte alternatief voor een plaatsing in een justitiële jeugdinrichting van jongeren met een civielrechtelijke maatregel (ondertoezichtstelling). Nadrukkelijk is gekozen om te starten vanuit beslotenheid, vanwege de noodzakelijk geachte rust en bescherming. Gedurende het traject wordt gestreefd naar het vergroten van de ruimte en het scheppen van perspectief. Een dergelijke beperking van de vrijheid is echter niet vervat in de huidige Wet op de jeugdzorg. Staatssecretaris Ross-Van Dorp (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) heeft toestemming gegeven voor deze pilot, terwijl nog niet alle onderdelen wettelijk zijn geregeld.

De module heeft een capaciteit van tien residentiële plaatsen. Er wordt gewerkt met twee leefgroepen van elk vijf kinderen, maar de aanpak is voornamelijk individueel gericht. De behandeling duurt negen tot twaalf maanden. Verondersteld wordt dat, wanneer de behandeling binnen deze besloten module wordt afgerond, het kind nog niet uitbehandeld is, maar wel in staat is om in een groep te functioneren. Een zorgvuldige overgang naar een volgende module (bijvoorbeeld een intensieve of orthopedagogische behandelgroep) is van groot belang.

De module wordt de eerste drie jaar als pilot uitgevoerd, waarbij de aanpak op verschillende aspecten door de DSP-groep wordt gemonitord. Het onderzoek van de DSP-groep is gestart in mei 2005 en loopt tot januari 2008. Er wordt periodiek gestructureerde feedback geleverd, waarmee de ontwikkeling van de besloten behandeling wordt ondersteund en op basis waarvan bijsturing mogelijk is. Zo wordt gekeken of deze nieuwe werkwijze aansluit bij de problematiek van de geplaatste kinderen. Daarnaast wordt zicht geboden op de resultaten van de aanpak. Voornamelijk de aspecten die deze module haar unieke karakter geven, krijgen ruime aandacht binnen het onderzoek: de wijze waarop beslotenheid gehanteerd wordt, de individuele aanpak in een leefgroep van vijf kinderen en de handelingstheorie.

In de workshop worden het unieke karakter van en de eerste ervaringen met de besloten behandelmodule besproken. Door de onderzoekers wordt verteld wat de belangrijkste bevindingen uit de tweede voortgangsrapportage (begin januari 2006 gereed) zijn. Daarnaast zal een groepsbegeleider iets vertellen over haar ervaringen. Onder meer wordt aandacht besteed aan de werkzame factoren van dit aanbod (wat werkt) voor deze specifieke doelgroep. Dergelijke informatie is relevant gezien de

door de Ministeries van VWS en Justitie voorgenomen gescheiden behandeling van strafrechtelijke en civielrechtelijke pupillen.

Bronnen voor meer informatie

www.dsp-groep.nl

Contactgegevens

Drs. N. (Nelleke) Hilhorst
Senior
DSP-Groep
Van Diemenstraat 374
1013 CR Amsterdam
T: (06) 1330 9839
E: nhilhorst@dsp-groep.nl

25. What works-criteria in interventieontwikkeling; Intensieve Trajectbegeleiding en Halt als casus

B. Bijl en Y. van Baardewijk, PI Research, Duivendrecht

Samenvatting

In de toekomst zal het Ministerie van Justitie alleen gedragsinterventies financieren die aantoonbaar effectief zijn, of die op zijn minst als veelbelovend zijn beoordeeld. In de aanloop naar een beoordeling door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie heeft PI Research twee justitiële interventieprogramma's geanalyseerd in het licht van de 'what works-criteria'. Het gaat om de programma's Individuele Traject Begeleiding (ITB) en de afdoeningen van Bureau Halt. Over het ITB-onderzoek is in 2005 gepubliceerd. Geconcludeerd werd dat ITB een aantal basisingrediënten van goed hulpverleners in zich heeft, maar dat er op dit vlak nog veel te verbeteren valt. De literatuur over 'what works' biedt een aantal aanknopingspunten voor een verdere, conceptuele verbetering van de interventie. In de workshop gaan we hier dieper op in. Van het onderzoek naar de Halt-afdoeningen zijn nog geen resultaten beschikbaar.

Het doel van de workshop is te laten zien dat de analyse van interventies, aan de hand van de 'what works-criteria', op geheel verschillende manieren kan worden uitgevoerd. Veel hangt af van de bronnen die beschikbaar zijn voor de analyse. Bij ITB kon de analyse, van achter het bureau, worden uitgevoerd op schriftelijk materiaal. In het geval van Halt huist de beschikbare kennis of 'evidence' voornamelijk in de hoofden van de professionals. Dit vraagt om een interactieve aanpak. De mogelijkheden en beperkingen van beide werkwijzen zijn het centrale punt van discussie in de workshop. Daarnaast wordt de dynamische functie van de analyse benadrukt. De analyse geeft zicht op de stand van zaken op enig moment. Met behulp van de analyseresultaten kan doelgericht verder worden gebouwd aan effectieve(re) interventies.

Hoe is de invulling van de workshop? Na een korte inleiding, waarin de analyse-aanpakken en de beschikbare resultaten worden gepresenteerd, willen we met de deelnemers van gedachten wisselen over de sturende rol van onderzoek bij de ontwikkeling van 'werkzame' interventies.

Bronnen voor meer informatie

www.piresearch.nl

Bijl, B., Beenker, L.G.M. & Baardewijk, Y. van (2005). *Individuele Traject Begeleiding op papieren in de praktijk. Een onderzoek naar de programmatheorie en de -uitvoering van ITB harde kern en ITB-CRIEM*. Duivendrecht: PI Research.

Contactgegevens

Dr. B. (Bas) Bijl
Programmaleider Onderzoek
PI Research
Postbus 366
1115 ZH Duivendrecht
T: (020) 774 5680
E: b.bijl@piresearch.nl

26. Methodisch werken en onderzoek doen: twee zijden van dezelfde medaille

M. Loeffenen S. van Haaren, Collegio, Utrecht

Samenvatting

Met de titel van deze workshop bedoelen we dat onderzoek doen inherent is aan methodisch werken. Methodisch werken implicëert immers: "een systematisch geheel van doelstellingen en interventies en daarbij behorende uitvoeringscondities bedoeld voor een bepaalde doelgroep, gestoeld op bepaalde theoretisch-empirische inzichten en effectonderzoek en bruikbaar voor een specifieke beroepsgroep" (Baartman e.a., 1993, p.88).

Zonder onderzoek kom je niet te weten welke interventies bij welke doelgroep werken. Zonder onderzoek kan je niet bepalen of nieuwe inzichten leiden tot de gewenste resultaten. Onderzoek is dan ook noodzakelijk om een methode van werken steeds te blijven aanpassen op grond van actuele inzichten. Wanneer methodisch werken niet door onderzoek wordt begeleid, bestaat het gevaar dat er een starre werkwijze wordt gehanteerd, met als belangrijkste legitimering: "zo zijn onze manieren". Juist de combinatie van methodisch werken en onderzoek doen, maakt het mogelijk om (in de woorden van Prof. dr. J.W. Veerman) "het goede goed te doen en dat ook te laten zien". Aan de hand van de methodieken Families First (FF), Vertrektraining (VT) en het Jongeren PreventieProject (JPP) wordt nagegaan hoe dit principe in de praktijk uitpakt.

Het onderzoek naar Families First loopt vanaf 1994 en werd de eerste vijf jaar uitgevoerd door PI Research en tot op heden door Praktikon. Sinds 1998 is Families First er ook voor gezinnen met kinderen met een lichte verstandelijke beperking (Families First-LVG). Het gaat om crisishulpverlening met een gemiddelde duur van vier weken met een intensiteit van vijf tot vijftien uur per week, gebaseerd op het competentiemodel en de leertheorie. Het doel van de hulp is het gezin bij elkaar houden en uithuisplaatsing van een of meer kinderen voorkomen. Bij afsluiting van de hulp woont 90% van de kinderen nog thuis en een jaar na afsluiting 75%. Van de gezinnen met kinderen met een lichte verstandelijke beperking woont 87% na beëindiging van Families First-LVG nog thuis. Na een half jaar is dit 67%.

De Vertrektraining is in 1995 op vier plaatsen in Nederland geïntroduceerd. Gedurende een proefperiode heeft het Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (COJ) uit Leiden de uitvoering onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat de training bij drie van de vier jongeren succesvol is (75%). De Vertrektraining is een intensieve, individuele training van tien weken voor jongeren die hun eigen plek in de wereld zoeken gebaseerd op het competentiemodel in combinatie met de netwerkbenadering. De Vertrektraining is ontwikkeld voor jongeren van vijftien jaar of ouder die het risico lopen om thuisloos te worden nadat ze zijn vertrokken uit een opvangcentrum of internaat. In de praktijk kan de Vertrektraining ook worden toegepast voor jongeren die niet in een tehuis wonen, maar wel thuisloos zijn of een verhoogd risico lopen dat te worden. Ook is de

Vertrektraining geschikt om jongeren in het algemeen te begeleiden naar een meer zelfstandige woonvorm, zonder dat er direct sprake is van een risico op thuisloosheid.

Het Jeugdpreventieprogramma (JPP) is een samenwerkingsverband tussen de politie en de jeugdhulpverlening. Het JPP is gericht op het voorkomen van (toename van) probleem- en delictgedrag bij jeugdigen. Een JPP-traject bestaat uit een samenhangend geheel van hulpverleningsactiviteiten. Welke activiteiten dat zijn is afhankelijk van de cliënt en zijn hulpvraag. Over het algemeen zal het aanbod een mix zijn van meer algemene activiteiten als invoegen, opbouwen van het contact, motiveren en coachen en meer specifieke interventies, bijvoorbeeld gericht op het leren van nieuwe vaardigheden. Dit samenhangend geheel van hulpverlening wordt op een planmatige wijze georganiseerd, doordat er samen met de cliënt expliciet een hulpverleningscyclus doorlopen wordt: uitgaande van de last die de klant ervaart, vertaald naar een positief geformuleerde wens tot verandering naar prioriteitenstelling, doelbepaling, plan van aanpak, uitvoering en evaluatie en bijstelling. De uitvoering van het JPP vindt plaats volgens de werkwijze, zoals deze is beschreven in de handleiding voor de Jeugd Preventiewerker (Lieverse e.a., 2001). De kwaliteitsnormen die worden gehanteerd zijn ontwikkeld door JPP en Collegio en staan beschreven in het kwaliteitssysteem van JPP Zuidoost Brabant (Collegio, 2001).

Wanneer methodisch werken en onderzoek doen twee zijden van dezelfde medaille zijn, wil dit zeggen dat twee fundamentele algemeen werkzame factoren in de jeugdzorg worden gediend, namelijk een goede aansluiting van het type interventie bij het probleem en de hulpvraag en uitvoering van de interventies zoals zij behoren uitgevoerd te worden.

In deze workshop gaan we na wat er nodig is om meer methodieken in de jeugdzorg te borgen. De successen, maar ook de valkuilen en missers van een dergelijke onderneming komen aan bod aan de hand van de ervaringen die Collegio heeft opgedaan tijdens onderzoek van FF, VT en JPP. Op grond van die ervaringen kunnen we vaststellen dat het uitvoerend werkers stimuleert om transparant te maken wat ze doen met welk resultaat. We zijn benieuwd naar ervaringen van collega's. Welke andere manieren worden er in den lande gebruikt om het methodisch handelen te toetsen? Wat zijn ervaringen met de terugkoppeling van toetsingsresultaten in de werkbegeleiding, het beleidsoverleg, of het jaarverslag? Daarnaast leggen we een aantal methodieken die lokaal worden uitgevoerd onder de onderzoeksliep om in gezamenlijkheid onszelf een effectiviteitsbril aan te meten. Een stellingenspel helpt ons de blik te scherpen op dit thema.

Bronnen voor meer informatie

Families First (FF):
www.collegio.nl (link Families First)

Vertrektraining (VT):
Keesom, J., Veldt, M.C. van der & Warmer, S. (2000). *De VertrekTraining: een kort maar krachtig aanbod voor jongeren op weg naar een eigen plek*. Utrecht:: NIZW.

Jeugd Preventie Project (JPP):
Woldringh, C. (2002). Boefjes in de dop, een jeugdpreventieproject in het land van
Cuijk. *Pedagogiek in Praktijk*. April, p. 42-46.

Contactgegevens

Drs. M. (Mirte) Loeffen
Adviseur
Collegio
Maliesingel 41
3581 BK Utrecht
T: (030) 2323 070
E: m.loeffen@collegio.nl

27. Evaluatie van de IMC Weekendschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurten

M.C.A.E. van der Veldt, PI Research, Duivendrecht en H. Terwijn, IMC Weekendschool

Vervangen door een posterpresentatie, zie pagina 182.

