



25 maart 2010

INTREEREDE

Zorgen dat het werkt

Lector dr. Huub Pijnenburg

▶ **HAN**

Lectoraat

Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd

MASTERPROGRAMMA'S



Zorgen dat het werkt¹

Huub Pijnenburg

Ze is eerlijk, komt afspraken na, luistert eerst en trekt niet meteen conclusies. Ze geeft me vertrouwen en ze lacht veel. En ze maakt goede omeletten! (jeugdzorgcliënt, 17 jaar)

1. Inleiding

Wat maakt dat het werkt? Wat maakt dat hulpverleners er in slagen om de motor van de positieve ontwikkeling weer op gang te helpen brengen in het leven van jeugdigen (0-23) die een beroep doen op ondersteuning vanwege ontwikkelings- en opvoedingsbelemmeringen? Dat is een belangrijke vraag, want elk kind telt. Wat de opbrengst moet zijn van die ondersteuning en eventueel ingrijpen bij jeugdigen en gezinnen, dat is duidelijk: effectief helpen bij opgroeien en opvoeden door bestaande belemmeringen op te lossen of te verminderen, zodat jeugdigen zich onbedreigd en evenwichtig kunnen ontwikkelen, en optimaal mee kunnen doen in hun eigen leefomgeving, op school, op de arbeidsmarkt, en in de samenleving. Hermanns (2009) formuleert het heel bondig: het doel is herstel van het gewone leven.

Duizenden beroepskrachten in de zorg voor jeugd werken daar dagelijks aan, velen met grote toewijding. Toch vallen de resultaten niet altijd mee. Mede daardoor staat de zorg voor jeugd al geruime tijd flink ter discussie. Dus wordt gezocht naar manieren waarop het beter, effectiever kan. Maar zoeken we wel in de goede hoek? Dat is de vraag. Ik heb daar zorg over, en ook over een aantal ontwikkelingen rond de zorg voor jeugd.

In deze rede betoog ik dat werkzame factoren in de zorg voor jeugd samen een grote en kleurrijke familie vormen, maar dat zorgonderzoekers en zorgpraktijk maar met een paar leden van de factorenfamilie vertrouwd zijn. Deze laatste worden belangrijk geacht; andere veel minder of helemaal niet. Ten onrechte. Ook dat is een reden tot zorg, maar vooral: een reden tot actie.

Dat roept de vraag op, op welke werkzame factoren we ons onderzoeksvizier moeten richten. In het bijzonder welke rol het lectoraat daarin wil spelen. Voor ik op deze vraag inga, schets ik een paar belangrijke ontwikkelingen in de zorg voor jeugd, en in het denken over effectiviteit. Daarna stel ik een model voor van de hele werkzame factorenfamilie. Over een paar familieleden ben ik kort omdat ze uitvoerig belicht worden in de andere bijdragen aan deze bundel. Tot slot geef ik aan welke familieleden/factoren het lectoraat de komende tijd met name beter wil leren kennen via praktijkonderzoek, en hoe daar al een begin mee is gemaakt.

1.1. Ontwikkelingen in de zorg voor jeugd

Het gaat niet slechter met de jeugd, maar de vraag groeit

Het bestaan van zoveel jeugdzorgvoorzieningen in ons land doet vermoeden dat we in toenemende mate problemen hebben met de jeugd. Daarvoor zijn echter nauwelijks of geen aanwijzingen. De Nederlandse jeugd heeft ook niet meer problemen dan die in andere landen.

¹ Deze tekst is een bewerkte en uitgebreide versie van de intreerede, en als zodanig gepubliceerd in: H. Pijnenburg (red.) (2010). *Zorgen dat het werkt: Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*.

Amsterdam/Nijmegen: SWP en Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.

In deze bundel zijn ook bewerkingen opgenomen van de bijdragen van Tom van Yperen, Jo Hermanns, Giel Hutschemaekers en Adri van Montfoort aan het symposium dat aan de intreerede voorafging.

Sterker nog: ze hoort wereldwijd tot de gelukkigste en minst problematische (Hermanns, 2009). Toch groeit de toestroom in alle segmenten van de jeugdzorg en het speciaal onderwijs al jaren. Gevolg: wachtlijsten. Bijna een half miljoen jeugdigen van 0-18 jaar krijgt inmiddels een of andere vorm van geïndiceerde jeugdzorg of speciaal onderwijs (Hermanns, 2009). Dit komt niet door een toename in het diagnosticeren van klachten, of een onevenredig beroep op zorg door een klein percentage (allochtone) jeugdigen. Het lijkt er eerder op dat ons collectieve vermogen afneemt om te gaan met gedrags-, opvoed-, en leerproblemen van jeugd, en dat we steeds minder van die jeugd kunnen hebben. Opvoedproblemen worden steeds vaker vertaald in termen van ontwikkelingspsychopathologie of handicaps. Dit leidt tot inschakelen van gespecialiseerde gedragsdeskundigen (De Winter, 2004; Hermanns, 2009).

Doolhof van voorzieningen

Wie zich oriënteert op de zorg voor jeugd, ontdekt snel dat die complex in elkaar steekt. (Reerink, 2009; Rietveld, 2009). Dit beeld wordt bevestigd in de hoorzittingen van Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg (De Volkskrant, 4-2-2010). Enerzijds omvat de zorg voor jeugd de op gemeentelijk of stadsdeelniveau gecoördineerde eerste lijnhulp: de (preventieve) Jeugdgezondheidszorg, de lichte hulp van Bureau Jeugdzorg en het aanbod van de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Daarnaast staan provinciaal/landelijk gefinancierde, specialistische tweede-lijnsvoorzieningen voor geïndiceerde jeugdzorg. We vinden in dit intersectorale veld naast de Jeugdhulpverlening: de Jeugd-GGZ, de Jeugdbescherming en jeugdstrafrechtelijke voorzieningen en instellingen, en het LVG-zorgaanbod voor jeugdigen met licht verstandelijke beperkingen. Daarnaast hebben we een omvangrijk stelsel van geïndiceerde speciaal onderwijszorg voor kinderen met uiteenlopende leerbelemmeringen.

Dit ingewikkelde samenstel van voorzieningen vang ik in deze bijdrage onder de noemer zorg voor jeugd; waarbij aangetekend dat het accent van dit betoog ligt op de tweede-lijnsjeugdzorg.

Historische ontwikkelingen: van paternalisme naar protocollen en verantwoording

Deze druk op de jeugdzorg is niet van alle tijden. De paternalistische, internaatgeoriënteerde hulpverlening van de jaren vijftig en zestig had er weinig last van. Die zorgvisie maakte in de jaren zeventig plaats voor een sterke identificatie met de doelgroep en nadenken over lichte hulp in de eigen omgeving (Van der Lans, 2008; Janssen, 2010). De jaren tachtig brachten een verzakelijking en afstand nemen van de burger. Wie hulp wilde, diende daar om te vragen. Politieke sturing *vooraf* werd tot op zekere hoogte vervangen door politieke controle *achteraf*. Maakbaarheid werd ingeruild voor beheersbaarheid.

De toenemende vraag om verantwoording leidde tot meer transparantie, en daarmee ook tot meer professionele kwetsbaarheid in de jeugdzorg. Ongebreideld vertrouwen in professionals veranderde zo in veertig jaar in geformaliseerd wantrouwen. Er ontwikkelde zich een jeugdzorgpraktijk waarin een aantal professionals creatieve oplossingen bleef verzinnen ondanks alle regels en obstakels. Tegelijkertijd gingen veel instellingen precies doen wat ze moesten doen. De ontwikkeling van klachtprocedures en kwaliteitssystemen gaf duidelijkheid, maar resulteerde ook in erosie van professionele verantwoordelijkheden. Procedures boden de ooit autonome, nu onzeker geworden professionals ook iets om zich achter te verschuilen. De veelvuldige kritiek tastte ook de status van het veld sterk aan. Dit leidde tot schuilen bij elkaar en wat Van der Lans (2008) risicodempende collegialiteit noemt: afstemmingsoverleg over cliënten van ketenpartners zonder duidelijke regie, waardoor onduidelijk bleef wie nu waarop precies aanspreekbaar was. In veel instellingen ontstond voorzichtigheid, en terughoudendheid om echt betrokken te zijn bij cliënten en zo nodig echt in te grijpen. Hieruit verklaren Van der Lans (2008) en Janssen (2010) in belangrijke mate hoe zich gezinsdrama's konden voltrekken, ondanks dat zulke gezinnen vaak al wel in beeld waren.

De opkomst van evidence based treatments: wetenschappelijke kwaliteitsgarantie

Deze historische ontwikkelingen vallen in de jaren negentig samen met de opkomst van het evidence based praktijkdenken (EBP), en zijn er waarschijnlijk ook door versterkt. De EBP-filosofie kwam toen via de volwassenen-GGZ overwaaien uit de geneeskunde en behelst integreren van het beste onderzoek naar effectieve interventies² met professionele ervaringskennis en voorkeuren en waarden van cliënten. Effectiviteit moet blijken in *randomized clinical trials* (RCT's) waarin een nieuwe aanpak wordt vergeleken met routinematig of niet (be)handelen.

De populariteit van het EBP-denken als norm voor professionele hulpverlening is sterk gegroeid. Al is deze filosofie onder professionals en onderzoekers niet onomstreden³, en maken sommigen de fout EBP te verengen tot de opvatting dat alleen de inzet van evidence based interventies verdedigbaar is. Door deze populariteit is het belang dat de jeugdzorg hecht aan bewezen effectieve interventies en aan ontwikkeling van daarop geënte protocollen en richtlijnen sterk gegroeid, zowel onder zorgonderzoekers en -financiers als in de jeugdzorgsector.