28. Project OKé: preventieve huisbezoeken vanuit de OKZ – werkzame aspecten

M.B.R. Bouwmeester-Landweer, ZorgRing, Zoetermeer

Samenvatting

Project OKé is een onderzoeksproject waarbinnen de effectiviteit van huisbezoeken in gezinnen met een verhoogd risico op opvoedingsproblemen en kindermishandeling werd onderzocht. Het project is uitgevoerd in de jaren 2001-2004 door het Leids Universitair Medisch Centrum, met medewerking van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Stichting Valent RDB en Stichting de ZorgRing onder leiding van de spreker. Het onderzoek vond plaats in de noordelijke helft van de provincie Zuid-Holland. Sinds 2005 wordt de methodiek op diverse plaatsen in Nederland geïmplementeerd onder de titel 'Stevig Ouderschap'.

De werkwijze binnen project OKé startte met het selecteren van gezinnen met een verhoogd risico op mishandeling door middel van een schriftelijke vragenlijst voor ouders en wijkverpleegkundigen vanuit de Ouder- en Kindzorg (OKZ). Het betrof hier ouders met een pasgeboren kind. Ouders die binnen het risicoprofiel vielen, werden benaderd voor een programma van zes huisbezoeken gedurende achttien maanden, waarbij ze ook kans hadden in de controlegroep te vallen en dus alleen reguliere OKZ-zorg te krijgen. De huisbezoeken werden afgelegd door speciaal getrainde OKZ-wijkverpleegkundigen. Uit een totaal van negenduizend gezinnen werden vijfhonderd risicogezinnen bereid gevonden tot deelname.

Het onderzoek heeft aangetoond dat de methode OKé succesvol is. De ontwikkelde vragenlijst slaagt er goed in om de juiste gezinnen te selecteren en de huisbezoeken leiden tot verbeteringen in de gezinsverhoudingen en vermindering van het risico op mishandeling. Ouders zelf en bezoekende wijkverpleegkundigen zijn zeer tevreden over de methodiek. Belangrijke succesfactoren zijn bijvoorbeeld de cliëntgerichtheid van de methodiek, de veiligheid die door de huisbezoeken ontstaat en de laagdrempelige toegankelijkheid van de wijkverpleegkundige als uitvoerder van de huisbezoeken. Juist omdat de methodiek in nauwe samenspraak met de OKZ is ontwikkeld, zijn er veel werkzame aspecten aan het licht gekomen die implementatie in de dagelijkse praktijk vergemakkelijken. Zo is bijvoorbeeld de werkwijze tijdens de huisbezoeken vormgegeven door JGZ-wijkverpleegkundigen samen met een pedagoog. Hierdoor is een interventiemethode ontstaan die enerzijds voldoet aan pedagogische en wetenschappelijke criteria en anderzijds nauw aansluit bij de manier van werken binnen de OKZ, zodat bij implementatie het aanleren van de werkwijze voor uitvoerenden weinig problemen oplevert. Project OKé is het prototype onderzoek dat bedoeld wordt in de doelstellingen van het congres Jeugdzorg in Onderzoek: *algemeen werkzame factoren*.

Tijdens de workshop zal naast de methodiek en resultaten van OKé vooral aandacht worden besteed aan de aspecten uit de methodiek die werkzaam bleken in de praktijk van de jeugdzorg.

Bronnen voor meer informatie

Publicaties hebben voornamelijk de status 'submitted'.

Contactgegevens

Drs. M.B.R. (Merian) Bouwmeester-Landweer

Orthopedagoog/onderzoeker

ZorgRing Zoetermeer

T: (06) 2903 8058

E: merian@bouwmeester.com

29. Bejegening van cliënten in de jeugdzorg

N. van Erve, Pactum / Fontys OSO, Tilburg

Samenvatting

Wanneer gekeken wordt naar de basisingrediënten van goed hulpverleners, mag het onderwerp bejegening niet ontbreken. Hiermee wordt bedoeld op de wijze van omgaan met de cliënt. Naast het uitvoeren van therapeutische technieken of interventies die specifiek werkzame factoren vertegenwoordigen, vormt de wijze van omgang met de cliënt een algemeen werkzame factor die eveneens van invloed is op het resultaat.

Bejegening is een actueel onderwerp in de jeugdzorg en staat om verschillende redenen hoog op de agenda. Binnen de jeugdzorg zijn de laatste jaren verschillende verschuivingen zichtbaar, waarbij de cliënt een meer actieve en centrale rol krijgt toebedeeld in het eigen hulpverleningsproces. Ondanks het feit dat bejegening een werkzaam bestanddeel van de hulpverlening is en ondanks de toenemende aandacht voor bejegening, ontbreekt een goed gefundeerde en beargumenteerde invulling van dit begrip. In het hier te presenteren onderzoek is getracht inzicht te krijgen in de aspecten die van belang zijn bij een goede cliëntbejegening. Het onderzoek is in 2003 uitgevoerd onder hulpverleners en ex-clieënten, zowel ouders als jongeren, van Stichting Kompaan, een jeugdzorginstelling in Midden-Brabant. De volgende vragen stonden centraal:

- Wat zijn volgens cliënten aspecten van een juiste bejegening?
- Is er een verschil in het hulpverleningsresultaat naarmate een cliënt beter bejegend wordt?

Het onderzoek heeft aan de hand van kwalitatieve analyse geresulteerd in een overzicht van vierentwintig aspecten die te zijn onderverdeeld in een achttal categorieën. Duidelijk zijn, betrokkenheid tonen, naast de cliënt staan, betrouwbaar zijn, bij de cliënt aansluiten, respect hebben, voor een goed contact zorgen en het geven van positieve feedback zijn de aspecten waar zowel ouders als jongeren veel waarde aan hechten in de manier waarop de hulpverlener met ze omgaat. Voor ouders is een positief verband gevonden tussen de kwaliteit van bejegening en het hulpverleningsresultaat. Ook uit dit onderzoek blijkt opnieuw dat bejegening een belangrijke werkzame factor is.

Het overzicht van de vierentwintig aspecten kan een leidraad zijn voor toekomstig handelen van hulpverleners. Het kan worden gezien als een profiel van competenties waarover een hulpverlener dient te beschikken om een goede cliëntbejegening en derhalve een goede hulpverlening mogelijk te maken. Het is van cruciaal belang dat een hulpverlener zich van zijn bejegening bewust is en nagaat of hij dit ook daadwerkelijk goed doet. Dit kan door het gebruik van de door ons gevonden aspecten en het op basis daarvan ontwikkelde meetinstrument. Met dit meetinstrument zullen de deelnemers aan de workshop oefenen.

Bronnen voor meer informatie

Erve, N. van & Poiesz, M. (2003). *Contact met de cliënt. Een profiel voor hulpverlenersgedrag ten aanzien van een juiste bejegening. Doctoraalscriptie.* Nijmegen: Katholieke Universiteit, Sectie Orthopedagogiek, Gezin Gedrag.

Erve, N. van, Poiesz, M. & Veerman, J.W. (2005). Bejegening van cliënten in de jeugdzorg. Een onderzoek naar relevante aspecten. *Kind en adolescent*, 26, p. 227-238.

Contactgegevens

Drs. N. (Nicole) van Erve

Beleidsmedewerker Pactum en Lid kenniskring Lectoraat Evaluerend Handelen binnen de Speciale Onderwijszorg: Fontys OSO

E: vanErve.n@pactum.org

30. Het maken van een goede interventiebeschrijving: hoe doe je dat?

M. de Graaf, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht

Samenvatting

In het kader van het toenemende belang van evidence-based werken bestaat er een grote behoefte aan goed beschreven, gedocumenteerde en onderbouwde interventies voor het bieden van ondersteuning en hulp aan jeugdigen, hun ouders/opvoeders en de opvoedingsomgeving. 'Interventies' is een verzamelnaam voor programma's, methoden, projecten, trainingen, cursussen en (andere) vormen van ondersteuning, begeleiding en behandeling.

Eén van de algemeen werkzame factoren die maakt dat een interventie effect heeft, is dat hij 'volgens het boekje' wordt uitgevoerd. Dat betekent in de eerste plaats dat er een 'boekje' is. Dat wil zeggen dat de interventie goed beschreven en geprotocolleerd is. Maar wat is een goede beschrijving? En hoe maak je die? In de praktijk blijkt er op dit gebied nog veel te doen. Zo stuiten we in het licht van de Databank Effectieve Jeugdinterventies regelmatig op tekortkomingen in de wijze waarop interventies gedocumenteerd en beschreven zijn. In de beschrijving moet bijvoorbeeld niet alleen duidelijk zijn welke technieken de hulpverlener kan inzetten, maar ook wanneer welke techniek van toepassing is. Ook moet een interventie goed onderbouwd zijn. Dat wil zeggen dat aannemelijk gemaakt moet worden dat deze aanpak bij deze problematiek het gestelde doel ook echt kan realiseren.

In deze workshop wordt uitleg gegeven over nut en noodzaak van een systematische programmabeschrijving en komen de algemene criteria aan bod waaraan zo'n beschrijving moet voldoen. De deelnemers van de workshop gaan vervolgens zelf aan de slag met tekstfragmenten bij wijze van oefening in het beschrijven van interventies.

Bronnen voor meer informatie

www.jeugdinterventies.nl

Contactgegevens

Dr. M. (Marian) de Graaf
Senior medewerker
NIZW Jeugd
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 230 6867
E: m.degraaf@nizw.nl

Posters

1. Het voorkomen van afglijden van risicjongeren: evaluatie van het project Parachute

A. Lempers, Sociaal Wetenschappelijk Bureau West-Friesland

Samenvatting

Voorkomen dat jongeren in West-Friesland afglijden richting criminaliteit, aldus luidt de hoofddoelstelling van het project Parachute in Hoorn. Al eerder lieten politieciijfers zien dat een aanzienlijk deel van de jongeren die door het project zijn begeleid in de periode na begeleiding niet meer opduiken in de politieregistratie.

Het project Parachute betreft een kortdurende intensieve begeleiding voor jongeren van twaalf tot drieëntwintig jaar die in contact zijn gekomen of dreigen te komen met politie en problemen op meer leefgebieden ervaren. De jongeren zitten nog niet elders in een hulptraject en zijn nog niet veroordeeld wegens een delict (met uitzondering van een Halt afdoening). De begeleiding kan bijna meteen na aanmelding van start gaan en geschiedt op actieve, outreachende wijze. Dat is nodig, want de cliënten zijn in eerste instantie niet gemotiveerd voor hulpverlening. Bijna altijd wordt het gezin in de begeleiding betrokken, waarbij de jongere centraal staat.

Het project loopt in de huidige opzet vanaf 2002. In verband met het aflopen van de subsidietermijn in 2006, verleenden de dertien West-Friese gemeenten opdracht tot een evaluatie van het project met als hoofdvragen:

Wat is de effectiviteit van de interventie?

Wat zijn de succesfactoren en knelpunten van het project?

Verdient het project continuering en zo ja, welke aanpassingen zijn nodig?

Als onderzoeksmethoden wordt gebruik gemaakt van dossierstudie en sleutelinformant interviews. Het dossieronderzoek betreft de gegevens van in totaal ongeveer veertig (al afgesloten zaken van) cliënten, zowel ingestroomd als niet-ingestroomd. De dossiers zijn niet alleen ingezien, maar ook uitvoerig besproken met de uitvoerende hulpverleners. Bij de kwalitatieve interviews is gesproken met circa twintig personen die vanuit hun werk met het project of met dezelfde doelgroep te maken hebben (onder meer een leerplichtambtenaar, een jeugdreclasseringwerker, een politiefunctiearis, een raadsonderzoeker en een jeugdwerker) en met algemeen deskundigen op dit terrein. Ook wordt gekeken of jongeren die al wat langer uit begeleiding zijn (anderhalf jaar), wegblijven uit de politieregistratie. Daarnaast is de relevante literatuur bekeken en wordt beknopt ingegaan op (de verschillen en overeenkomsten met) een aantal vergelijkbare projecten elders in het land.

Hoewel het onderzoek nog niet is afgerond, lijkt het bestaansrecht van het project duidelijk: ook na anderhalf jaar blijft een hoog percentage van de jongeren uit beeld bij de politie. Op diverse leefgebieden laten de jongeren verbeteringen zien. In de succesfactoren van het project spelen de methode van outreachment en het daaraan verbonden intensieve contact tussen de cliënt en de hulpverlener een cruciale rol. Het project laat tevens zien dat de doelgroep die door deze methodiek bereikt en geholpen kan worden, veel groter is dan de capaciteit van het project toelaat. De

resultaten van dit onderzoek rechtvaardigen de stelling dat de jeugdzorg gebaat zou zijn bij uitbreiding van de methodiek van outreachment.