Dit geldt ook voor de overheid, getuige de brief van staatssecretaris Ross-van Dorp van VWS in 2006 aan de Tweede Kamer. Ze verklaarde in te zetten op een jeugdzorg waar '[...] enkel evidence-based programma's en instrumenten zullen worden toegepast bij het ondersteunen van kinderen en jeugdigen.' Dit citaat (vergelijk MOgroep, 2006; Ministerie van Justitie, 2005) weerspiegelt de overtuiging dat consequent en op de voorgeschreven manier toepassen van effectieve interventies (evidence based treatments, EBT's) de koninklijke weg is naar effectieve jeugdzorg. Het grote risico van deze opvatting is dat de vraag wat effectieve professionals zijn, wordt teruggebracht tot de vraag wat effectieve interventies zijn.

De vlucht die evidence based denken heeft genomen, rechtvaardigt de vraag in hoeverre deze filosofie gebaseerd is op overtuigende onderzoeksresultaten. Bij beschouwing blijkt dat meta-analyses van RCT's overwegend kleine tot middelmatige⁴ effecten laten zien (Kazdin, 2000a, 2000b) en ook dat aan dit methodisch strikte RCT-onderzoek een aantal beperkingen kleefte. Ten eerste is de schatting dat van de meer dan 550 ontwikkelde interventies (Kazdin, 2000b) minder dan 5% grondig op effectiviteit getoetst is (Van Yperen & Veerman, 2008). Let wel: deze conclusie van gebrek aan bewijs betekent niet automatisch ook gebrek aan effectiviteit. Ten tweede hebben RCT's overwegend betrekking op interventies die gemaakt zijn voor onderzoeksdoeleinden en in deze vorm niet of nauwelijks in de praktijk van de jeugdzorg voorkomen (Weisz & Weiss, 1993). Dit beperkt de generaliseerbaarheid van bevindingen uit zulke RCT's (zie ook Hutschemaekers, in deze bundel). De effectgroottes van de relatief schaarse studies die in de reguliere praktijk zijn uitgevoerd liggen tussen 0,01 en 0,40 (voor klinische behandelingen): geen of hooguit een klein effect dus (Norcross, 2002; Weisz & Jensen, 2001). Bovendien zijn verschillen tussen interventies over het algemeen heel klein. Ten derde vraagt goed effectonderzoek om specificatie van beoogde doelgroep, interventie en uitkomst, om theoretische onderbouwing en om organisatorische inbedding (Van Yperen & Veerman, 2008). Veel in de jeugdzorg uitgevoerde interventies voldoen niet aan dit profiel.

² Een *interventie* is een aanpak gericht op jeugdigen, hun opvoeders en/of opvoedomgeving, met als doel een ontwikkelingsrisico of -probleem te verminderen of draaglijk te maken, bestemd voor een specifieke doelgroep van probleem- of risicodragers, geleid door een doordachte, doelgerichte methodiek, en afgebakend in tijd (www.jeugdinterventies.nl).

³ Hoe diepgaand de verschillen in opvattingen over EBP zijn, illustreert het aanbevelenswaardige boek *Evidence Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (Norcross, Beutler, & Levant, 2006).

⁴ Een effectgrootte (ES) vanaf .20 wordt als klein gelabeld; boven .50 als middelmatig, en boven .80 als groot (Cohen, 1988).

Tot slot is er het probleem dat heel wat cliënten hun contacten met de jeugdzorg vroegtijdig staken, al lopen de schattingen uiteen: 10 tot 80% (Van Yperen, 2003). Deze uitval kleurt de resultaten, net zoals de positieve resultaten *bias* in publicaties over RCT's (Norcross, 2002).

Implementatie als sleutel tot kwaliteitsverbetering

Maar ook wanneer deugdelijk onderzoek naar experimentele interventies is gedaan en effecten zijn aangetoond, garandeert dit op zichzelf nog geen succes van die interventies in de praktijk: kennis moet zijn weg daarheen vinden. Daarom bepleit Van Yperen (in deze bundel) terecht aandacht voor de implementatie van wetenschappelijke inzichten in de praktijk. Als de ervaringen in de GGZ en de geneeskunde rond stoornisspecifieke zorg voorspellend zijn voor de jeugdzorg, dan is de effectiviteitswinst die van duurzame implementatie verwacht mag worden echter beperkt tot maximaal 10% (Hutschemaekers, in deze bundel). Optimale aandacht voor implementatie biedt dus ook maar beperkt soelaas (vergelijk Laman, 2006; Norcross et al., 2006).

Een complicatie van een andere orde is dat de jeugdzorgwerkers vaak niet geconfronteerd worden met een enkelvoudige stoornis, maar met een combinatie van problemen bij kind en ouders, op verschillende terreinen. Meervoudige problemen vereisen een dito aanpak. Dit beperkt de praktijk *fit* van evidence based interventies aanzienlijk. Hutschemaekers (in deze bundel) wijst bovendien op het gevaar van indirecte negatieve uitkomsten van richtlijn gestuurde zorg voor cliënten die niet precies in een doelgroeprofiel passen.

Maatschappelijke druk op de jeugdzorg: publieke opinie, media en politiek

Daarnaast is er zorg over de druk van de maatschappelijke kritiek op de jeugdzorg, die vaak wordt aangewakkerd door dramatisch verlopen casuïstiek. In alle media buitelen partijen over elkaar heen bij het uitstorten van kritiek over de jeugdzorg, en cliënten nemen die kritiek over. Aanleidingen zijn er genoeg: aanhoudende wachtlijsten, een ingezonden brief van de nationale Ombudsman, verontrustende inspectierapporten, een strafzaak tegen een beroepskracht (de gezinsvoogd van Savanna) of tragische incidenten waarbij kinderen het leven laten. Bovendien, zo luidt de kritiek, worden jeugdigen met zware, complexe problematiek onvoldoende bereikt, komen lichte problemen te snel op het bord van specialistische instellingen en is samenwerking tussen instellingen te vrijblijvend. Zo wordt voortdurend het beeld bevestigd van een jeugdzorg die kwalitatief tekort schiet. Daardoor liggen jeugdzorgwerkers, organisaties en verantwoordelijke bewindslieden voortdurend onder vuur (Rouvoet, 2009). Dit is een slechte zaak. Het kleurt het beeld dat burgers en cliënten van de jeugdzorg hebben, en daarmee hun verwachtingen van wat hulp kan opleveren. Ook heeft het een schadelijke invloed op het gevoel van eigenwaarde van beroepskrachten, en op hun werkplezier.

Tijd voor een pas op de plaats

De zojuist geschetste ontwikkelingen en zorgen maken het wenselijk een pas op de plaats te maken en ons de vraag te stellen welke factoren allemaal het imago van de jeugdzorg kunnen verbeteren, en vooral de effectiviteit van professionals, en daarmee de opbrengst van jeugdzorg voor cliënten. Er is een rijkdom aan onderzoek beschikbaar die duidt op heel uiteenlopende werkzame factoren: samen vormen die factoren een kleurrijke familie. Dit onderzoek heeft wel als beperking dat het vooral betrekking heeft op psychotherapie. Vergelijkbaar onderzoek in de jeugdzorg is zeldzaam, maar het ligt voor de hand dat het karakter van de samenwerking van cliënten met psychotherapeuten, en van jeugdzorgprofessionals met jeugdigen of gezinnen veel parallellen heeft. Voor de jeugdzorg bevat dit onderzoek dus veel behartenswaardige lessen, en minstens zoveel inspiratie voor eigen onderzoek. Want dat is nodig.

Een manier om al die factoren, en het onderzoek daarnaar, samenhangend in beeld te brengen is het *Integratief Werkzame Factorenmodel* dat in de volgende paragraaf wordt voorgesteld. In de bespreking van onderzoek dat betrekking heeft op de verschillende elementen in dit model zal duidelijk worden dat versterking van de jeugdzorg vraagt om aandacht voor elke

factor in dit model (een aantal daarvan komt uitvoerig aan de orde in de andere bijdragen aan deze bundel, en wordt hier daarom slechts kort aangestipt). Het hart van dit model is de concrete samenwerking tussen jeugdigen, gezinnen en hulpverleners. Uiteindelijk gaat het in de zorg voor jeugd om wat daar gebeurt.

Een inspirerend voorbeeld daarvan is deze casus.

Onlangs sprak ik een oude bekende, Edith, en haar tienerdochter Alice. Hun leven gaat bepaald niet over rozen. De cognitieve, emotionele en sociale ontwikkelingsproblemen van Alice maken van haar groei naar volwassenheid een spannende, ongewisse onderneming. Samen met haar ouders heeft ze daarom inmiddels een indrukwekkende staat van dienst als het gaat om contacten met hulpverleners en instellingen voor jeugdzorg, gezondheidszorg en speciaal onderwijs.

Alice vertelde trots hoe ze samen met haar moeder zojuist haar contact had afgerond met haar therapeute Lorina, die de afgelopen jaren een vitale rol had gespeeld in haar leven. Het afscheid viel Alice zwaar, zei ze, maar ze toonde zich ook opvallend zeker van haar zaak. Ze hadden samen hun doelen bereikt, zei ze beslist, en ze was er aan toe om nu zonder Lorina verder te gaan. Moeder Edith stemde daar van harte mee in. Ze was wel gespannen voor de Lorina-loze periode die nu aanbrak, maar het werken met Lorina was als goud geweest voor Alice.

Edith legde uit hoe Lorina even volhardend als creatief was geweest in het zoeken naar non-verbale en verbale werkvormen waarin Alice iets van zichzelf kwijt kon. Maar bovenal was ze, legde Alice uit, echt in haar geïnteresseerd: 'Hoe gaat het nou écht met je Alice?', vroeg ze altijd. 'En dat deed ze zo dat ik ook echt wilde vertellen wat er allemaal in mijn hoofd zat, zelfs als dat stemmen waren die me akelige dingen wilden laten doen. Ik vertrouwde haar helemaal, en we konden ook samen lachen.'

Lorina had nog meer kwaliteiten. Zo had ze een tijd geleden creatief meegedacht over een manier om het therapeutische contact voort te kunnen zetten, ondanks het feit dat haar werkgever het contact op formeel/administratieve gronden wilde beëindigen. Lorina had Alice toen niet laten vallen, al leverde haar dat een conflict met haar werkgever op. Wat ook frappeerde, was dat Edith aangaf hoe Lorina Alice haar ouders en broers en zusje consequent had betrokken in het behandelproces. Edith was getroffen door wat Lorina bij het afsluitende contact ontroerd had gezegd: 'Ik heb met Alice in de behandeling zo ver durven gaan, en we hebben samen zo ver kunnen komen, omdat ik zo geweldig met jullie heb kunnen samenwerken. Wat een team!'

2. Het Integratief Werkzame Factorenmodel

Van casuïstiek en maatschappelijke en professionele ontwikkelingen schakelen we nu over naar modelontwikkeling. Anderson, Lunnen en Ogles (2010) stelden onlangs vast dat het in de literatuur nog ontbreekt aan een breed gedragen integratief werkzame factorenmodel, dat kan fungeren als richtsnoer voor praktijk en onderzoek. De ontwikkeling van zo'n conceptueel model heeft de afgelopen jaren geen nadruk gehad (Wampold, 2010). Dit hindert de verdere empirische onderbouwing van de kracht van werkzame factoren.

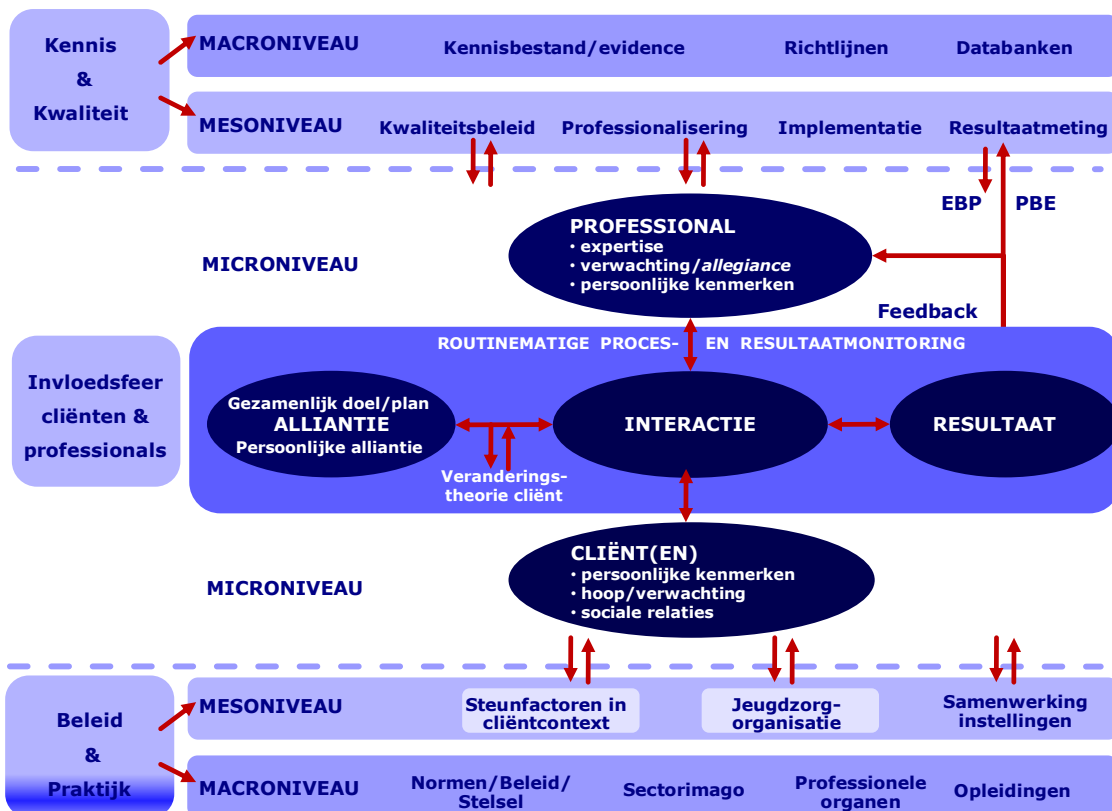
Daarom heeft het lectoraat inspiratie voor de ontwikkeling van zo'n model gezocht, en gevonden in het werk van Ross et al. (2007). Hun *Revised Theory of the Therapeutic Alliance*-model (RTTA-model; zie ook Hermanns & Menger, 2009) is ontwikkeld als specifieke toepassing van Bordins (1979) *Working Alliance model* op het reclasseringswerk.

Hierna wordt een herziene en uitgebreide versie van dit conceptuele RTTA-model voorgesteld: het *Integratief Werkzame Factoren model* (figuur 1). Dit IWF-model gaat uit van wisselwerking tussen factoren op drie niveaus, die (in)direct invloed hebben op de resultaten van jeugdzorg.

- *Microniveau*: de directe invloedssfeer van samenwerkende cliënten en beroepskrachten.
- *Mesoniveau*: het samenstel van sociale en professionele instituties die in het dagelijks leven van jeugdzorgcliënten een rol spelen, door Hermans (2009) *community* genoemd.
- *Macroniveau*: het domein van beleidskaders en ontwikkelingen daarin, mede beïnvloed door maatschappelijke normen en veranderingen. Hierbij onderscheiden we enerzijds de complexe context van *beleid en praktijk* (zorgvisie/-beleid, moraal, zorgstelsel, beroeps- en brancheorganisaties en opleidingspraktijk) en anderzijds de context van ontwikkeling en verspreiding van wetenschappelijke *kennis*, en bewaking en verantwoording van *kwaliteit* van zorg en werkers. Beide contexten beïnvloeden elkaar.

Het microniveau is het hart van het model: de essentie van hulpverlening is de samenwerking van beroepskrachten en cliënten (jeugdigen en/of hun opvoeders). In hun contact met cliënten brengen professionals hun persoonlijke kenmerken en contactuele vaardigheden in, en bovendien hun expertise: hun vakkennis en ervaring, en vooral hun vaardigheid in het mobiliseren van werkzame factoren. Van belang is ook de vraag hoe professionals staan tegenover in te zetten methodieken. Hebben ze positieve verwachtingen over werkzaamheid van een bepaalde aanpak, dan spreken we van *allegiance*. Expertise heeft tot slot behalve een relationele en een vakinhoudelijke kant ook een normatieve dimensie. Dit geldt voor elk hulpverleningscontact, maar vooral daar waar sprake is van onverantwoorde opvoedsituaties, die vragen om grenzen stellen en mogelijk om eenzijdig ingrijpen. Ook voor cliënten (jeugdigen en/of hun opvoeders) geldt dat hun persoonlijke kenmerken invloed hebben op de interactie. Dit geldt ook hun sociale contacten en vaardigheden, en hun verwachtingen over het samenwerkingsproces met de professional en het resultaat daarvan. Al deze kenmerken van cliënten en professionals beïnvloeden hun interactie via cognitieve en emotionele processen. Omwille van de overzichtelijkheid zijn die niet aangeduid in figuur 1.

Figuur 1: Integratief Werkzame Factorenmodel voor de jeugdzorg



Cliënten en professionals hebben dus beiden invloed op het hulpverleningsproces, en op de uitkomst daarvan. Belangrijk daarbij is de vraag of hun interactie gebaseerd is op *alliantie*: een professionele werkrelatie waarin sprake is van een emotionele band (persoonlijke alliantie), en van overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak (taakalliantie). Een voorwaarde voor het ontwikkelen van die alliantie is dat cliënten in dialoog met de beroepskracht(en) hun eigen veranderingstheorie ontwikkelen: een kloppend verhaal over hun problematiek en de achtergrond daarvan, en een plan om daar iets aan te doen, waar ieder in kan geloven (zie ook Van Montfoort, in deze bundel). Deze factor wordt daarom apart benoemd. Net als de hulpvraag kan deze veranderingstheorie zich gaandeweg ontwikkelen als resultante van ontwikkelingen in het gedrag of cognities van cliënten, of in hun leefomgeving. Een laatste factor die op microniveau van wezenlijk belang is, is monitoring van de voortgang en uitkomst van het hulpverleningsproces. Daardoor komt kwalitatieve en kwantitatieve informatie beschikbaar over verloop en opbrengst van de therapeutische interactie. Gebeurt dit voortdurend, dan spreken we van of routinematige resultaatmeting (*routine outcome monitoring*). Heeft deze registratie ook betrekking op de ontwikkeling van alliantie, verwachtingen of andere aspecten van het interactieproces, dan spreken we van routinematige proces- en resultaatmeting (*routine process and outcome monitoring*, RPOM). Die informatie kan benut worden voor professionele reflectie, professionaliseringsdoeleinden, verantwoording en praktijkonderzoek, en vooral ook voor het geven van feedback (aan professional en cliënt). Het belangrijkste nut van RPOM-informatie ligt in het therapeutisch proces. Daar kunnen feedbackgegevens een rol spelen in een elementair cyclisch proces van analyseren, plannen, handelen en evalueren, dat ook herkenbaar is in de Klinische Cyclus van De Bruyn et al. (2003) en de Regulatieve Cyclus van Van Strien (1986).