Bronnen voor meer informatie

www.swb-wf.nl

Contactgegevens

Drs. A. (Ankie) Lempens
Wetenschappelijk onderzoeker
I & O Research / Sociaal Wetenschappelijk Bureau West-Friesland
Lambert Melisweg 1
1622 AA Hoorn
T: (0229) 282 555 / 554 of (06) 1730 6332

2. De resultaten van de Eigenkracht conferenties op langere termijn

L. Beenker en B. Bijl, PI Research, Duivendrecht

Samenvatting

Vanaf 2001 worden in de Nederlandse jeugdzorg Eigen Kracht Conferenties (EKC's) gehouden. Een EKC is geen vorm van hulpverlening, maar een wijze van besluitvorming over de gewenste hulpverlening aan een gezin. Hulp wordt noodzakelijk geacht omdat het welzijn en de veiligheid van één of meer kinderen in het gezin dermate wordt bedreigd dat actie geboden is. De aanpak van de EKC bestaat uit het beleggen van een bijeenkomst van ouders, kinderen, familie en anderen die hen nastaan, door een onafhankelijke coördinator. De bijeenkomst resulteert in een aantal besluiten (familieplan) over de hulp die het leefsysteem gaat bieden aan het gezin bij het oplossen van de gesignaleerde problemen, en welke (professionele) hulp men buiten het eigen netwerk gaat inroepen. Het familieplan wordt vervolgens door de betrokkenen uitgevoerd, tenzij volgens professionals de veiligheid van de betrokken kinderen in het geding is.

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat met deze werkwijze positieve resultaten worden behaald. De 'effecten' vertalen zich vooral in een daling van het aantal opgelegde maatregelen voor kindbescherming en een verminderd aantal uithuisplaatsingen. Het thans voorgestelde onderzoek moet uitwijzen of deze werkwijze ook in de specifieke Nederlandse context (met andere waarden- en normenpatronen, andere wet- en regelgeving en een andere organisatie van de jeugdzorg) effectief is. In het onderzoek, dat is gestart in september 2005, wordt nagegaan of de EKC's de nagestreefde positieve resultaten opleveren, waarbij de aandacht primair uitgaat naar de mate waarin:

- de veiligheid en het welzijn van de betrokken kinderen is bevorderd;
- de sociale steun voor de ouders en de cohesie binnen het leefsysteem zijn bevorderd;
- de regie over de veiligheid en het welzijn van de kinderen is verschoven van het systeem van professionele hulpverlening naar het eigen leefsysteem.

In het onderzoek worden bij en over circa honderd gezinnen gegevens verzameld over bovengenoemde aspecten. Dit gebeurt voornamelijk door middel van vragenlijsten en checklists. De gegevens hebben voor een deel betrekking op reeds afgesloten EKC's. De dossiers van circa vijftig gezinnen worden in dit retrospectieve onderzoek betrokken. De overige vijftig gezinnen worden als het ware gevolgd vanaf de start van de EKC (prospectief onderzoek). Bij en over hen worden gegevens verzameld op de startdatum en drie, respectievelijk negen maanden nadien (follow-up). Parallel aan dit onderzoek wordt een kwalitatief onderzoek uitgevoerd door WESP, bureau voor sociaal marktonderzoek te Voorhout. Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Stichting Eigen Kracht, Centrum voor Herstelgericht werken, en gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Oranje Fonds, Stichting Kinderpostzegels Nederland en Stichting Steunfonds Pro Juventute Nederland.

Het onderzoek is een opmaat tot nader onderzoek naar werkzame factoren. Het is belangrijk om eerst te onderzoeken wat de doelgroep is van de EKC's, wat de interventies zijn en wat de uitkomsten zijn, alvorens de werkzame factoren van de EKC's in kaart te brengen.

Bronnen voor meer informatie

www.piresearch.nl

Contactgegevens

Drs. L.G.M. (Lieke) Beenker

Onderzoeker

PI Research

Postbus 366

1115 ZH Duivendrecht

T: (020) 774 5680

E: l.beenker@piresearch.nl

3. Wegloopgedrag van jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen Rentray en O.G. Heldringstichting

M.H. van Aggelen-Gerrits, O.G. Heldringstichting, Zetten en J.B.M. Jansma, Universiteit Utrecht

Samenvatting

De justitiële jeugdinrichtingen O.G. Heldringstichting en Rentray voeren een onderzoek uit naar het wegloopgedrag van jongeren die in deze instellingen zijn opgenomen (september 2005-september 2006). Justitiële jeugdinrichtingen dienen enerzijds zorg te dragen voor een veilige bewaring van jongeren en anderzijds worden zij geacht ervoor te zorgen dat de opgenomen jongeren beter sociaal functioneren, opdat de kans op ontsporing na hun terugkeer in de maatschappij wordt verminderd. In zowel de O.G. Heldringstichting als in Rentray volgen de jongeren hiertoe een behandelingstraject, waarbij onder meer sprake is van een oplopende graad van vrijheid en privileges.

Het weglopen van de jongeren vormt op twee manieren een probleem. Ten eerste wordt er niet voldaan aan de beveiligingsopdracht. Ten tweede houdt het weglopen ook een onttrekking aan de behandeling in. Dit laatste is vooral voor een behandelingsinstelling onwenselijk, omdat hiermee het uitvoeren van de opdracht om een beter sociaal functioneren te bewerkstelligen moeilijker zoal niet uitvoerbaar wordt. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer een kwart van de jongeren wegloopt uit een instelling. Kortom, we hebben te maken met een aanzienlijk probleem. Door de O.G. Heldringstichting en Rentray is dan ook de volgende doelstelling van het onderzoek geformuleerd: *Meer inzicht krijgen in de factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheidskenmerken adolescent, motivatie adolescent, relatie met pedagogisch medewerkers) die een rol spelen bij het weglopen en met behulp van deze inzichten het aantal weglopers terugdringen en de behandeling effectiever maken.*

Specifieke onderzoeksvragen die in het onderzoek aan de orde komen zijn:

1. Bestaat er een onderscheid tussen weglopers en niet-weglopers in persoonlijkheidskenmerken en sociale competentie?
2. Is er een onderscheid tussen weglopers en niet-weglopers wat betreft de ervaring die zij hebben van hun gezinsomgeving?
3. Welke redenen zijn er om weg te lopen?
4. Welke verwachtingen hadden de jongeren bij opname en zijn deze uitgekomen?
5. Welke motivatie hebben weglopers met betrekking tot hun verblijf in de instelling?
6. Hoe wordt de kwaliteit ervaren van de relatie met pedagogisch medewerkers, mentoren en leefgroepgenoten?

Het onderzoek bestaat uit twee delen, een retrospectief gedeelte (N = 104; 52 weglopers en 52 niet-weglopers) en een prospectief gedeelte (N = 50). De gegevens worden verzameld uit verschillende bronnen. De jongeren vullen vragenlijsten over gedragsproblemen, competentiebeleving, gezinsrelaties en hechting in. De mentoren van de jongeren vullen de TVA (vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten)

en een vragenlijst over de gedragsproblemen in en de behandelcoördinator vult een taxatie-instrument voor gewelddadig gedrag in. Verder zullen interviews over het specifieke weglopen worden afgenomen bij de jongeren en hun mentoren. De gegevens zullen in de periode november 2005 tot en met mei 2006 verzameld worden. Aansluitend wordt bij beide instellingen een expertmeeting georganiseerd met als doel een verbetering van de aanpak van het weglooprobleem. Tijdens de posterpresentatie zullen de eerste voorlopige resultaten van het retrospectieve gedeelte gepresenteerd kunnen worden.

Bronnen voor meer informatie

www.ogheldring.nl
www.rentray.nl

Yperen, T.A. van, Booy, Y. & Veldt, M.C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectieve hulp*. Utrecht: NIZW.

Contactgegevens

Dr. M.H. (Marleen) van Aggelen-Gerrits
Onderzoeker
O.G. Heldringstichting
Boskrekel 26
7423 HC Deventer
T: (0570) 654 882
E: mhvanaggelen@hotmail.com

OG Heldringstichting
Wageningsestraat 104
6671 DH Zetten
T: (0488) 471 111

4. Onderzoek naar SPRINT (Signalering van en Preventie Interventie bij antisociaal gedrag)

E. van Leeuwen en B. Bijl, PI Research, Duivendrecht

Samenvatting

SPRINT staat voor Signalering van en PReventieve INTerventie bij antisociaal gedrag. Op grond van een getrapte screeningsprocedure worden basisschoolkinderen (groep vier tot en met acht) gescreend op antisociaal gedrag. Kinderen die hieruit naar voren komen als 'potentieel risicovol' krijgen samen met hun ouders een preventieve interventie aangeboden. PI Research verzorgt de implementatie van SPRINT op de scholen. In oktober 2005 hebben tweeëntwintig basisscholen in Amsterdam SPRINT opgenomen in hun schoolbeleid als gespecialiseerd onderdeel van het leerlingvolgsysteem. De verwachting is dat eind 2007 SPRINT op dertig scholen geïmplementeerd zal zijn.

Aan SPRINT is een onderzoek verbonden dat wordt uitgevoerd door PI Research en dat loopt van september 2004 tot en met december 2007. Gedurende het onderzoek zullen de volgende vragen beantwoord worden:

1. Worden de juiste kinderen bereikt, met andere woorden zijn de geselecteerde kinderen daadwerkelijk de risicoleerlingen?
2. Wordt de Ouder-Kind training van SPRINT in de praktijk uitgevoerd overeenkomstig de bedoeling en de opzet?
3. Wat is het ouput-resultaat:
 - bij afsluiting van SPRINT?
 - zes maanden na afsluiting van SPRINT?
4. Wat is het outcome resultaat op langere termijn, in termen van:
 - contacten met de politie en/of justitiële autoriteiten?
 - contacten met jeugdzorginstellingen (in het bijzonder de jeugdbescherming)?

Het onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Amsterdam, Stadsdeel Oost / Watergraafsmeer en de Dienst Maatschappelijk Ontwikkeling van Gemeente Amsterdam. Partners van SPRINT zijn Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (belast met de formele indicering van de interventie via een verkorte route) en Altra (voor de uitvoering van interventies bij ouders en kinderen). Medewerkers van Altra zijn door PI Research getraind om de betreffende activiteiten uit te kunnen voeren.

Op dit moment wordt de ouder-kindtraining herzien en aangepast aan de 'what works' criteria. Het oefenen van vaardigheden en het betrekken van de ouders en de leerkracht staat centraal tijdens de training.

Bronnen voor meer informatie

Slot, N.W., Leeuwen, E. van & Bijl, B. (2005). *SPRINT: Screening en zorg voor basisschool kinderen die een grote kans lopen crimineel te worden. Onderzoeksvoorstel 2004-2005*. Duivendrecht: PI Research.

Contactgegevens

Drs. E. (Emilie) van Leeuwen
Onderzoeker
PI Research
Postbus 366
1115 ZH Duivendrecht
T: (020) 774 5660
E: e.vanleeuwen@piresearch.nl

5. Effectmeting Jeugdformaat; aantoonbaar beter

W. Reith, Stichting Jeugdformaat, Rijswijk

Samenvatting

In de periode 2005-2008 gaat Jeugdformaat een resultatenmonitor implementeren. Met behulp van deze monitor wordt het mogelijk om de effecten van de hulpverlening continu op een beperkt aantal indicatoren (SDQ, Quickstep, doelrealisatie, cliënttevredenheid, uitval) te volgen. Op deze manier verkrijgt Jeugdformaat inzicht in de resultaten die zij met de hulpverlening behaalt. Belangrijk hierbij is dat het niet gaat om een eenmalige inventarisatie of resultaatbepaling, maar om de ontwikkeling van een werkwijze en methode op basis waarvan periodieke resultaatbepaling kan plaatsvinden. Monitoren geeft zodoende doorlopend antwoord op de vraag welke hulp Jeugdformaat biedt met welke resultaten. Naast het in kaart brengen van de resultaten speelt binnen de jeugdhulpverlening, en ook bij Jeugdformaat, de vraag welke programma's effect hebben bij een bepaalde problematiek. Naast de resultatenmonitor zullen daarom gaandeweg programma-evaluaties ontwikkeld worden. De combinatie van een globale monitor en een gerichte evaluatie moet uiteindelijk leiden tot inzicht in de effecten van specifieke hulpprogramma's. Door overeenkomstige hulpprogramma's met elkaar te vergelijken is het mogelijk om inzicht te krijgen in de mate waarin algemeen werkzame factoren bijdragen aan het resultaat.

Voor het realiseren van dit ambitieuze project heeft Jeugdformaat sinds februari 2005 fulltime een onderzoeker in dienst. Zij werkt samen met Prof. dr. Tom van Yperen (Universiteit Utrecht, faculteit Sociale wetenschappen / NIZW Jeugd) en Dr. Geert Jan Stams (Universiteit van Amsterdam, faculteit der Maatschappij- en gedragswetenschappen). Studenten van beide (master)opleidingen voeren voor hun afstuderen (deel)onderzoeken uit ten behoeve van het project effectmeting.

Waarom een resultatenmonitor?