De factoren op microniveau hangen niet alleen onderling samen, ze zijn ook verweven met de factoren op meso- en macroniveau op twee onderscheiden domeinen. Het domein Beleid en Praktijk bevat sociaal-maatschappelijke en professionele factoren. Centraal daarin staan de sociale context van cliënten - vooral de steunfactoren die cliënten daarin kunnen vinden - en daarnaast de instellingen/ketenpartners.

In het domein Kennis en Kwaliteit vinden we factoren die betrekking hebben op ontwikkeling, benutting en van wetenschappelijke en professionele kennis en evaluatie, en ontwikkeling van zorgkwaliteit.

In het IWF-model zijn deze domeinen Beleid en Praktijk en Kennis en Kwaliteit conceptueel onderscheiden, maar in de praktijk beïnvloeden ze elkaar en de factoren op microniveau. En daarmee de resultaten voor elke cliënt. Onderzoek moet ons meer inzicht geven in de dynamiek en sterkte van deze relaties. Niet al deze factoren en hun samenhang zijn even goed empirisch onderbouwd. Het meeste onderzoek is gericht op relaties tussen factoren op microniveau en heeft vooral betrekking op psychotherapeutische en *community-based* interventies (Hermanns, 2009).

3. Factoren in het IWF-model

In deze paragraaf bespreek ik de macro- en mesoniveaufactoren in het Beleid- en Praktijkdomein, en aansluitend de macro- en mesoniveaufactoren in het Kennis en Kwaliteitsdomein. Tot slot passeren factoren op microniveau de revue.

3.1. Macro- en mesoniveaufactoren in het domein Beleid en Praktijk

Jeugdzorg wordt geboden in een maatschappelijk-normatief en professioneel kader dat voortdurend aan verandering onderhevig is (Dodgson, 2009; Tonkens, 2009; Van der Lans, 2008). Direct en indirect heeft dat kader invloed op elk contact van jeugdzorginstellingen en cliënten.

3.1.1. Macroniveau

Beleid, beroeps- en brancheorganisaties en beroepsopleidingen

Factoren die de werkzaamheid van jeugdzorg op dit niveau beïnvloeden, zijn in de eerste plaats de visie van de Rijksoverheid op het doel van opvoeding, en op de rol die zij wil spelen bij het ondersteunen van jeugdigen en opvoeders die opvoedproblemen ervaren. Vanuit deze visie wordt een landelijk jeugd- en jeugdzorgbeleid ontwikkeld, met eigen wet- en regelgeving en toezicht op de naleving daarvan. Zie onder meer De Winter (2004) en Hermanns (2006, 2009, in deze bundel) voor kritische beschouwingen hierover. Landelijke beleid schept dus een kader, en daarmee mogelijkheden en grenzen, en is zo nadrukkelijk van invloed op de uitkomsten van jeugdzorg. Dit beleid is per definitie normatief: het wordt mede bepaald door maatschappelijke normen en ontwikkelingen hierin (zie Van Montfoort, in deze bundel).

Naast de rijksoverheid zijn belangrijke spelers op dit niveau de provincies, gemeenten, brancheorganisaties, beroepsverenigingen, de Inspectie en beroepsopleidingen. Landelijke beleidsontwikkeling richt zich immers niet alleen op inrichting, organisatie en facilitering van de zorgpraktijk, maar ook op het inrichten van onderwijs (MBO, HBO en universitair) aan studenten die zich voorbereiden op een beroepstoekomst in de zorg voor jeugd. Samenspel en afstemming tussen al deze partijen heeft een grote invloed op inrichting en resultaten van jeugdzorg. Illustraties van dit samenspel zijn de ontwikkeling en invoering van de *Verwijsindex Risicjongeren*, en het *Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg* met daaraan gekoppeld de ontwikkeling van uitstroom- en competentieprofielen *Jeugdzorgwerker* en *Gedragswetenschapper* in de jeugdzorg voor het HBO- en universitair onderwijs (HBO-raad, 2007, 2009; Van de Haterd et al., 2009). Deze profielen optimaliseren de inzet van de onderwijssector bij de professionalisering van de jeugdzorg en verbeteren de aansluiting van het onderwijs op de actuele ontwikkelingen in de sector. Het lectoraat van Van Montfoort (2008) aan de Hogeschool Leiden richt zich op de relatie tussen beleid en uitvoeringspraktijk in de jeugdzorg, en de implicaties die dit heeft voor de beroepsvorming. Ook in zijn bijdrage aan dit boek komt deze samenhang aan de orde.

Sectorimago en communicatiebeleid

Naast visie, beleid en beroepsopleiding is het imago van de jeugdzorgsector een belangrijke, maar nog veronachtzaamde factor. Meer dan door prestaties wordt het imago van de sector beïnvloed door de overwegend negatieve media-aandacht voor alles wat verband houdt met jeugdzorg. De teneur van reacties van professionals en instellingswoordvoerders op zulke publicaties is vaak afwerend en weinig zelfkritisch en versterkt zo het beeld van een sector die haar zaakjes niet op orde heeft en de rijen sluit bij kritiek, in plaats van eerst te luisteren en zich open te stellen voor kritiek.

Het werken aan een positief imago voedt het vertrouwen van huidige en nieuwe cliënten in de kwaliteit van jeugdzorg. En dat is belangrijk. Voorbeeld van een publicitair initiatief dat daaraan bijdraagt, is de landelijke Week van de Jeugdzorg. Daarnaast werken diverse instellingen aan een eigen communicatiebeleid. Zij wachten niet tot cliënten zich zelf melden bij hun voordeur of website, maar zoeken jeugdigen en opvoeders actief op en profileren zich in bladen of op regionale zenders. Gebruik van internet staat hierbij nog in de kinderschoenen. Niet als het gaat om hulpaanbod via internet (E-hulp), wel als het gaat om het benutten van platforms voor communicatie van jeugdigen en opvoeders (denk aan Hyves).

Twee recente voorbeelden van organisaties die met succes de aandacht zochten bij het brede publiek zijn de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers en het CBO. De NVMW (2009) deed dit met het witboek *Gewoon professioneel*. Jeugdzorgprofessionals en -cliënten beschrijven hoe gezinsvoogden, pedagogisch hulpverleners, maatschappelijk werkers met overtuiging en professionaliteit werken met hun cliënten. Het CBO, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, bracht recent een boekje uit voor een gecombineerd professioneel en

lekenpubliek. *Dit nooit meer* (2010) bevat verhalen van artsen over persoonlijk medisch falen, en hoe daarvan te leren. De publicatie maakt professionele fouten bespreekbaar. Want die worden gemaakt; soms met dodelijke afloop. Ook de jeugdzorg kan fouten niet altijd voorkomen. De reacties op *Dit nooit meer* zijn overwegend positief, ook bij het publiek. Deze observaties pleiten voor onderzoek naar het verband tussen verwachtingen van cliënten en beeldvorming in de media, en hoe deze te benutten als werkzame factor.

3.1.2. Mesoniveau

Steunfactoren in de eigen leefomgeving

In de leefomgeving van cliënten (familie en vrienden, buurt, school en andere sociaal-maatschappelijke instituties) zijn vaak belangrijke buiten-therapeutische steunbronnen te vinden (Lambert, 1992). Deze kunnen van grote waarde zijn voor het oplossen of verminderen van psychosociale problemen. De mate waarin instellingen en professionals hierop gericht zijn, verschilt sterk. Overigens zijn de termen buiten- en extra-therapeutisch weliswaar ingeburgerd, maar ongelukkig. Ze weerspiegelen de klassieke opvatting van intramurale hulp. De kwaliteit van het sociale netwerk van jeugdigen en opvoeders is een sterke voorspeller van de effectiviteit van hulpverlening (Faas, 2009; Hermanns, 2009). Elders in deze bundel onderbouwt Hermanns het standpunt dat versterking en mobilisering van het netwerk rond gezin, school en/of buurt een belangrijke werkzame factor is. Hoe sterker mensen in hun omgeving ingebed zijn en actief deelnemen, en hoe meer zij de opvoeding weer zelf effectief ter hand kunnen nemen, des te groter de kans op blijvende positieve effecten van jeugdzorginzet.

Dit geldt ook voor de gevoeligheid van professionals voor het benutten van serendipiteit: gebeurtenissen of ontwikkelingen rond wonen, werk, school, vrije tijd en hobby's die zich onverwacht aandienen. Veel hulpverleners hebben ervaring met zulke onvoorziene incidenten, die in positieve zin cruciaal zijn gebleken voor cliënten, de zogenoemde *critical life events*. Denk aan een persoon, hobby of sport waarmee jeugdigen toevallig in aanraking komen, en waarmee ze een sterke band ontwikkelen, of aan een verhuizing. Zelfs zaken die fout lopen in de hulpverlening kunnen in tweede instantie onvermoede voordelen hebben. Alert inspelen door professionals kan een sterke katalysator zijn voor positieve ontwikkeling.