Via de uitkomsten van de resultatenmonitor verkrijgt Jeugdformaat inzicht in de effecten van de hulpverlening die zij biedt. Deze uitkomsten betekenen op drie belangrijke punten winst voor Jeugdformaat en haar cliënten, namelijk:

- De resultaten komen direct ten goede aan het hulpverleningsproces en de cliënten van Jeugdformaat. De gegevens die in het kader van de monitor verzameld worden stellen de hulpverlener in staat om de cliënt gefundeerd te adviseren (evidence informed werken).
- De cliënten van Jeugdformaat profiteren op de lange termijn van de uitkomsten van de monitor. Met behulp van de uitkomsten is Jeugdformaat in staat om doorlopend het hulpverleningsproces te volgen en waar nodig te verbeteren.
- De uitkomsten van de monitor stellen Jeugdformaat in staat om cliënten, eigen medewerkers, overheden, samenwerkingspartners en de samenleving te laten zien welke resultaten het boekt. Door middel van publicaties wil Jeugdformaat een aanjager zijn voor vernieuwing van de jeugdzorg in Nederland.

Bronnen voor meer informatie

www.jeugdformaat.nl

Contactgegevens

Dr. W. (Wouter) Reith
Gedragwetenschappelijk onderzoeker
Stichting Jeugdformaat
Postbus 1178
2280 CD Rijswijk
T: (070) 351 2751
E: w.reith@jeugdformaat.nl

6. Wegen naar het rechte pad; het effect van interventies voor jeugdige delinquenten op het recidivegedrag

C. Verwers en V. den Hartogh, WODC, Den Haag

Samenvatting

In 2004 is door het WODC een literatuuronderzoek uitgevoerd naar het effect op recidive van interventies voor jeugdige delinquenten en naar interventiecondities die dat effect beïnvloeden. Twee onderzoeksvragen stonden hierbij centraal:

1. Welke interventies in het kader van het jeugdstrafrecht, inclusief verplichte nazorg, en welke interventies die zich voor een jeugdstrafrechtelijk kader zouden kunnen lenen, zijn (waarschijnlijk) effectief?
2. Onder welke condities zijn interventies effectief?

Om beide onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, heeft een inventarisatie plaatsgevonden van in de internationale literatuur vermelde interventies bij jeugdige daders, die (waarschijnlijk) effectief zijn. Het betrof een actualisering van eerdere inventarisaties met speciale aandacht voor de literatuur vanaf 2002. De literatuurstudie heeft zich daarbij uitsluitend gericht op (overzichtstudies van) evaluaties waarbij de recidive is gemeten van een groep jongeren bij wie de te evalueren interventie plaatsvond en een vergelijkbare groep jongeren bij wie de interventie niet is uitgevoerd (de controlegroep). Voor het onderzoek naar de invloed van interventiecondities op het effect van interventies is een aantal interventies nader onderzocht. Het gaat om interventies waarvan over het effect nog relatief weinig concrete informatie in Nederland beschikbaar is en/of interventies die zeer relevant zijn voor het Nederlandse justitiebeleid. Het literatuuronderzoek omvatte uitsluitend buitenlands (overwegend Amerikaans) onderzoek, omdat in de literatuur geen effectevaluaties van Nederlandse interventies zijn aangetroffen waarbij gebruik is gemaakt van een controlegroep.

Uit de overzichtsstudie blijkt dat sommige interventies een gunstig effect laten zien en leiden tot de reductie van recidive. Dat wil zeggen dat de recidive bij de interventiegroep statistisch significant lager ligt dan bij een vergelijkbare groep waarbij de interventie niet is uitgevoerd. Dit geldt onder meer voor een aantal interventies dat niet alleen op de doelgroep, maar ook op de directe leefomgeving daarvan zijn gericht en voor bepaalde gedragstrainingen. Daarnaast blijken ook andere interventies, zoals individuele counseling in de gemeenschap, een gunstig effect te sorteren. Voorts blijkt een aantal interventiecondities bij interventies in het algemeen tot een afname van recidive te leiden. Daarbij valt uit de overzichtstudies af te leiden dat interventies in de gemeenschap wellicht effectiever zijn dan interventies die in een residentiële setting plaatsvinden. Ook zijn er aanwijzingen dat groepsinterventies bij homogene groepen delinquente jongeren van nadelige invloed kunnen zijn op recidive.

De bevindingen van dit onderzoek zouden op twee manieren kunnen worden benut: ze kunnen de mogelijkheid bieden bestaande interventies nog verder te verbeteren door de werkzame condities daarvan te versterken of daar nog werkzame condities

aan toe te voegen. Daarnaast kan bij de ontwikkeling van eventuele nieuwe interventies de voorkeur uitgaan naar interventies waarvoor buitenlandse interventies die effectief zijn gebleken, model staan.

Bronnen voor meer informatie

www.wodc.nl

Contactgegevens

Drs. C. (Carlijn) Verwers
Onderzoeker
WODC - Ministerie van Justitie
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
T: (070) 370 6571
E: cverwers@minjus.nl

7. ZonMw's programma's voor jeugdzorg / jeugdgezondheidszorg

M. Mercx, J. Spithoven en J. Hoeksema, ZonMw, Den Haag

Samenvatting

ZonMw heeft diverse programma's op het gebied jeugdzorg en jeugdgezondheidszorg. Binnen die programma's financiert zij projecten op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. Daarnaast is ZonMw in overleg met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over meer opdrachten. Hieronder vindt u informatie over (de werkwijze van) ZonMw en een overzicht van de (potentiële) ZonMw-programma's op het gebied jeugdzorg / jeugdgezondheidszorg.

ZonMw - missie en opdrachtgevers

ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. Hoofdpijndopdrachtgevers van ZonMw zijn het Ministerie van VWS en NWO. ZonMw werkt met programma's. In een programma staan doel, criteria en randvoorwaarden helder omschreven. Voorstellen voor onderzoek en praktijkinnovatie kunnen worden ingediend binnen programma's van ZonMw. Sommige programma's stimuleren vooral de wetenschappelijke kwaliteit of de ontwikkeling van bepaalde wetenschapsterreinen. Bij andere programma's ligt het accent meer op het ontwikkelen en onderzoeken van innovaties en interventies binnen speciale aandachtsgebieden van de gezondheidszorg. Daarnaast voert ZonMw met een aantal programma's de regie over de grootschalige invoering van innovaties die hun waarde inmiddels hebben bewezen. Regelmatig stellen de ZonMw-programma's subsidierondes open. De subsidieaanvragen moeten passen binnen de doelstelling van het betreffende programma en voldoen aan de kwaliteitscriteria van ZonMw. Selectie van de voorstellen gebeurt door onafhankelijke commissies waarin deskundigen uit het betreffende vakgebied zitten. Dit zijn wetenschappers, praktijkwerkers, medewerkers van patiëntenorganisaties en/of beleidsmakers. De commissies laten zich adviseren door onafhankelijke referenten. Extra aandacht bij de selectie van de projectvoorstellen besteedt ZonMw aan 'diversiteit'. Het gaat daarbij om zaken als patiëntenperspectief en verschillen in cultuur, geslacht of leeftijd.

ZonMw-programma's voor jeugdzorg / jeugdgezondheidszorg

Het Ministerie van VWS is opdrachtgever voor de programma's voor de jeugd aan ZonMw. Bij sommige opdrachten heeft afstemming met het Ministerie van Justitie plaatsgevonden.

- Programma Jeugd
Doel: ontwikkeling van en effectiviteitsonderzoek naar interventies in de preventieve, curatieve en repressieve zorg voor de jeugd (-9 maanden tot 23 jaar)
Looptijd: 2006-2012
Budget: nog onbekend
Status: in ontwikkeling

- Effectieve jeugdzorg
Doel: vergroten van inzicht in de effectiviteit van interventies voor multi problem gezinnen met kinderen in de basisschoolleeftijd
Looptijd: 2005-2009
Budget: € 900.000
Status: vijf aanvragen zijn gehonoreerd onder voorwaarden
- Effectiviteitsonderzoek naar nieuw zorgaanbod voor jongeren met ernstige gedragsproblemen
Doel: verkrijgen van inzicht in de effectiviteit van nieuw zorgaanbod (modulaire gesloten -besloten - open behandelingen) voor jongeren die anders op civielrechtelijke titel in justitiële jeugdinrichtingen terecht zouden komen. Het betreft de projecten: de Koppeling, Paljas Plus, Hand in hand, de Juiste Hulp; Besloten Groep Horizon (13-minners)
Looptijd: 2005-2008
Budget: € 600.000
Status: het voorstel is in januari 2006 ter goedkeuring aan VWS aangeboden
- Effectiviteitsonderzoek Impuls Opvoed- en Gezinsondersteuning
Doel: vergroten van de kennis over de effectiviteit van methodieken voor opvoed- en gezinsondersteuning, gehonoreerd in het kader van de Impuls Opvoed- en Gezinsondersteuning
Looptijd: 2005-2007
Budget: € 600.000
Status: in januari 2006 wordt een voorstel ter goedkeuring aan VWS aangeboden
- Landelijke Implementatie MST en FFT
Doel: landelijke implementatie van MST en FFT met begeleidend implementatie- en effectonderzoek
Budget: onbekend
Looptijd: onbekend
Status: in ontwikkeling
- Tegendraads
Doel: vergroten van de kennis van effectiviteit van vier interventies in een aantal gemeenten en jeugdclasseringsteams voor gezinnen met kinderen / jongeren met dreigende politiecontacten tot gezinnen met kinderen / jongeren die veel en ernstige delicten plegen
Looptijd: 2006-2009 (eindrapportage begin 2009)
Budget: € 300.000
Status: in ontwikkeling

Jeugdgezondheidszorgprogramma's

- Programmeringsstudie Jeugdgezondheidszorg (uitvoerder: GGD-NL, gereed: december 2005);
- Diverse projecten over het ontwikkelen en implementeren van standaarden in de jeugdgezondheidszorg, zoals secundaire preventie van kindermishandeling (diverse uitvoerders, gereed 2006);

- Vele projecten binnen de programma's Preventie en Gezond Leven over diverse onderwerpen zoals opvoedingsondersteuning. Voorbeelden: Samen Starten (uitvoerder: TNO Kwaliteit van Leven, gereed in 2006), SchoolSlag (uitvoerder: GGD-ZZL, gereed in 2006) en leefstijladvisering (onder andere Vet is niet vet.nl, uitvoerder: Erasmus MC, start in 2006).

Bronnen voor meer informatie

Bezoek de website www.zonmw.nl. Projectinformatie vindt u daar via zoeken 'Projectenpoort'. Ook kunt u via de website gratis abonnementen op 'Mediator' en 'Pre Post' aanvragen.

Contactgegevens

Drs. M.J.M.J. (Marjolijn) Mercx
Programmasecretaris
ZonMw
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
T: (070) 349 5256
E: mercx@zonmw.nl

8. Informatie over effectiviteit op www.jeugdinterventies.nl

G. van den Berg, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht

Samenvatting

De posterpresentatie bestaat uit een demonstratie van en uitleg bij de website www.jeugdinterventies.nl. Deze site wordt op diezelfde dag voor het eerst officieel toegankelijk.

De website vormt de toegang tot de Databank Effectieve Jeugdinterventies die NIZW Jeugd de afgelopen twee jaar heeft opgebouwd. Dit initiatief komt voort uit de behoefte aan overzicht over het bestaande aanbod aan interventies op het gebied van jeugd en uit de vraag in hoeverre afzonderlijke interventies effectief zijn. Met behulp van deze databank kan men op den duur zien waar overlap is in het aanbod en waar zich lacunes voordoen. Bovendien is het mogelijk om vast te stellen bij welke problemen of doelgroepen er onvoldoende aantoonbaar effectieve interventies beschikbaar zijn. Dat is belangrijke informatie voor uitvoerders, ontwikkelaars en financiers.

De Databank Effectieve Jeugdinterventies biedt uitgebreide informatie over interventies, niet alleen op het gebied van jeugdzorg maar ook op dat van sancties, jeugdwelzijn, preventie en opvoedingsondersteuning. De databank is in ontwikkeling en dat betekent dat er op dit moment nog een beperkt aantal interventies in opgenomen is, maar dit aantal neemt snel toe. Eind 2007 moet de databank informatie bevatten over ongeveer honderd interventies.

Op de website www.jeugdinterventies.nl kan men de databank raadplegen. De gebruiker treft daar van iedere opgenomen interventie een beknopte beschrijving aan met informatie over doel, doelgroep, aanpak en beschikbaar materiaal van de interventie. Bovendien wordt hier kort beschreven wat de resultaten zijn van onderzoek naar de effectiviteit. Wie meer wil weten, kan doorklikken naar een uitgebreide beschrijving waarin meer plaats is voor bespreking van de aanpak en beschrijving van het onderzoek dat is verricht. Deze tekst bevat verder onder meer informatie over de voorwaarden die men moet stellen aan toepassing van de interventie en een overzicht van relevante literatuur. Voor het onderzoek dat is gedaan naar een interventie hanteert de databank een beoordelingssystematiek die gebruik maakt van sterren. Hoe meer sterren, des te beter een onderzoek voldoet aan de regelen der kunst. Positieve resultaten uit een onderzoek met vier sterren zeggen meer over de effectiviteit van een interventie dan positieve uitkomsten uit een onderzoek met slechts een ster. (Vier sterren staat voor een (quasi-)experimenteel design met nameting, follow-up en controlegroep.) Aan de hand van de toegekende sterren kan men een interventie kwalificeren als meer of minder (of deels) effectief. De databank onderscheidt een aparte categorie voor interventies waar nog geen onderzoek naar gedaan is, maar die theoretisch wel goed onderbouwd zijn. Die krijgen de kwalificatie 'veelbelovend'. Is de onderbouwing niet goed doortimmerd, dan wordt van de interventie geen uitgebreide beschrijving opgenomen in de databank. Dan wordt volstaan met de vermelding 'nog in ontwikkeling'. De

uiteindelijke beoordeling van de interventies gebeurt door panels van onafhankelijke deskundigen.