Setting

In de context van de discussie over werkzame factoren is ook de vraag naar de wisselwerking tussen de *core business* van een zorgorganisatie en zijn fysieke verschijningsvorm relevant. Opvallend genoeg is daarover echter niets te vinden op de site van het Nederlands Jeugdinstituut. Het belang van goede werkomstandigheden wordt wel onderkend, maar dan wordt gedoeld op zaken als caseload en supervisie. Er is geen enkele aandacht voor de samenhang tussen gebouwde omgeving en werkzaamheid. In het onderwijs en de kinderopvang wordt dit thema wel aan de orde gesteld. De Rijksbouwmeester (2009) liet zich vorig jaar kritisch uit over het binnenmilieu van basisscholen, dat schoolprestaties en arbeidsomstandigheden onder druk zet. De literatuur overziend concludeert zij dat goede pedagogische ondersteuning alleen in een gezond gebouw geboden kan worden. Die aanbeveling is zeker relevant voor de jeugdzorg.

Iedereen weet hoe belangrijk de eerste indruk is van mensen en omgevingen. Dit is uitvoerig onderbouwd in sociaal-psychologisch en beslistkundig onderzoek. Of het nu gaat om leken of professionals, de gevoeligheid is er (Kahneman et al., 1982). Sterk beïnvloed door die eerste indruk, zijn we vervolgens geneigd tot selectieve waarneming en gevoelig voor onbewuste cognitieve processen (Montgomery, 1993; Garb, 1998) die het moeten herzien van die eerste indruk zoveel mogelijk willen voorkomen. Dit fenomeen speelt uiteraard ook in de jeugdzorg. Het maakt de vraag relevant hoe instellingen zich aan cliënten presenteren, zowel in contactueel als in bouwkundig opzicht. Op dat punt zijn er grote verschillen tussen instellingen.

Welkom

Het gebouw van de jeugdzorgorganisatie ligt weggestopt op een industrieterrein. Het is maar moeilijk te vinden, vooral omdat het gebouw geen duidelijk naambord heeft. Alleen wie goed speurt, ontdekt op de voordeur van het gebouw een slordig getekend briefje. Daarop staat in klein lettertjes de naam van de instelling, met een verwijzing naar een ingang elders. Daar moet de bezoeker heen. Die ingang is vervolgens bijna onvindbaar omdat de tekening niet klopt. Eerst schrikt de bezoeker zich nog een keer halfdood van de waakhond van de burens, maar als hij de entree dan eindelijk vindt, kan hij niet naar binnen. De deur is namelijk op slot. Op bellen wordt niet gereageerd. Naast de deurbel is een pasjeslezer gemonteerd, maar een bezoeker heeft natuurlijk geen pasje. Wachten dan maar tot er iemand komt die er wel eentje heeft. Klap op de vuurpijl is de reactie als de bezoeker binnen is en zich meldt: 'O ja, dat klopt. De slotontgrendeling doet het niet, net als bel trouwens. Ja, dat is al een tijdje zo, maar meestal gaat het wel goed en komen mensen toch wel binnen. Heeft u eigenlijk een afspraak of zo?'

Als ik bij werkbezoeken kans zie, praat ik graag met wachtende cliënten. Ik vraag dan wat ze vinden van de plek waar ze ontvangen worden en hoe dat gebeurt. Beïnvloedt dat hun beeld van de organisatie? Op sommige locaties hoor ik dan steevast dat cliënten zich welkom voelen: zij vinden de omgeving aangenaam. Vaak gaat dat samen met een hartelijke en discrete ontvangst. Die goede eerste indruk is veel waard. Dit beïnvloedt hun verwachtingen in positieve zin. En juist in de meest problematische perioden zijn mensen daar het ontvankelijkst voor (De Botton, 2006).

Er zijn echter ook nogal wat instellingen die een rommelige, of zelfs afwerende indruk maken. Cliënten zitten flink in de kijck, of onaangenaam dicht op elkaar: de ontvangstplek is heel krap of ontbreekt zelfs. Bezoekers zeggen dat ze zich niet serieus genomen voelen, of zelfs geïntimideerd. Zo'n ontvangst voedt de hoop op verandering van cliënten allerm minst. Nu is dat laatste alleen het geval, als cliënten naar de instelling toekomen. En jeugdzorg biedt toch steeds meer thuis aan? Denk aan programma's voor opvoedondersteuning. Dus wat is er aan de hand? Dat klopt, maar ook thuis kan aandacht voor de fysieke woonomgeving of de buurt een positieve rol spelen. Een voorbeeld van een aanpak die focust op de fysieke eigen leefomgeving is het project *Restylen van huishoudens*.

Restylen van Huishoudens

Het adagium van dit project zou kunnen luiden: verbeter jezelf, begin bij je (leef)wereld. Uitgangspunt is dat het met ouders en kinderen beter gaat als ze prettiger wonen. Per gezin is daarom 1800 euro beschikbaar om het eigen interieur op te knappen of te verbeteren. Dit betekent dat er geklust moet worden; grotendeels door vrijwilligers van een arbeidsreïntegratie-stichting. Tegelijkertijd richt het project zich op het vinden van andere vormen van steun, bijvoorbeeld door aanvullende pedagogische hulp of begeleiding bij het vinden van werk. Kandidaten voor het project worden niet benaderd door een hulpverlener, maar door het (zeer gedreven) hoofd van de basisschool die het kind/de kinderen uit het gezin bezoekt, en die ook in dienst is van een woningcorporatie. Met deze aanpak wordt geprobeerd drempels weg te nemen en stigmatisering te voorkomen. De eerste projectresultaten zijn veelbelovend (Tangel et al., 2009). Momenteel loopt een follow-up onderzoek naar de vraag in hoeverre het project deelnemers sociaal activeert, en de aantrekkelijkheid van de buurt vergroot.

Opvoeders hebben soms zoveel problemen dat ze eerder behoefte hebben aan praktische hulp dan aan psychische steun (Tonkens, 2009). Het Restylen-project (Tangel et al., 2009) bereikt via een praktische insteek opvoeders die moeilijk de weg naar hulpverlening vinden. Het project enthousiasmeert en verbindt bovendien alle betrokkenen, zo laten de voorlopige resultaten zien. Vanaf het eerste moment geeft het gezinnen hoop op positieve verandering en omdat vrijwilligers direct aan de slag gaan, wordt die verandering vervolgens ook meteen zichtbaar. Dit succes is een mogelijke ingang naar geïndiceerde hulpverlening.

Kwaliteit van samenwerking bij complexe problematiek

Op dit niveau zit de samenwerking tussen de ketenpartners die op enig moment bemoeienis met cliënten hebben. Daarbij horen alle organisaties die in de inleiding onder de noemer jeugdzorg werden geschaard, maar ook scholen, politie, wijk- en buurtwerk, MEE, algemeen maatschappelijk werk, centra voor werk en inkomen, woningcorporaties, en anderen. Dat effectieve samenwerking vaak nog onvoldoende tot stand komt, hangt zeker samen met de versnippering van de jeugdzorg. Vandaar ook de door Minister Rouvoet voor voorjaar 2010 aangekondigde plannen voor stelselverbetering.

Een recente beleidsontwikkeling in dit kader is het besluit tot landelijke invoering van de *Verwijsindex Risicjongeren*. Doel hiervan is de communicatie tussen ketenpartners over risicjongeren te verbeteren.

Voor een uitwerking van de vraag hoe samenwerking tussen instanties een werkzame factor kan zijn, verwijs ik naar Hermanns in deze bundel over *Wraparound Care* als een zorgverleningmodel, dat structurele voorwaarden schept voor effectieve samenwerking.

3.2. Macro- en mesoniveaufactoren in het domein Kennis en Kwaliteit

3.2.1. Macroniveau

Kennisontwikkeling en -ontsluiting

Op dit niveau staat de internationale wetenschappelijke *body of knowledge*: de kennisbasis die richting geeft aan denken en handelen van beroepskrachten. Voor jeugdzorg relevante theoretische en empirische inzichten ontwikkelen zich voortdurend. Dit geldt zowel voor kennis over interventies of technieken (EBT's) als voor kennis over alle andere werkzame factoren die worden gedocumenteerd in wetenschappelijke en vakpublicaties.

Deskundigenpanels verzamelen en wegen onderzoek naar interventies en vertalen hun conclusies in evidence based richtlijnen voor de zorgpraktijk. Elders in deze bundel bespreekt Van Yperen deze verzamelde evidence; Hutschemaekers gaat in op richtlijnontwikkeling in de GGZ.

In toenemende mate wordt deze kennis samengebracht in digitale kennispakhuizen die voor ieder toegankelijk zijn. Daaronder de *Databank Effectieve Jeugdinterventies* van het NJi. Inmiddels zijn daarin zo'n 100 interventies opgenomen en geclassificeerd als potentieel werkzaam, veelbelovend, doeltreffend, of aangetoond werkzaam op basis van RCT's of quasi-experimenteel onderzoek. Op dit moment geldt voor een vijfde van de opgenomen interventies dat evaluatief onderzoek (zeer) sterke aanwijzingen voor werkzaamheid heeft opgeleverd (www.nji.nl).

Implementatie van evidence

Wat ook de uitkomst is van discussie over de vraag welke factor nu het meest bijdraagt aan de werkzaamheid van jeugdzorg, het benutten van wetenschappelijke kennis is een hoeksteen van professionele jeugdzorg. Opslaan en ontsluiten van kennis garandeert echter niet dat professionals deze kennis ook benutten. Dit maakt twee vragen relevant.

- Hoe kunnen organisaties en professionals gestimuleerd en ondersteund worden bij het voeren van hun praktijk met nieuwe inzichten en methodieken (de EBP-pijl in Figuur 1)?