Behalve de beschrijvingen van interventies bevat de website veel informatie over effectiviteit en effectief werken. Zo is van zeven verschillende werkgebieden aangegeven wat de algemeen werkzame factoren zijn. (Dat betreft de werkgebieden ontwikkelingsstimulering, preventie, jeugdzorg, crisisinterventie, gezinsvoogdij, toepassen van sancties bij jeugdcriminaliteit en jeugdreclassering). Verder kan men op de website informatie vinden over de achtergronden van de databank, alsmede een groot aantal links naar relevante websites in binnen- en buitenland.

Voor ieder die wil weten wat werkt, en waarom dan wel, is deze website onmisbaar!

Bronnen voor meer informatie

www.jeugdinterventies.nl

Contactgegevens

Drs. G. (Gert) van den Berg
Innovatiemedewerker
NIZW Jeugd
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 230 6873
E: g.vandenberg@nizw.nl

9. Succesvol samenwerken in de zorg vraagt om het gezamenlijk implementeren van ketenprocessen

A. de Leeuw, M. Wilschut, Bureau Jeugdzorg Utrecht, P. Verboom, Stichting Timon, Zeist, Y. Meijer, Utrechtse Jeugdhulpverlening Leger des Heils en Orthopedagogisch Centrum 't Gooi (UJL/OCG), Hilversum en W. Voortman, Improject.

Samenvatting

De nieuwe Wet op de jeugdzorg heeft grote consequenties voor de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg Utrecht en de aanbieders van geïndiceerde jeugdzorg op het gebied van ketensamenwerking. Bureau jeugdzorg (BJZ) en de jeugdzorgaanbieders hebben ieder de inrichting van hun processen, voortvloeiend uit de taken waarvoor de Wet op de jeugdzorg hen stelt, vernieuwd. Bij BJZ gaat het om indiceren van zorg, zorgbemiddeling en het volgen en evalueren van de zorg, uitgevoerd door de zorgaanbieder. De zorgaanbieders voerden het werken met een instrument voor doelrealisatie in. Kort gezegd, regisseert BJZ en voeren de zorgaanbieders de zorg uit. Beiden doen dit met de cliënt samen. Dat er samengewerkt wordt, staat daarbij als een paal boven water.

Samenwerking oefenen

Nieuwe rollen in ketenprocessen neerzetten is lastig. Aan beide kanten moet men nog wennen aan die rollen en moet er nog geschaafd worden aan de gekozen procesinrichting. Daarom is besloten om gezamenlijke studie- en trainingsdagen te organiseren voor allen die beroepshalve deelnemen aan de ketensamenwerking. Bij BJZ ging het om de uitvoerend werkers en het middenkader van de afdelingen Jeugdhulpverlening, Jeugdbescherming en Jeugdreclassering. Bij de zorgaanbieders ging het om alle functies waarin samengewerkt wordt met BJZ. Lijnfunctionarissen en beleidsmedewerkers uit beide sectoren hebben de gezamenlijke dagen vormgegeven en monitoren ook de uitkomst hiervan.

Op de studie- en trainingsdagen in juni en september 2005 werd gestart met enkele presentaties over de inrichting van processen. 's Middags werden in kleine groepjes procesmomenten tussen cliënten, 'casemanagers van BJZ' en zorgaanbieders daadwerkelijk geoefend om elkaars rollen helder te krijgen en elkaar beter te leren verstaan. Als je de samenwerking wilt verbeteren, dan moeten beide partijen zich kwetsbaar op durven stellen. Dat gaat niet zomaar. Daarom werd men eerst losgemaakt door middel van interactief improvisatietoneel over het thema. In het middaggedeelte van de studiedagen werd druk geoefend door medewerkers van Bureau Jeugdzorg Utrecht en de zorgaanbieders gezamenlijk onder leiding van trainers en met gebruikmaking van acteurs. Er werd veel gelachen, maar ook heel serieus gewerkt. Er werd geblunderd en er werd genoten van goed en kundig optreden van tal van medewerkers. Er werd geleerd van elkaar en er kwam meer begrip voor ieders rol. En er werd een voedingsbodempotje gelegd om, in de praktijk, de nieuwe samenwerking daadwerkelijk vorm te geven.

De betrokkenen hebben de studiedagen over het algemeen zeer positief gewaardeerd. Men scoorde de stelling "de studiedag heeft een goede basis gelegd om de

samenwerking vorm te geven" op een 5-puntsschaal van 1 (zeer oneens) tot 5 (zeer eens) gemiddeld het cijfer 4.

En de cliënt, gaat die wat van merken van het effect van zo'n studiedag? Wordt de cliënt er beter van? Een deelnemer verwoordt het treffend: "Als hulpverleners beter samenwerken is dat natuurlijk altijd in het belang van de cliënt. Maar voor mij maakt zo'n studiedag ook weer heel duidelijk hoe kwetsbaar de positie van onze cliënten is. Hoe snel die ondergesneeuwd kan raken in de protocollen en afspraken waarnaar we moeten handelen. Daar zullen we voor moeten blijven waken. Maar ik denk dat ik na deze gezamenlijke dag in ieder geval makkelijker naar een medewerker van een zorgaanbieder toe ga om wat te regelen voor mijn cliënt en dat we beter samen kunnen werken. Dat is zeker winst".

Het komende jaar zullen we onze samenwerking in de ketenprocessen gezamenlijk monitoren en ook ons instrumentarium proberen af te stemmen op elkaar. Over een jaar kunnen we zeggen of dit veelbelovende initiatief ook een werkzaam concept is gebleken.

Bronnen voor meer informatie

www.bjzutrecht.nl

Contactgegevens

A. (Anneke) de Leeuw
Senior beleidsmedewerker
Bureau Jeugdzorg Utrecht
Postbus 9076
3506 GB Utrecht
T: (030) 677 8173
E: adeleeuw@bjzutrecht.nl

10. Is kwaliteitszorg een algemeen werkzame factor?

U.H. van Beijma, Spirit, Amsterdam

Samenvatting

Jongeren en gezinnen willen meestal dat wij, jeugdzorgaanbieders, ze van tekorten of problemen af helpen op het gebied van communicatie, gedrag, sociale relaties of (zelf)beleving. Wij werken effectief als we op deze gebieden de tekorten of problemen aantoonbaar weten te verminderen of te laten verdwijnen. Het onderzoek naar effectiviteit is uitstekend en een voorbeeld voor andere sectoren, maar het focust vooral op het effect van de hulpverlening. Hulpverlening wordt meestal door gesubsidieerde, vaak grote organisaties aangeboden en door individuele medewerkers, (pleeg)gezinnen of teams van medewerkers uitgevoerd. Heeft de bedrijfsvoering, de cultuur of de structuur van een organisatie invloed op de effectiviteit van de interventies bij gezinnen en jongeren? Het antwoord is: ja natuurlijk.

Voor de jeugdzorg geldt evenzeer dat een goed georganiseerde, op effectiviteit gerichte en goed geleide organisatie een sfeer kweekt waarin de effecten van hulpverlening (zeer) gunstig beïnvloed kunnen worden. Organisaties kunnen dit bereiken door hun doelen en beoogde resultaten in kwaliteitseisen neer te leggen. Mijn stelling is derhalve: 'Kwaliteitszorg is een algemeen werkzame factor om problemen met communicatie, gedrag, sociale relaties en (zelf)beleving bij gezinnen en jongeren te verminderen of weg te nemen'.

De relatie met onderzoek

In de afgelopen periode heb ik in een negental afdelingen van Spirit positiebepalingen uitgevoerd volgens het INK model (Instituut Nederlandse Kwaliteit) en verwerkt in een eindrapport. De positiebepalingen geven een beoordeling op een drietal facetten: de organisatie, de resultaten en de verbetering en innovatie. Hierbij wordt rekening gehouden met een aantal belanghebbenden: de cliënt, de medewerkers, de ketenpartners en de samenleving. Uit de positiebepalingen blijkt onder meer dat er organisatorische, organisatieculturele en fysieke tekorten zijn die de hulpverleningsresultaten beperken. De effectiviteit van het eindresultaat wordt hierdoor ongunstig beïnvloed. Spirit moet bijvoorbeeld beter naar binnen en buiten communiceren wat het wil en het hulpverleningsproces kan beter uitgelegd worden aan de cliënt en aan de ketenpartner. Daarnaast moet Spirit zijn gegevensstroom verbeteren om beter de cliënt- en ketenpartnertevredenheid te kunnen meten en kan Spirit de waardering van de financier vergroten door prestatie-indicatoren te stellen. Mijn stelling gaat dus op. Opgestelde verbeterplannen moeten uiteindelijk leiden tot verbetering van de werkzaamheid en effecten van de hulpverlening.

Bronnen voor meer informatie

www.mogroep.nl (leden/jeugdzorg/ondernemersinfo)

www.ink.nl (bezoekers/over het ink)

www.hkz.nl (sectorportals/jeugdzorg)

Beijma, U.H. van (2005). *Opbrengst van negen INK positiebepalingen bij uitvoeringsafdelingen. Notitie voor het managementberaad van Spirit*. Amsterdam: Spirit.

Contactgegevens

Drs. U.H. (Rik) van Beijma
Manager kwaliteitsbeleid en cliëntenparticipatie
Spirit
Fred. Roeskestraat 73
1076 EC Amsterdam
T: (020) 540 0500
E: r.v.beijma@spirit.nl

11. Follow-up Medisch Orthopedagogisch Centrum: kinderen en ouders na behandeling in de autigroep

A. de Hoog en M. Balfort, MOC 't Kabouterhuis, Amsterdam

Samenvatting

In 2005 is een klein follow-up onderzoek uitgevoerd in het Medisch Orthopedagogisch Centrum 't Kabouterhuis in Amsterdam onder ouders en leerkrachten van kinderen die in de autigroep zijn behandeld. De autigroep is een speciale dagbehandelingsgroep voor maximaal vier kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum, die vooralsnog niet in een reguliere dagbehandelingsgroep behandeld kunnen worden. Het onderzoek vindt plaats vijf jaar na de start van de autigroep en in totaal gaat het om negentien kinderen die in de periode van september 1999 tot en met juli 2004 in deze groep zijn behandeld. De vraagstelling van het onderzoek is: *'Hoe is het de kinderen (en de ouders) vergaan na het verblijf van de kinderen in de autigroep? Wat is er te zeggen over de groep vertrokken kinderen als geheel en wat zijn de bijzonderheden op individueel niveau?'*

Het hoofddoel van het onderzoek is om te leren van de uitkomsten om het aanbod van de autigroep te kunnen verbeteren. Er is voor gekozen om de ouders en de leerkrachten van de kinderen te interviewen met behulp van twee verschillende vragenlijsten. De ouders zijn thuis bezocht om de vragenlijst met hen door te nemen en, vanwege de tijdsinvestering, is ervoor gekozen om de leerkrachten telefonisch te interviewen. De uitkomsten van de vragenlijsten zijn uitgebreid uitgewerkt en er is gekeken naar de algemene conclusies die getrokken kunnen worden, en die kunnen leiden tot het doen van aanbevelingen aan het team van de autigroep en het managementteam.

De belangrijkste conclusies zijn:

- De ouders zijn tevreden over de behandeling van hun kind en over de ondersteuning en begeleiding die zijzelf destijds als opvoeders kregen.
- Zowel de ouders als de leerkrachten zeggen dat het na een vaak moeizame start, met een tijdelijke terugval, met de meeste kinderen thuis en op school naar omstandigheden goed gaat.
- Ouders en leerkrachten zijn tevreden over de verwijzing vanuit het MOC.
- Uiteindelijk komt 47% van de kinderen terecht op een school voor Zeer Moeilijk Lerenden en de verwachting is dat alle kinderen in een vorm van Speciaal Onderwijs zullen blijven.
- 60% van de ouders zegt geen behoefte meer te hebben aan hulp en/of begeleiding voor hun kind of voor zichzelf.
- Alle kinderen hebben nog problemen met de taal/spraak en veel kinderen hebben nog moeite met de fijne motoriek.

Tijdens de posterpresentatie worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd en wordt aandacht besteed aan de moeilijkheden waar je als gedragswetenschapper zonder veel onderzoekservaring tegenaan loopt tijdens het doen van onderzoek in de praktijk.