Dit is temeer een uitdaging, omdat veel professionals er niet van overtuigd zijn dat digitale media in dit kader een rol kunnen spelen: slechts 10% van de professionals omarmt de mogelijkheden op dit vlak met enig enthousiasme (Meredith et al., 2000).

- Hoe kunnen professionals zelf een actieve, gelijkwaardige bijdrage leveren aan kennisontwikkeling in de eigen praktijk (de PBE-pijl in Figuur 1)?

Hutschemaekers bespreekt deze vragen elders in deze bundel.

Op macroniveau is de vraag welke landelijke initiatieven in dit kader nodig zijn van overheid, beroepsorganisaties, opleidingen en kenniscentra, en hoe de relatie te leggen met opleidings- en beroepsregistratie-eisen, op termijn al dan niet verplichte na- en bijscholing, en een landelijk kwaliteitsbeleid en toetsingskader voor de jeugdzorg (vergelijk Grol & Wensing, 2001).

Van Yperen (in deze bundel) bepleit het toepassen van zulke implementatie-inzichten in de jeugdzorg. Hij werkt uit wat erbij komt kijken om hiervan een werkzame factor te maken. Hutschemaekers (in deze bundel) plaatst daar op zijn beurt kritische kanttekeningen bij.

3.2.2. Mesoniveau

Professionalisering en kwaliteitsbeleid van jeugdzorginstellingen

Instellingen en cliënten mogen van hun beroepskrachten verwachten dat zij hun vakkennis up-to-date houden, net zoals werknemers op hun beurt mogen verwachten dat werkgevers dit proces stimuleren en faciliteren (zie bijvoorbeeld Kwakman, 2003). Instellingen die hun kwaliteitsbeleid en deskundigheidsbevordering goed op orde hebben, kunnen zich ontwikkelen tot lerende organisaties. Sluit dit beleid aan op de beroepshouding van professionals, dan scheppen zij een belangrijke werkzame factor.

Monitoring en feedback van hulpverlening

Jeugdzorgorganisaties zijn verplicht om kwaliteit en opbrengst van hun inspanningen voor cliënten te verantwoorden. Ze doen dit in het kader van hun interne kwaliteitsbeleid en de eisen die de Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ-certificering) stelt, en ook in het kader van de standaard resultaatverantwoording op de volgende prestatie-indicatoren: cliënttevredenheid, vermindering van probleemgedrag en doelrealisatie (Bonke et al., 2006). Lang niet altijd is deze uitkomstevaluatie structureel verbonden met het dagelijkse, uitvoerende werk. Deze boekhoudpraktijk maakt het voor de organisatie weliswaar mogelijk om zich te verantwoorden tegenover zorgfinanciers, maar professionals ervaren geen nut in hun dagelijks werk met cliënten. Veel beroepskrachten ervaren het daarom als een last, als een bureaucratische maatregel. In dit geval is het zeer twijfelachtig of hier sprake is van een werkzame factor.

Een veelbelovende ontwikkeling op dit vlak is het denken over *Routine Outcome Monitoring* of liever nog: *Outcome Management* (ROM; Van Yperen & Veerman, 2008). Mits gepaard aan daarop gebaseerde feedback op het niveau van informatie over individuele cliënten of cliëntsystemen, stelt ROM professionals in staat om onderweg te leren van elke cliënt, en van elkaar. In dat geval wordt gesproken van professioneel outcome management, dit is klinische benutting van uitkomstgegevens. Zo ontstaat een schakel tussen het meso- en microniveau. Lambert (2010) haalt verschillende onderzoeken aan die aantonen dat zonder betrouwbare feedback professionals de uitkomsten van hulpverleningstrajecten niet goed kunnen voorspellen. Bovendien blijkt voortgangsfeedback de resultaten wezenlijk te versterken, vooral bij cliënten die het risico lopen te verslechteren. Wordt ook feedback gegeven over de alliantie van cliënt en behandelaar (zie toelichting hierna) en over steunbronnen in de omgeving van cliënten, dan verdubbelt het aantal cliënten met een klinisch relevant, positief resultaat. De aard en omvang van de verstrekte beslissingsondersteunende informatie hangt dus samen met

het behaalde resultaat. Bovendien daalt bij feedback de lengte van behandeltrajecten significant en kan feedback helpen om behandeling te plannen en doseren.

Sinds 1996 zijn diverse uitkomstmanagementsystemen op de markt gekomen. Bijvoorbeeld in Engeland *CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (Barkham et al., 2006), en in eigen land *Bergop* (Praktikon, 2009). Met deze digitale systemen kunnen de resultaten van een groot aantal onderzoeksinstrumenten (vooral vragenlijsten) worden verwerkt. Sommige van deze systemen gebruiken statistische modelleringstechnieken om op de cliënt toegesneden voorspellingen te doen (zie Lambert, 2010).

Op casusoverstijgend niveau geeft ROM de mogelijkheden om lerende organisaties te ontwikkelen, en praktijkonderzoek te doen dat kan leiden tot practice based evidence. Rashkis wees al in 1960 op deze waarde van praktijkonderzoek.

Dit onderzoeksperspectief geldt zowel voor informatie over behandelingsplanning en -evaluatie als voor diagnostische oordeelsvorming (zie Pijnenburg, 1996). Dit laatste is ook van belang als resultaatonderzoek. Besliskundig onderzoek naar klinische oordeelsvorming van zorgprofessionals heeft immers aangetoond hoe gevoelig zij zijn voor vertekening: alle opleiding ten spijt overschatten zij vooruitgang van cliënten systematisch, en onderschatten ze verslechtering (Pijnenburg, 1996; Garb, 1998; Lambert, 2010).

Tot slot, met ROM kunnen instellingen hun inspanningen en resultaten bij elke cliënt verantwoorden tegenover cliënten en financiers. Ze kunnen zich profileren, én hun inhoudelijke benchmarking-ambities vormgeven.

De scientist-practitioner als verbindingsofficier

Tal van auteurs benoemen een gelijkwaardig tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap als een belangrijke werkzame factor op instellingsniveau (zie bijvoorbeeld Barkham & Mellor-Clark, 2003; Van Yperen & Veerman, 2008). In zijn bijdrage aan deze bundel houdt Hutschemaekers hiervoor een pleidooi, dat gevoed wordt door het besef dat een kritische open houding geboden is tegenover wetenschappelijke en praktijkkennis, én klinische intuïtie. Er is geen primaat van wetenschappelijke of praktijkkennis. Er is zowel *import* in de praktijk van evidence (al dan niet in de vorm van richtlijnen) en gebaseerd op RCT's (de EBP-pijl in Figuur 1), als *export* van geëxpliciteerde, gesystematiseerde en getoetste professionele intuïtie en ervaringskennis. De practice based evidence van dit proces kan over instellingen heen worden gebundeld en leent zich voor verdere export naar het wetenschappelijk domein (de PBE-pijl in Figuur 1).

3.3. Factoren op microniveau: de interactie tussen cliënten en professionals

Recente overzichtspublicaties van Van Yperen et al. (2010; download www.nji.nl), Duncan et al. (2010)⁵, en Hermanns en Menger (2009) gaan in op het onderzoek naar factoren die van invloed zijn op proces en de uitkomst van de samenwerking tussen cliënten en zorgprofessionals, ongeacht de kenmerken van de gekozen hulpvariant. Hoofdthema's in dit onderzoek, en daarmee in deze paragraaf, zijn persoonlijke kenmerken van cliënten en hulpverleners; hun alliantie, en de rol van hoop en verwachting. De inhoud van deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op deze publicaties. Een volledig overzicht van de inhoud van de genoemde publicaties, en de daarin gevoerde discussie over werkzame factoren valt buiten het bestek van de deze rede. Hier volgt een samenvatting, waarbij op voorhand enige kanttekeningen moeten worden geplaatst. In aanvulling op de opmerkingen van Van Yperen elders deze bundel, zijn de volgende punten relevant.

⁵ Dit is een geactualiseerde en herziene versie van het boek *The Heart and Soul of Change* van Hubble et al. (1999), dat een stimulans is geworden voor de discussie over werkzame factoren in de jeugdzorg.

- In 1999 publiceerden Hubble et al. een systematisch overzicht van de resultaten van onderzoek naar uiteenlopende factoren die van invloed zijn op proces en uitkomst van hulpverlening, in het bijzonder van psychotherapie. Het meest overgenomen plaatje uit dat boek is de taartdiagram van Assay en Lambert (1999). Het benoemt vier groepen werkzame factoren op microniveau, en hun soortelijk gewicht: cliëntfactoren (40%); factoren betreffende de relatie tussen cliënt en hulpverlener (30%); hoop en verwachting (15%), en interventiemodel en -techniek (15%). Deze laatste factor (evidence) kwam hiervoor al uitgebreid aan de orde. De term cliëntfactoren verwijst naar alle kenmerken en bronnen van kracht die cliënten als persoon meebrengen in het contact met de jeugdzorg, en alle buiten-therapeutische steunfactoren die te vinden zijn in hun dagelijkse leefomgeving. In deze bijdrage worden deze twee clusters onderscheiden, maar hierna ga ik alleen in op cliëntkenmerken. Steunfactoren in de leefcontext van cliënten zitten in het IWF-model op de grens tussen meso- en microniveau en werden daarom besproken in paragraaf 3.1.
- Een gezaghebbend internationaal overzicht van onderzoek specifiek naar werkzame factoren in de hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen ontbreekt tot op dit moment. Onderzoek in deze sector is nog steeds een zeldzaamheid. Kelley et al. (2010) doen een eerste poging om onderzoek naar hulpverlening aan jeugdigen bijeen te brengen. Ik maak er dankbaar gebruik van. Ook in dit overzicht gaat het voornamelijk om psychotherapeutische hulp.
- Het onderzoek naar relaties tussen werkzame factoren is deels correlatieel van aard, en laat dus geen uitspraken toe over oorzakelijke verbanden.
- Het dankzij Assay en Lambert gangbaar geworden onderscheid tussen algemeen/non-specifiek en specifiek werkzame factoren suggereert dat deze clusters gescheiden zijn. Dit versterkt de polarisatie in het debat tussen orthodoxe voor- en tegenstanders van een volledig evidence based of common factors based jeugdzorg. De termen non-specifiek/algemeen en specifiek roepen bovendien semantische verwarring op. Het hart van de jeugdzorg is en blijft de betekenisvolle relatie van cliënten met jeugdzorgprofessionals. Als er iets specifiek is, dan is het die relatie wel. Als er dan over gesproken wordt als een algemene of non-specifieke factor gaat dat tegen de intuïtie in. Geïnspireerd door Hubble et al. (2010) stel ik daarom voor dat onderscheid zoveel mogelijk te vermijden en in algemeenheid te spreken van werkzame of, neutraler geformuleerd, invloedrijke factoren.