Bronnen voor meer informatie

www.kabouterhuis.nl

Contactgegevens

Drs. A. (Anneke) de Hoog
Hoofd van het inhoudelijk staffbureau
MOC 't Kabouterhuis
Amsteldijk 196
1079 LK Amsterdam
T: (020) 644 5351
E: annekedh@kabouterhuis.nl

12. Gesloten plaatsingen in retrospectief; een kwalitatieve analyse aan de hand van tien dossierstudies

B.G.J. Gunnewijk, RMPI-ziekenhuis, Barendrecht en J. Heydelberg, Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam

Samenvatting

Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam, Horizon (een instelling voor jeugdzorg) en het RMPI (jeugdpsychiatrisch ziekenhuis) werken sinds 2003 intensief samen waar het gaat om moeilijk plaatsbare jeugdigen. Gezamenlijk hebben zij een expertteam opgericht, waarbinnen men oplossingen zoekt voor kinderen en jeugdigen die gezien hun problematiek moeilijk plaatsbaar zijn. In het expertteam zijn een kinder- en jeugdpsychiater, een orthopedagoog, een psycholoog en een sectormanager jeugdhulpverlening vertegenwoordigd. Bij plaatsingsproblemen is er in veel gevallen sprake van zogenaamde 'gecombineerde' problematiek; problematiek die zich op het grensvlak van jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ beweegt.

Het expertteam bemerkte dat er de afgelopen jaren een toename was te constateren in het aantal jeugdigen wat in het kader van een jeugdbeschermingsmaatregel werd geplaatst in een gesloten justitiële jeugdinrichting. Deze ontwikkeling beperkt zich niet alleen tot Rotterdam, maar is ook landelijk gesignaleerd. Deze ontwikkeling was voor het expertteam aanleiding om nader onderzoek te doen naar de achtergrond van deze justitiële plaatsingen. Uit de populatie van honderdzesentien jeugdigen (aantal geplaatsten in een justitiële jeugdinrichting in 2003) is een aselechte steekproef getrokken van tien casussen. Deze casuïstiek is kwalitatief onderzocht met de volgende vraagstelling:

- Wat zijn algemene kenmerken van deze jeugdigen?
- Was er in een eerdere fase andersoortige hulp noodzakelijk geweest, waardoor een gesloten plaatsing voorkomen had kunnen worden?

De kwalitatieve analyse liet het volgende beeld zien:

- In alle zaken was er sprake van gebroken gezinnen. Vooral de vader was geheel of gedeeltelijk buiten beeld;
- In alle tien zaken zijn kenmerken van oppositioneel-opstandige gedragskenmerken te constateren;
- In zes zaken van de tien zaken blijkt sprake te zijn van uitgebreidere psychiatrische problematiek. Eventuele psychiatrische problematiek is in de meeste gevallen pas zeer laat vastgesteld;
- In zeven van de tien gevallen heeft pas zeer laat (na opname in een gesloten inrichting) gedegen onderzoek plaatsgevonden. Pas rondom de middelbare school leeftijd (twaalf plus) nemen de problemen in hevigheid toe, waardoor ingrijpen van buitenaf noodzakelijk is gebleken. In de meerderheid van deze gevallen is het onwaarschijnlijk te noemen dat de problematiek niet eerder is gesignaleerd.

Aanbevelingen (algemeen werkzame factoren)

- Voer op een zo vroeg mogelijk moment in de hulpverlening volledige diagnostiek uit;

- Zorg voor samenhang en continuïteit van hulpverlening: geen losse elementen, maar trajectmatige zorg;
- Werk systeemgericht en laat u bij voorbaat niet ontmoedigen door geringe motivatie;
- Zorg voor meer behandelalternatieven. Er is behoefte aan orthopedagogische behandeling, met een gestructureerd en besloten karakter, voorzien van psychiatrische expertise waar het gaat om onderzoek en medicatiebegeleiding, met mogelijkheden voor gesloten time-out en vooral een lange adem (als jeugdigen weglopen niet opgeven, maar bij herhaling terugbrengen en vooral doorgaan).

Bronnen voor meer informatie

Expertteam Rotterdam (2003). Rapport: *'Terugkijken om verder te komen', Gesloten plaatsen in retrospectief, een kwalitatieve analyse aan de hand van tien dossierstudies*. Rotterdam: interne publicatie.

Contactgegevens

Drs. B.G.J. (Ben) Gunnewijk
 Eerste geneeskundige
 RMPi
 Boerhaavelaan 2
 2991 AE Barendrecht
 T: (0180) 691 174
 E: b.gunnewijk@rmpi.nl

Drs. J.F.P. Heydelberg
 Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam
 Calandstraat 58
 3016 CD Rotterdam
 T: (010) 478 1600
 E: jfp.heydelberg@jeugdzorg-rotterdam.nl

13. Effectiviteit van het Home-Start programma en de behoefte van risicogezinnen aan opvoedondersteuning

M. Galama en N. de Bruyn, Home-Start landelijk steunpunt

Samenvatting

Home-Start is een programma in de opvoedingsondersteuning. Binnen Home-Start bezoeken getrainde vrijwilligers gezinnen met problemen. De vrijwilligers bieden ondersteuning, praktische hulp en vriendschap bij ouders thuis. De ouders zijn de regisseur van de hulp, zij stellen de doelen en alle initiatieven gaan van hen uit. Home-Start wordt ruim twaalf jaar in Nederland uitgevoerd, en werkt momenteel in vijfenvijftig gemeenten. Het meest recente onderzoek naar Home-Start is onderwerp van deze posterpresentatie.

Onderzoek Universiteit van Amsterdam

In de periode 2001-2005 heeft de Universiteit van Amsterdam onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het Home-Start programma en de behoefte van risicogezinnen aan opvoedondersteuning. Dit heeft geresulteerd in het rapport *'Parenting support in community setting. Parental needs and effectiveness of the Home-Start program'*.

Werkwijze onderzoek

Zowel aan vierenvijftig Home-Start gezinnen als aan eenenvijftig gezinnen van de vergelijkingsgroep is op vier momenten een huisbezoek gebracht om gegevens te verzamelen: voordat Home-Start startte, een maand na het eerste bezoek van de vrijwilliger, na afloop van zes maanden interventie (eindmeting), en zes maanden na de eindmeting (follow-up). Dataverzameling vond plaats via vragenlijsten (o.a. CBCL, Family Needs Survey) (ingevuld door ouders en vrijwilligers), observaties (videobeelden van spelsituaties moeder-kind), en kwalitatieve interviews.

Resultaten

- Het welzijn neemt toe. De onderzochte moeders die Home-Start ondersteuning ontvingen, geven aan dat ze zich na zes maanden ondersteuning prettiger voelen. Ze geven minder vaak aan dat ze zich in een depressieve stemming bevinden. Ook geven ze in de loop van het onderzoek aan dat ze het opvoeden als minder zwaar gaan ervaren doordat ze ondersteuning ontvangen.
- Positief opvoedgedrag. De Home-Start moeders uit het onderzoek blijken op bepaalde punten beter te gaan opvoeden. Er is een toename van positief opvoedingsgedrag. Ze laten bijvoorbeeld vaker voorspelbaar gedrag zien aan hun kind. Ook worden moeders sensitiever en responsiever. Tegelijkertijd laten de moeders een afname zien van negatieve controle: ze maken minder vaak gebruik van bijvoorbeeld stem verheffen, fysiek straffen, straffen door hun kind te negeren of weg te sturen. Ook wijzen ze hun kind minder vaak af.
- Veel steunbehoefte bij 'risico'gezinnen (dit betrof een apart onderzoek onder 177 gezinnen). Bij het onderzoek naar de steunbehoefte van de vergelijkingsgroep is gebleken, dat een aanzienlijk deel van de moeders behoefte heeft aan opvoedondersteuning: 10% rapporteerde gezins- en steunbehoeften, 14% gaf aan gebruik te willen maken van een Home-Startachtige vorm van ondersteuning.

Wat heeft het onderzoek (nog) niet aangetoond?

In de Home-Start gezinnen én in de gezinnen van de vergelijkingsgroep die het zonder Home-Start ondersteuning moesten stellen, vermindert het probleemgedrag van het kind in gelijke mate; er kan dus niet gezegd worden dat vermindering van het probleemgedrag een gevolg is van de Home-Start ondersteuning. Nader onderzoek moet uitwijzen of na afsluiting van de ondersteuningsperiode in de Home-Start gezinnen alsnog veranderingen optreden.

Relevantie: Home-Start en de werkzame factoren:

Home-Start toont aan veranderingen teweeg te kunnen brengen in gezinnen met redelijk zware problematiek. Dit is niet verwonderlijk, want Home-Start is bij uitstek gebaseerd op algemeen werkzame factoren, zoals:

- een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener: Home-Start vindt plaats op basis van vriendschap;
- goede aansluiting bij de motivatie van de cliënt: bij Home-Start is de cliënt de regisseur van de zorg;
- goede aansluiting tussen interventie en probleem/hulpvraag: binnen Home-Start bepaalt de cliënt de inhoud van de interventie, afhankelijk van eigen vragen/behoefte;
- een goede structurering van de interventie: binnen Home-Start stellen ouders doelen op; deze doelen en de veranderingen worden opgenomen in een landelijk systeem voor evaluatie, registratie en monitoring;
- uitvoering van de interventie zoals zij uitgevoerd behoort te worden: er zijn kwaliteitseisen voor de uitvoering vastgelegd, en deelnemende organisaties ondertekenen deze;
- voldoende professionaliteit van de uitvoerder: binnen Home-Start volgen alle uitvoerders uitgebreide trainingen;
- gericht op het weer grip krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren (herstel zelfregulatie): jarenlange ervaring en onderzoek tonen aan dat Home-Start ouders activeert om weer grip te krijgen;
- beschikbaarheid in de eigen leefsituatie van ouders, kinderen en jongeren: Home-Start bezoekt gezinnen thuis, een dagdeel per week, zolang het gezin wil;
- activering van de sociale netwerken rond ouders, kinderen en jongeren: de Home-Start vrijwilliger vormt een uitbreiding van het sociale netwerk van gezinnen. Belangrijk aandachtspunt voor 2006 binnen Home-Start wordt het meer toespitsen van de methodiek op het activeren van sociale netwerken.
- Deze opsomming toont aan dat Home-Start zeker niet mag ontbreken bij een poster-presentatie over algemeen werkzame factoren.

Bronnen voor meer informatie

www.home-start.nl

www.sco-kohnstaminstituut.uva.nl

Asscher, J. J. (2005). *Parenting support in community settings. Parental needs and effectiveness of the Home-Start program*. Proefschrift. Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut.

Contactgegevens

M. (Marijke) Galama
Projectleider
Home-Start landelijk steunpunt
Postbus 71
1000 AB Amsterdam
T: (020) 523 1145 / (06) 3061 9100
E: landelijksteunpunt@home-start.nl

14. Familienetwerkconferenties bij de Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland

E. Berben en M. Varekamp, St. Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland

Samenvatting

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor de rol die de familie en het sociale netwerk kunnen spelen bij de ondersteuning van gezinnen met problemen. In Nederland bestaan twee werkwijzen die gebruik maken van dit principe. Deze krijgen meer en meer een plek binnen de jeugdzorg. Het gaat om Eigen Kracht Conferenties (EKC's) en familienetwerkberaden (FNB's). Bij beide werkvormen mobiliseert een 'buitenstaander' een deel van de familie en de vriendenkring en coördineert een bijeenkomst. In deze bijeenkomst probeert het sociale netwerk samen met het gezin een oplossing te bedenken voor de problemen. Het grootste verschil tussen beide werkwijzen is dat bij een EKC een onafhankelijk persoon als coördinator optreedt, terwijl dit bij een FNB een hulpverlener is.

Zowel bij Bureau Jeugdzorg Haaglanden als bij Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland is in 2005 een project rond deze werkwijzen uitgevoerd. Gezien de overeenkomsten tussen de werkwijzen staan ze bij (ons) bureau jeugdzorg bekend onder één noemer: familienetwerkconferenties (FNC's). Aan beide projecten is een onderzoek gekoppeld, dat grotendeels op dezelfde manier is opgezet. Het onderzoek bestaat uit een procesevaluatie van het project en een meting van het effect van de FNC's (resultaat en tevredenheid van betrokkenen op korte en middellange termijn en eventueel verschillen tussen de varianten). De procesevaluatie op basis van de ervaringen van de regiocoördinatoren geeft zicht op de problemen en aandachtspunten die van belang zijn bij de invoering van FNC's binnen bureau jeugdzorg. De resultaat- en effectmeting zijn meer gericht op het verloop en succes van FNC's. Dit deel van het onderzoek geeft zicht op de werkzame bestanddelen in de werkwijzen.

De onderzoekgegevens komen uit verschillende bronnen:

- Registratie- en/of aanmeldformulier voor een beschrijving van de probleemsituaties en hulpvragen;
- Telefonisch interview met verwijzers over ervaringen en bekendheid met de werkwijze;
- Plan van aanpak/afsprakenlijst van het familienetwerk voor het verkrijgen van inzicht in de organisatie en verloop van de conferentie en type afspraken;
- Tevredenheidsvragenlijst voor familieleden direct na afloop van de conferentie;
- Vragenlijst voor de coördinator over diens tevredenheid direct na afloop van de conferentie;
- Telefonisch interview met familieleden drie maanden na de conferentie over resultaat en tevredenheid op middellange termijn.