3.3.1. Kenmerken van cliënten en professionals

Cliënten

Om te beginnen, onderzoek naar cliëntfactoren in de jeugdzorg is nog steeds uitermate schaars en weinig robuust. Het heeft een retrospectief karakter en is gebaseerd op cliëntkenmerken uit de volwassenenzorg.

Jeugdzorg moet aansluiten bij de vraag van haar cliënten: jeugdigen en opvoeders. Dit vraagt om een voortdurend afstemmingsproces. Cliënten zijn dus actieve spelers en een effectieve krachtbron voor verandering (Lambert & Ogles, 2004). Recent groeit de aandacht voor deze actieve rol van cliënten in het therapeutisch proces, en daarmee voor de vraag of, en zo ja welke cliëntkenmerken samenhangen met de kans op succes. Steeds meer onderzoek laat zien dat veel verandering al heel vroeg in het hulptraject op gang komt. Dit suggereert dat kenmerken van cliënten en hun eigen leefomgeving hiervoor (mede) verantwoordelijk zijn. Niet alle cliënten zijn overigens zulke *early responders*. Waarom, dat is nog onduidelijk. Bohart en Tallman (2010) concluderen in hun overzicht dat verschillende cliëntkenmerken betrouwbare voorspellers zijn van een positieve uitkomst van het hulpverleningsproces: hun hechtingsstijl, vermogen om relaties aan te gaan, motivatie voor verandering, contactuele

vaardigheden, openheid en bereidheid om actief mee te gaan in de taken en uitdagingen die de hulpverlening stelt. Dit geldt ook voor niveau van functioneren van cliënten voor de start van de behandeling, voor hun geestelijke gezondheid, sociale contacten (regelen oppas bijvoorbeeld), intelligentie, planningsvaardigheid, en sociaal-economische status. Ook is de invloed onderzocht van cliënt-empowerment in het omgaan met zorginstellingen. Er werd wel een trainingseffect gevonden, maar geen invloed op de resultaten van hulp. De hier besproken resultaten ten spijt, zijn cliëntkenmerken nog steeds een stiefkind in de werkzame factorendiscussie, aldus Bohart en Tallman. Ze wijzen als voorbeeld op de nog niet onderzochte rol van veerkracht (*resilience*). Wel komt, zo stellen zij, in het kader van contextuele hulpverlening meer onderzoek op gang naar de invloed van steunbronnen in de omgeving van cliënten (zie Hermanns, in deze bundel).

Professionals

Over de jaren is een enorm aantal publicaties verschenen over kenmerken en contactuele vaardigheden van professionals, die voorspellend zijn voor een positief resultaat van hulpverlening. Recent zijn ook een paar onderzoeken gepubliceerd die deze verbanden voor de jeugdzorg bevestigen (zie Kelley et al., 2010; Sparks & Duncan, 2010). De resultaten van dat onderzoek blijken onafhankelijk van de therapeutische oriëntatie van professionals. Effectieve hulpverleners blijken in de ogen van hun cliënten steevast over de volgende kenmerken en basiscompetenties te beschikken: ze worden ervaren als open, warm, niet oordelend, vriendelijk, geïnteresseerd en betrokken. Ze zijn duidelijk, opmerkzaam, flexibel, bevestigend, stimulerend en betrouwbaar. Ze vermijden negatieve interactie en beschuldigende of denigrerende opmerkingen. Bovendien zijn ze reflectief en vragen cliënten om feedback.

Wie kijkt naar werkstijl en rendement van professionals, valt één ding meteen op: kwaliteiten en prestaties verschillen sterk. Sommigen beroepskrachten kunnen met bepaalde cliënten heel goed uit de voeten en met andere veel minder. En er zijn excellente professionals die met vrijwel alle cliënten vruchtbare werkallianties kunnen aangaan en goede resultaten boeken, net zoals er hulpverleners zijn die ondermaats presteren. Kenmerken van hulpverleners blijken een sterkere voorspeller van de uitkomst van hulpverlening dan persoonskenmerken van cliënten. Volgens sommige onderzoekers is dit zelfs de meest krachtige van alle werkzame factoren, buiten-therapeutische factoren daargelaten (Wampold, 2005). Er valt dus veel te leren van the-best-versus-the-rest-onderzoek. De belangstelling voor onderzoek naar verschillen tussen professionals groeit gestaag en wordt gevoed door de resultaten van onderzoek in de Amerikaanse GGZ: van de groep cliënten die hulp krijgt van professionals die door cliënten en collega's ongunstig zijn beoordeeld (het laagste kwartiel) verbetert slechts 20% significant. Terwijl de meest positief beoordeelde hulpverleners positieve resultaten boeken bij 80% van hun cliënten (Wampold & Brown, 2005). Er lijkt geen samenhang te zijn tussen het succes van professionals en hun opleidingsniveau.

Succesvolle hulpverleners scoren in de ogen van cliënten over het algemeen hoog op alliantie. Opvallend is dat zij consequent betere resultaten behalen. Bovendien is bij deze groep het percentage cliënten dat voortijdig uitvalt de helft lager dan bij hun minst succesvolle collega's. Een hiermee samenhangend kenmerk is het vermogen om constructief te kunnen reageren op verslechtingen of breuken in de alliantie (*ruptures*), die in hulptrajecten vaak voorkomen. Goed kunnen reageren op *ruptures* is een sterke voorspeller van positieve resultaten. Wie adequaat wil reageren op verslechting in de alliantie, moet zich er van bewust zijn, en succesvolle hulpverleners zijn dat bij uitstek. Zij doen dit door hun cliënten daar voortdurend op te bevragen. Zij zijn in zijn algemeenheid sterk gericht op zo concreet mogelijke feedback op hun prestaties en problemen die zich eventueel voordoen in de samenwerking. Het feit dat kenmerken van professionals de meest robuuste voorspeller zijn van een positief hulpverleningsresultaat maakt het voor professionals heel relevant om zichzelf en elkaar daarop te toetsen. Het onderzoek overziend, lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat

praktijkonderzoek zich primair moet richten op kenmerken van professionals, en dat cliënten degenen zijn die ons daarover vooral moeten informeren: hun oordeel voorspelt beter dan zelfbeoordelingen door professionals, die trouwens ook moeite hebben met het inschatten van de mate van empathie die cliënten in het contact ervaren.

Alliantie

Het begrip (werk)alliantie verwijst naar de kracht van de samenwerkingsrelatie van cliënt en hulpverlener, die een rol speelt bij de meest uiteenlopende therapeutische programma's en denkrichtingen. Bordin (1979) onderscheidt aan alliantie verschillende elementen, die als zodanig ook te herkennen zijn in het IWF-model: naast de kwaliteit van de emotionele band tussen de partners (persoonlijke alliantie) is overeenstemming van belang over het doel van de professionele samenwerking en een daarvoor geschikt aanpak. Bordin (1979) en Green (2006) spreken in dit kader van taakalliantie.

Een positieve alliantie is een van de beste voorspellers van een goed resultaat. Afhankelijk van het aangehaalde onderzoek, wordt de geschatte invloed van alliantie 5 tot 7 keer zo groot geschat als die van de gekozen therapeutische opvatting of techniek (Hubble et al., 2010). Op basis van onderzoek uit de afgelopen tien jaar raamt Norcross (2010) de effectgrootte van alliantie op 0.45; duidelijk groter dan die voor verschillen tussen interventies (0.20 of minder). Opvallend is dat er geen samenhang is tussen de lengte van een hulptraject en de kracht van de alliantie. Al vanaf het derde tot vijfde contact heeft de kwaliteit van alliantie zijn voorspellende kracht. Let wel: op een moment waarop er nog nauwelijks van verbetering sprake kan zijn. Alliantie is dus geen artefact of gevolg van verbetering, alliantie is een drijvende kracht. De te verwachten ontwikkeling van alliantie gaat niet bij alle groepen cliënten even snel. Het is bijvoorbeeld moeilijk bij verslaafde en ernstig psychisch gestoorde cliënten.

Van alle algemeen werkzame factoren is alliantie het meest onderzocht. Opvallend is dat de alliantiebeoordeling door de cliënt vrijwel zonder uitzondering een betere voorspeller van de uitkomst van hulpverlening blijkt dan de beoordeling door de hulpverlener. Deze conclusie sluit aan bij die uit de vorige paragraaf, waar het ging om beoordelingen van kenmerken van professionals.