De gegevensverzameling is in 2005 gestart. In januari 2006 worden de eerste resultaten gepresenteerd. In 2005 waren er bij Bureau Jeugdzorg Haaglanden veertig aanmeldingen voor een FNC. Bij vijftientig aanmeldingen is een EKC voorbereid en bij vijftien een FNB. Bij Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland waren er vijfenveertig

aanmeldingen, waarvan er acht zijn doorverwezen voor een EKC en vijfendertig voor een FNB. Twee zijn terugverwezen.

Een FNC is in veel verschillende situaties een goed middel. Veel gezinnen vragen hulp bij de opvoeding van hun kind, het omgaan met lastig gedrag, de omgangsregeling en het regelen van een woonplek. Echtscheiding en gedragsproblemen komen regelmatig voor. De familie maakt hiervoor hele praktische en creatieve afspraken. Het standaard betrekken van het netwerk vereist een andere kijk op zorg. Dit veranderingsproces kost tijd. Na de aanlooperperiode zijn alle betrokken partijen over het algemeen tevreden over de werkwijze. Hulpverleners gaan als coördinator op een andere manier om met ouders en jeugdigen. Ze leggen de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt en diens sociale netwerk en hebben vertrouwen in de creatieve oplossingen die bedacht worden. Ook de deelnemers aan een FNC zijn direct na afloop van de bijeenkomst tevreden. Op iets langere termijn lijkt het positieve effect iets weg te ebben. Probleem is dat mensen niet altijd weten op wie ze terug kunnen vallen, wanneer afspraken niet nagekomen worden.

Bronnen voor meer informatie

www.bjzzuidholland.nl
www.bjzhaaglanden.nl
www.eigenkrachtcentrale.nl
www.wespweb.nl

Contactgegevens

Dr. E. (Emmy) Berben
Beleidsmedewerker afdeling Onderzoek, Ontwikkeling en Opleiding
Stichting Bureaus Jeugdzorg Haaglanden / Zuid-Holland
De Horst 4
2592 HA Den Haag
T: (070) 300 4412
E: E.Berben@bjzhlzh.nl

15. Nieuw zorgaanbod voor jongeren met een licht verstandelijke handicap

L. Boendermaker, NIZW Expertisecentrum Jeugdzorg, Utrecht en X. Moonen, St. Anna / Gastenhof, Heel

Samenvatting

De afgelopen jaren hebben drie grote zorgaanbieders voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen ('s Heerenloo/Kwadrant, St. Anna/Gastenhof en Saltho) in kaart gebracht of hun zorgaanbod voldoende past bij de hulpvraag (needs) van de cliënten die aangemeld worden voor residentiële hulp. Dit is gedaan aan de hand van de methode *Matching Needs and Services*, een methode voor het ontwikkelen van zorgaanbod dat aansluit bij de geconstateerde hulpvragen van cliënten. Deze methode is ontwikkeld door de Dartington Social Research Unit (Dartington, Engeland).

Duidelijk werd dat er een groep kinderen en jongeren wordt aangemeld voor residentiële hulp uit een gebrek aan passende zorg. Bij een flink deel van de groep is behoefte aan een meer of minder intensieve interventie in het gezin, gericht op het leren van pedagogische vaardigheden aan ouders en training van de jeugdige. De drie zorgaanbieders zijn vervolgens aan de slag gegaan om nieuw zorgaanbod te ontwikkelen dat aansluit bij deze vraag. Er zijn vijf modules ontwikkeld, waarmee in grote lijnen het nieuwe zorgaanbod is geschetst. In deze ontwerpfase werd duidelijk dat de invoering van de nieuwe modules op diverse onderdelen een andere manier van werken vraagt van de instellingen. Onder meer op het gebied van intake en screening, de organisatie van de behandeling en vaardigheden van medewerkers.

De verdere uitwerking en vervolgens de implementatie van de nieuwe modules zijn de belangrijkste uitdagingen voor de komende periode. Met het oog op de algemeen werkzame factoren van de interventies zijn er nog diverse zaken te doen. Zo zal de theoretische onderbouwing verder uitgewerkt moeten worden, net als de draaiboeken voor de uitvoering van de modules en er moeten mensen getraind worden om de modules uit te voeren. Tijdens de uitvoering zal gecontroleerd moeten worden of de vijf modules uitgevoerd worden zoals is bedoeld. Pas als deze zaken in orde zijn, komt het beoordelen van de werkzaamheid van de modules aan de orde. In de posterpresentatie gaan we nader in op het ontwerp-in-grote-lijnen van de vijf modules.

Bronnen voor meer informatie

www.jeugdzorg.nl

Boendermaker, L., Eijgenraam, K., Graaf, H. de, Moonen, X. en Pijll, M. van der (2005). *Matching Needs and Services voor jeugdigen in de LVG sector. Verslag van twee pilots, uitgevoerd in samenwerking met St. Anna/Gastenhof, Saltho en Kwadrant.* Utrecht: NIZW Jeugd.

Eijgenraam, K., Boendermaker, L., Graaf, H. de & Moonen, X. (2005). *Werk maken van thuis, verslag van het ontwerp van nieuw zorgaanbod voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Contactgegevens

Dr. L. (Leonieke) Boendermaker
Senior onderzoeker
NIZW Jeugd
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 230 6778
E: l.boendermaker@nizw.nl

16. Residentiële jeugdzorg in de schijnwerpers: naar een landelijk, intersectoraal professionaliseringstraject

M. Loeffenen H. Ooms, Collegio, Utrecht

Samenvatting

In 2005 heeft Collegio onderzoek uitgevoerd naar residentiële jeugdzorg als opmaat voor een landelijk, intersectoraal professionaliseringstraject. Dit traject heeft tot doel aanknopingspunten te genereren voor:

- een kwaliteitssysteem;
- een opleiding;
- de plaats van het beroep van de residentieel groepswerker in een beroepenstructuur.

Zesentachtig instellingen voor residentiële jeugdzorg (uit de sectoren jeugdhulpverlening, GGZ, justitie en LVG) zijn hiertoe telefonisch geïnterviewd. Er is gevraagd naar omvang, populatie, aanbod, wachtlijsten en intersectorale samenwerkingsverbanden. Ook kwamen visie, beleid en het theoretisch kader van de bevroegde instellingen aan bod. Daarnaast is gevraagd naar het bestaande en gewenste opleidingskader van de groepswerkers. Tot slot is stilgestaan bij de kwaliteitstoetsing van deze werksoort; op welke wijze en welk type onderzoek wordt uitgevoerd? Simultaan aan dit onderzoek werd door de Rijksuniversiteit Groningen een internationaal literatuuronderzoek uitgevoerd naar de kenmerken en factoren, relevant voor de kwaliteit en de effectiviteit van residentiële jeugdzorg.

Uit het onderzoek van Collegio bleek dat er veel intersectorale overeenkomsten en verschillen bestaan. Overeenkomst is onder meer de kern van het werk die, op grond van de uitkomsten van het onderzoek, als volgt is geformuleerd: "Verzorging, opvoeding en zo nodig behandeling van jeugdigen die (een gedeelte van de week) niet thuis of in een pleeggezin kunnen wonen door problematische gezins- en/of kindfactoren. Onderwijs en vrije tijd zijn daarbij belangrijke aandachtsgebieden, evenals begeleiding van de contacten met het milieu van herkomst en onderhoud en/of opbouw van een sociaal netwerk. Er kan bij ouders en/of jeugdige sprake zijn van gedragsproblemen, een licht verstandelijke handicap, een rechterlijke maatregel, een psychiatrische aandoening of een combinatie hiervan". Nogeen overeenkomst zijn de visie-elementen, namelijk: "Mogelijkheid van deeltijd en van permanent verblijf, zo kort mogelijke inzet van deze hulpvorm en het belang van onderwijs in combinatie met een residentiële setting".

Een verschil zit bijvoorbeeld in de wijze waarop binnen de sectoren tegen kwaliteitszorg wordt aangekeken. Zo is in de kinder- en jeugdpsychiatrie de academisering van de zorg een trend die terug te vinden is in visie- en beleidsstukken, terwijl dit in de overige sectoren minder op de voorgrond staat. Onder academisering wordt verstaan dat intensieve samenwerkingsverbanden worden aangegaan met één of meer universiteiten. De ervaring in deze sector is dat academisering een stimulerende werking heeft op innovatie.

Het onderzoek heeft vele aanknopingspunten voor verbetering opgeleverd en wel specifiek ten aanzien van een kwaliteitssysteem, een beroepsstructuur en een opleiding. Een kwaliteitssysteem voor de residentiële sector zou in gezamenlijkheid, intersectoraal uitgewerkt moeten worden via bijvoorbeeld een professionaliseringsplatform. Bovendien zou er een ordeningsmodel voor deze werksoort gehanteerd kunnen worden, waardoor indikking van het aantal gebruikte namen voor residentiële jeugdzorg kan plaatsvinden met een toenemende differentiatie voor specifieke doelgroepen. De eenheid van taal die hiermee ontstaat, maakt het ook mogelijk vergelijkend 'warenonderzoek' uit te voeren en maakt daarmee benchmarking mogelijk. Een beroepsstructuur binnen de residentiële jeugdzorg zou kunnen bijdragen aan functiedifferentiatie, waardoor het beroep van de groepswerker meer loopbaanperspectief biedt en tegelijkertijd de professionalisering van de werksoort een impuls krijgt. Een intersectorale basisopleiding zou het mogelijk maken de verworvenheden van de verschillende sectoren met elkaar te verenigen tot een krachtig beroepsprofiel.

De uitgave van dit onderzoek is in voorbereiding en vormt daarmee de opmaat van een professionaliseringstraject waarvoor op 11 november 2005 de aftrap is gegeven tijdens de landelijke manifestatie *Jeugdzorg zo!* Professionals die zich uitgedaagd voelen door een dergelijk professionaliseringstraject zijn van harte uitgenodigd om tijdens deze posterpresentatie van gedachten te wisselen over hun mogelijke bijdrage.

Bronnen voor meer informatie

- Harder, A.T., E.J. Knorth & Zandberg, T. (2005). *Residentiële jeugdzorg in de schijnwerpers: Een literatuuronderzoek naar kenmerken en factoren, relevant voor kwaliteit en effectiviteit*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek. Amsterdam: SWP (in voorbereiding).
- Loeffen, M., Jong, I. de & Monteban, E. (2005). *Residentiële jeugdzorg in de schijnwerpers. Een onderzoek naar de huidige stand van zaken in Nederland*. Amsterdam: SWP (in voorbereiding).

Contactgegevens

Drs. M. (Mirte) Loeffen
Adviseur
Collegio
Maliesingel 41
3581 BK Utrecht
T: (030) 232 3070
E: m.loeffen@collegio.nl

17. Professionaliteit in de jeugdzorg

J.J.W. de Swart, Saxion Hogescholen, Enschede

Samenvatting

Tijdens deze posterpresentatie staat de relatie centraal tussen de professionaliteit van de behandelaar en de effectiviteit van de jeugdzorg. Er wordt een opzet van een promotieonderzoek gepresenteerd, waarbij de nadruk niet ligt op de resultaten, maar op de onderzoeksopzet en een theoretisch kader rondom het begrip professionaliteit. Professionaliteit van de behandelaar is een van de algemeen werkzame factoren in de jeugdzorg. Het houdt in dat de methodiek goed moet worden uitgevoerd door goed opgeleide uitvoerders en goede werkomstandigheden (Van der Laan, 2002; Van Yperen, 2003). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg definieert professionaliteit als volgt: "Professionaliteit is de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren" (in: Le Grand, 2000).

Op de poster staat een theoretisch model, waarbij een viertal aspecten van invloed zijn op de effecten van de hulpverlening. Het gaat om kenmerken van de methodiek, kenmerken van de cliënt, kenmerken van de organisatie en tenslotte om kenmerken van de behandelaar. Tevens wordt ingegaan op de relatie tussen de kenmerken van de organisatie en de kenmerken van de behandelaar, zoals bijvoorbeeld het bieden van goede werkomstandigheden, scholing, trainingen en intervisie. Ook komt de relatie tussen (de kenmerken van) de cliënt en (de kenmerken van) de behandelaar aan bod. Hierbij gaat het om de relatie (matching) tussen cliënt en behandelaar.

Het promotieonderzoek bestaat uit verschillende stappen. De eerste stap is het uitvoeren van een meta-analyse, waarbij bestaand onderzoek wordt verzameld en geanalyseerd met behulp van een gestandaardiseerd instrument. Tevens wordt er een mediatorsanalyse uitgevoerd. Vervolgens wordt een dubbel praktijkonderzoek uitgevoerd, waarbij bij een negental teams van drie verschillende organisaties in de residentiële jeugdzorg de mate van professionaliteit wordt vastgesteld. Dit wordt gedaan door de mate van (expliciete en impliciete) kennis over de toegepaste methodiek te meten, vervolgens de vaardigheden die nodig zijn om de methodiek goed toe passen en de persoonlijkheidskenmerken van de behandelaars vast te stellen en ten slotte de arbeidsmotivatie te meten.

Er is gekozen om het onderzoek uit te voeren bij instellingen die werken met de methodiek competentievergroting in de residentiële jeugdzorg, zoals Jarabee, jeugdzorg in Twente (Slot & Spanjaard, 1999), aangezien aan deze methodiek een theoretische basis en een uitgewerkt trainingsprogramma ten grondslag ligt.

Bronnen voor meer informatie

www.saxion.nl/kenniscentrum-genw/index

Contactgegevens

Drs. J.J.W. (Jack) de Swart

Docent Academie Mensen Maatschappij en lid Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn

Saxion Hogescholen

Postbus 70 000

7500 KB Enschede

T: (053) 487 1883

E: j.j.w.deswart@saxion.nl

18. Reboundvoorzieningen in het voortgezet onderwijs: een verkennende studie

T. Kuijvenhoven, LCOJ / NIZW Jeugd, Utrecht

Samenvatting

Rebound is in de sportwereld een bekend begrip. Het betekent dat je jezelf in positie brengt om een tweede kans op scoren te creëren. In het voortgezet onderwijs is het begrip rebound inmiddels ook ingeburgerd geraakt. Het verwijst naar programma's die leerlingen met problematisch gedrag een nieuwe kans bieden om hun schoolloopbaan te vervolgen binnen het reguliere voortgezet onderwijs. Bij de ontwikkeling van de reboundvoorzieningen wordt dikwijls aangesloten bij bestaande opvangmogelijkheden in het voortgezet onderwijs, die wel bekend staan onder namen als Time Out of Onderwijsopvang. Reboundvoorzieningen maken deel uit van een groter geheel van samenhangende maatregelen, zoals de versterking van leerlingbegeleiding, de realisatie van sluitende zorgstructuren in en rond de school en de duizend extra plaatsen binnen de REC's cluster IV, die door de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap in 2004 zijn aangekondigd in het 'Plan van aanpak veiligheid in het onderwijs en de opvang van risicoleerlingen'. Met de maatregel wordt beoogd onveiligheid in het reguliere voortgezet onderwijs te voorkomen en te bestrijden en voortijdig schoolverlaten tegen te gaan.

In 2006 wordt vanuit het Landelijk Centrum Onderwijs en Jeugdzorg (LCOJ) een verkennend onderzoek gestart naar de reboundvoorzieningen. De studie richt zich meer specifiek op een doelgroepbepaling, de werkelijke populatie van de voorzieningen met inbegrip van instroom- en uitstroomgegevens van leerlingen, het functioneren van leerlingen na beëindiging van het traject en verrichte interventies door scholen. Vragen die in dit onderzoek centraal staan, zijn:

1. Voor welke jongeren zijn reboundvoorzieningen bedoeld? Hierbij worden twee dimensies onderscheiden: de kenmerken van de jongeren zelf en de organisatorische context waarin de voorzieningen bestaan.
2. Zijn er - gelet op de algemene doelstelling van de maatregel - veelbelovende of effectief gebleken interventies in binnen- en buitenland beschikbaar voor vergelijkbare doelgroepen?
3. In hoeverre komt de doelgroep zoals omschreven overeen met de werkelijke groep in reboundvoorzieningen?
4. In welke mate kan gesproken worden van een 'succesvolle' beëindiging van het verblijf in de reboundvoorziening?
5. Hoe functioneren jongeren na terugkeer in het reguliere voortgezet onderwijs?
6. Hebben er op school in de omgang/begeleiding ten aanzien van jongeren veranderingen plaatsgevonden (algemeen en specifiek) ten opzichte van de periode vóór de plaatsing van een jongere in een reboundvoorziening? Indien dit het geval is: welke en wie heeft hiertoe het initiatief genomen?

Voor de beantwoording van de vragen zal gebruik worden gemaakt van verschillende databronnen. Bij de doelgroepbepaling wordt ernaar gestreefd de plannen van alle (bestaande en in oprichting zijnde) reboundvoorzieningen te analyseren, waarbij

tevens gekomen wordt tot een korte typering van het programma-aanbod en de voorgestane begeleiding. Daarnaast zal een verkennende literatuurstudie verricht worden naar projecten in binnen- en buitenland, waarbij in het bijzonder aandacht zal zijn voor veelbelovende of effectief gebleken interventies voor vergelijkbare doelgroepen. Op basis van de uitkomsten van de eerste onderzoeksvraag, wordt voor de beantwoording van de vragen drie tot en met zes een steekproef getrokken uit de totale populatie van bestaande reboundvoorzieningen in Nederland. Bij de beantwoording van deze vragen wordt gebruik gemaakt van registratiegegevens van de voorzieningen en de resultaten van interviews met medewerkers van de voorzieningen en betrokken scholen. Tevens zullen voor de jongeren die tot de onderzoeksgroep behoren niet alleen in- en uitstroomgegevens in kaart worden gebracht, maar zal ook het programma-aanbod op hoofdlijnen in kaart worden gebracht. Het onderzoek kan beschouwd worden als een eerste stap op weg naar meer resultaatgericht onderzoek, waarin relaties tussen doelgroep, interventies en uitkomsten meer centraal staan.

Bronnen voor meer informatie

www.lcoj.nl/rebound

Contactgegevens

Drs. T. (Tirza) Kuijvenhoven
Onderzoeker / projectmedewerker
LCOJ / NIZW Jeugd
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
T: (030) 2306 767
E: t.kuijvenhoven@nizw.nl

19. De Multidisciplinaire Richtlijn ADHD: Implementatiemogelijkheden voor deze eerste richtlijn in de jeugdzorg

M.T. Vink, Trimbos-instituut, Utrecht

Samenvatting

Per december 2005 is de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen beschikbaar. Een richtlijn is een evidence-based instrument voor keuzes en handelingsinstructies in de praktijk. Conclusies en aanbevelingen in de richtlijn zijn gebaseerd op de best beschikbare wetenschappelijke kennis, op consensus tussen behandelaars en op kennis en expliciete aandachtspunten van de cliëntgroep. De multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen is opgesteld door vertegenwoordigers van medische en agogische beroepsverenigingen en van patiëntenorganisaties.

Het praktijkveld beschikt met deze richtlijn over een hulpmiddel voor diagnostiek en behandeling bij kinderen met (verdenking op) ADHD. Ook levert de richtlijn met de geordende aanduiding van afwegingen en interventies een bijdrage aan zorgprogrammering en stepped care. Voor cliënten en hun ouders is de richtlijn een beslissingsondersteunend instrument in het overleg met de behandelaar. Voor al deze functies worden afgeleide richtlijnproducten ontwikkeld, zoals een samenvatting, een cliëntversie, een "decision-aid" en een Landelijk Basisprogramma ADHD. Met de Multidisciplinaire Richtlijn en de afgeleide publicaties hebben hulpvrager en professional een gemeenschappelijk document in handen.

Algemeen werkzame factoren

De multidisciplinaire richtlijn kan ertoe bijdragen dat algemeen werkzame factoren in de hulp bij ADHD kunnen worden geïdentificeerd en getoetst. De geordende kennis over ADHD vanuit praktijk en wetenschap en de aanbevolen interventies bieden daarbij houvast. De poster belicht met name de factoren:

- professionaliteit van de hulpverlener;
- structurering van de interventies en afstemming interventie op de hulpvraag;
- relatie tussen hulpvrager en professional.

Implementatie van de richtlijn

In het kader van het congres Jeugdzorg in Onderzoek wordt de implementatie van de richtlijn gepresenteerd als kans om de doelmatigheid van zorg bij ADHD actief te versterken. Een bestaande implementatiemethodiek, de Doorbraakmethode, wordt hierbij toegelicht. Ook de mogelijkheden die het hanteren van richtlijnen biedt om systematisch onderzoek te doen naar effecten van behandeling kunnen in discussie met de deelnemers aan bod komen. Deelnemers worden uitgenodigd voorwaarden te noemen om de richtlijn effectief te kunnen invoeren in de praktijk.

Bronnen voor meer informatie

www.trimbos.nl
www.ggzrichtlijnen.nl

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005).
*Multidisciplinaire Richtlijn ADHD. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van
ADHD bij kinderen en jeugdigen.* Utrecht: Trimbos-instituut, Artikelnummer:
AF0635.

Contactgegevens

Drs. M.T. (Marjon) Vink
Senior wetenschappelijk medewerker
Trimbos-instituut
Postbus 275
3500 AS Utrecht
T: (030) 295 9360 /297 1131
E: mvink@trimbos.nl

20. Evaluatie van de IMC Weekendschool; school voor aanvullend onderwijs in achterstandsbuurten

M.C.A.E. van der Veldt, PI Research, Duivendrecht en H. Terwijn, IMC Weekendschool

Samenvatting

Sinds januari 1998 bestaat de IMC Weekendschool, een school voor aanvullend onderwijs aan jongeren van tien tot veertien jaar uit achterstandsbuurten. IMC staat voor International Marketmakers Combination, medeoprichter en eerste sponsor van de IMC Weekendschool. De eerste weekendschool is opgericht in Amsterdam Zuidoost. Daarna volgden Amsterdam Noord en West. In januari 2006 zullen IMC Weekendscholen starten in Tilburg, Den Haag, Rotterdam, Utrecht en Nijmegen. Alle weekendscholen worden gefinancierd door bedrijven en fondsen; er is geen overheidsgeld met de weekendschool gemoeid.

Op de weekendschool kunnen gemotiveerde jongeren uit sociaal-economische achterstandssituaties kennismaken met tal van interessante vakgebieden uit de wereld van wetenschap, kunst en maatschappij. Weekendschoolvakken, zoals geneeskunde, recht, sterrenkunde, film, journalistiek en ondernemen worden aangeboden door deskundigen (vrijwilligers) met een passie voor hun vak. Zij komen naar de weekendschool om een overzicht van hun vakgebied te geven en zoveel mogelijk samen met de leerlingen aan het werk te gaan. Het doel van de weekendschool is jongeren te ondersteunen bij het verbreden van hun perspectieven, het verwerven van zelfvertrouwen en het vinden van aansluiting bij brede lagen in de Nederlandse maatschappij. Buurten en scholen worden geselecteerd op achterstanden, leerlingen uitsluitend op motivatie.

IMC Weekendschool streeft er uitdrukkelijk naar gedegen verslag te doen van methoden en (positieve en negatieve) bevindingen, om zo een bijdrage te leveren aan kennis over de werkzame factoren en aan de verbetering van de positie van jongeren in achterstandssituaties. Derhalve heeft IMC Weekendschool aan PI Research de opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar het bereik en de effecten. Er is een driejarig onderzoek opgezet (september 2004-2007) waarin naast uitkomsten ook doelgroep en interventies in kaart worden gebracht. De onderzoekspopulatie bestaat uit weekendschooldeelnemers en niet-weekendschooldeelnemers. Alle leerlingen die in januari 2005 op de drie Amsterdamse weekendscholen zijn gestart, worden drie jaar lang gevolgd in vergelijking met de kinderen uit hun basisschoolklassen die niet naar de weekendschool gaan. Elk schooljaar vinden twee metingen plaats, waarbij een aantal gestandaardiseerde vragenlijsten (zoals de PMTK en de CBSK) en een aantal specifiek voor dit onderzoek ontwikkelde vragenlijsten worden afgenomen. Voor een evaluatie van het programma wordt jaarlijks op de drie vestigingen geobserveerd en worden interviews gehouden met medewerkers.

Op basis van de gegevens die in het eerste jaar zijn verzameld, is in het eerste onderzoeksrapport een beeld geschetst van de doelgroep, de eerstejaars weekendschoolleerlingen in vergelijking met de kinderen uit hun basisschoolklassen. Uit deze gegevens bleek, zoals verwacht, dat de eerstejaars weekendschoolleerlingen

bij aanvang op de onderzochte concepten niet of nauwelijks verschillen van de andere kinderen in hun basisschoolklassen. Er werden twee verschillen gevonden. De eerstejaars weekendschoolleerlingen noemen, wanneer hen gevraagd wordt waar ze goed in zijn, vaker en méér sociale vaardigheden dan de kinderen die niet naar de weekendschool gaan. Daarnaast hebben zij, evenals de leerlingen die op de wachtlijst voor de weekendschool staan, een sterkere drang tot presteren dan hun overige klasgenootjes. Het is de verwachting dat in de komende jaren méér verschillen zullen worden gevonden, ook op de andere onderzochte concepten.

Bronnen voor meer informatie

www.imcweekendschool.nl

Terwijn, H.J. (2005). *IMC Weekendschool: Achtergrondinformatie*. Op:
www.imcweekendschool.nl.

Veldt, M.C.A.E. van der & Baardewijk, Y. van (2005). *IMC Weekendschool. Jaarrapportage 1*. Duivendrecht: PI Research.

Contactgegevens

Drs. M.C.A.E. (Marie-Christine) van der Veldt
Senior onderzoeker
PI Research
Postbus 366
1115 ZH Duivendrecht
T: (020) 774 5659
E: m.vanderveldt@piresearch.nl