In de jeugdzorg kan alliantie de resultaten op verschillende manieren beïnvloeden. Het hulpaanbod kan gericht zijn op het beïnvloeden van het gedrag van opvoeders of hun kind. In het eerste geval is alliantie belangrijk, omdat veranderingen in het ouderlijk gedrag het gedrag van het kind beïnvloeden. In het tweede geval omdat ouders een belangrijke rol hebben in het informeren van de hulpverlener, het praktisch ondersteunen van de hulpverleningscontacten en het bestendigen van positieve ontwikkeling in het leven van alledag.

Een interessante vraag is wat te doen met de tandem van cliënt en hulpverlener, wanneer zich in de startfase geen alliantie ontwikkelt, en dus de kans op succes daalt. Het is een belangrijke afweging, die in de jeugdzorgpraktijk niet, of in ieder geval niet consequent wordt gemaakt. Overigens, de uitdaging voor beroepskrachten in de jeugdzorg is vaak om meervoudige allianties te vormen: met jeugdigen en ouders/opvoeders, en bij contextuele hulpverlening ook met andere betrokkenen. Het schaarse onderzoek naar de effecten van alliantieverschillen tussen partners of gezinsleden suggereert dat verschillen daarin een voorspeller zijn van het afbreken van het contact door cliënten, en dat zulke verschillen ook kunnen samenhangen met klachten over heel praktische zaken als afspraken maken en veranderen, of het ontbreken van mogelijkheden voor tussentijds contact (Kelley et al., 2010).

De kwaliteit van alliantie varieert. Forse deuken of breuken zijn gaandeweg eerder regel dan uitzondering. Treedt zo'n breuk op, dan lopen cliënten daar vaak niet mee te koop.

Hulpverleners moeten vermoedens zelf aankaarten, en vooral ook hun eigen aandeel benoemen. Alleen regelmatig peilen kan voorkomen dat hulpverleners zo'n alliantiebreuk missen. Het schaarse (meestal observationele) onderzoek naar dit probleem suggereert dat frequentie en ernst van zulke breuken samenhangen met starheid in het vasthouden aan

behandelprotocollen, en dat de persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners die alliantie bevorderen, ook functioneel zijn bij het herstellen ervan.

Zoals hiervoor al kort aangeduid is een belangrijke voorwaarde voor het ontstaan van alliantie een gedeelde opvatting van cliënt en professional over de vraag waarom de problemen van de cliënt zijn ontstaan en hoe die het beste kunnen worden aangepakt (Wampold, 2010). Omgekeerd geldt dat een goede alliantie aanduidt dat de cliënt de motivering voor de gekozen behandelvorm accepteert. Deze voorwaarde wordt in het IWF-model aangeduid met het begrip Veranderingstheorie cliënt. In Wampolds woorden gaat het bij diagnostiek niet om waarheidsvinding, maar om de noodzaak van een constructie van de werkelijkheid van de cliënt die zich in samenspraak ontwikkelt. Hulpverlening is een dialogisch proces waarin gaandeweg de hulpvragen van cliënten worden verhelderd. Hulpvragen kunnen ook mettertijd veranderen. Het diagnostisch verhaal heeft dus een dynamisch karakter.

Deze opvatting sluit aan bij de ideeën van Witteman (2003) over diagnostiek, die zij ziet als een proces van het samen met cliënten formuleren en toetsen van causale verhalen over problematische ontwikkelingen in hun leven. Een interessante vraag is in hoeverre deze opvatting te verenigen is met de opvattingen van beroepsverenigingen van psychologen en pedagogen over de aard van het psychodiagnostisch beslissingsproces en de rollen van professional en cliënt daarin (geënt op De Bruyn et al., 2003). Het normatieve model van de klinische cyclus schrijft wel voor dat de professional streeft naar consensus met de cliënt, maar er is geen sprake van een primaat van het verhaal van de cliënt. Een eerste implicatie van de hier besproken alliantieliteratuur is daarentegen dat het alleen zinnig is om te beginnen aan een hulpverleningstraject wanneer cliënten de verklaring voor de bestaande problemen (de mythe) omarmen, als ook de motivering voor de in goed overleg gekozen aanpak (het ritueel; Frank & Frank, 1991).

Een tweede implicatie is dat alliantie niet uit de lucht komt vallen. Voortdurend investeren en evalueren blijken nodig. Wie de effectiviteit van professionals wil verhogen, moet daarom strategieën ontwikkelen om beroepskrachten te helpen bij het ontwikkelen, monitoren en onderhouden van hun werkrelatie met cliënten.

Hoop en verwachting

Hoop is een manier van denken over doelen. Het is een combinatie van de wens om een doel te bereiken en de verwachting dat het zal lukken. In dit kader: dankzij de samenwerking met jeugdzorg. Tussen verwachting en hoop bestaat dus een relatie, maar ze vallen niet samen. De effecten van placebo's in geneeskundig onderzoek laten overtuigend zien wat de kracht is van positieve verwachtingen van een behandeling; in de psychosociale hulpverlening is dat niet anders. De gunstige effecten van positieve verwachtingen over een hulpaanbod zijn uitvoerig gedocumenteerd, ook in een aantal meta-analyses (zie bijvoorbeeld Hubble et al., 2010). Hoewel er discussie is over de vraag of hoop een cognitief of emotioneel construct is, vinden de meeste auteurs elkaar in de conclusie dat gevoelens én cognities een rol spelen bij het ervaren van hoop: beïnvloeding is dus langs beide wegen mogelijk.

In het hele traject zijn hoop en positieve verwachtingen een belangrijke stuwkracht voor verandering. Professionals en instellingen kunnen die op uiteenlopende manieren versterken. Deels werden die hiervoor al aangestipt: positieve bejegening en een uitnodigende omgeving (zie het Starbucks vignet, p. 40). Hoop kan ook gevoed worden door persoonlijke kenmerken en contactuele vaardigheden van hulpverleners, door aandacht voor het diagnostische verhaal van de cliënt, door een (door cliënten beleefde) match tussen het gekozen hulpaanbod en hun doelen, en door vertrouwen van de hulpverlener in de voorgestelde aanpak.

Tien jaar geleden werden hoop en verwachting in het debat over werkzame factoren nog als een onafhankelijk element gezien (Assay & Lambert, 1999). Hubble en collega's (2010) concluderen nu dat hoop op verandering, en positieve verwachtingen van professionele hulp mogelijk de grootste troef is van elke behandelvorm, en dat ze de helft zijn van een Siamese

tweeling. Het broertje of zusje is dan wat therapieonderzoekers *allegiance* noemen: het geloof van hulpverleners in de voorgestelde aanpak in het algemeen, en hun overtuiging dat juist deze aanpak deze cliënt op dit moment zal helpen de gewenste verandering te realiseren. Het ontbreken van de combinatie van *allegiance* bij de professional en positieve verwachting bij de cliënt blijkt een goed recept voor een negatieve uitkomst van hulpverlening (Hubble et al., 2010). Het is daarom van wezenlijk belang dat instellingen en professionals zich in de loop van elk hulpverleningstraject voortdurend de vraag stellen of die voorwaarden nog steeds aanwezig zijn. In die zin is de keuze en het karakter van een interventie wel degelijk van belang, zouden we tegen Saul Rosenzweig (1936, 2010), aartsvader van de *common factors*, kunnen zeggen: de 'verpakking' doet er absoluut toe. Zich rekenschap geven van al dan niet voldoen aan de voorwaarden is een belangrijke werkzame factor. Maar hoe vaak worden zulke vragen in de praktijk gesteld? En in hoeverre wordt deze factor optimaal benut?

Daarnaast onderstreept het robuuste resultaat van het beschikbare onderzoek (zie bijvoorbeeld Bohart & Tallman, 2010) hoe belangrijk het is dat instellingen regelmatig bij de eigen werkers peilen hoe zij staan tegenover de interventies en programma's in het instellingsarsenaal, en waarbij zij als uitvoerders betrokken kunnen worden. Hebben werknemers daar twijfels over (of erger nog), dan is dat een reden tot zorg.

Beïnvloeden van verwachtingen: Starbucks

Als het gaat om het ontvangen van cliënten kan de jeugdzorg nog het een en ander leren van een slimme koffieverkoper uit Seattle. Niet omdat de koffie van Starbucks beter is dan die bij andere koffiezaken (of in de jeugdzorg). Wel omdat veel klanten er graag voor om rijden. Klanten hielden zelfs toen de eerste Starbucksvestiging in Nederland de deuren opende. Die emotionele binding heeft veel te maken met de doordacht gestylde huiskamervormgeving, en met de manier waarop medewerkers getraind worden in bejegening van de klant, met als doel de beoogde Starbucksbeleving te creëren.

Het is verleidelijk deze aanpak als typisch Amerikaans en dus oninteressant af te doen, en al helemaal voor de jeugdzorg. Intrigerend is echter dat uit tevredenheidsonderzoek onder Starbuckscliënten blijkt dat een paar simpele principes volstaan om klanten - ook Nederlandse - een positief gevoel te geven. Bijvoorbeeld: 'Zorg dat je de naam van de besteller snel oppikt en gebruik die om de klant te waarschuwen als de bestelling klaar is.' Dit geeft klanten het gevoel: 'Ze kennen me hier. Ik doe er hier toe.' Dit beïnvloedt de verwachting en de beoordeling van klanten over het bestelde product, zo blijkt.

Het is interessant te onderzoeken of, en zo ja hoe de jeugdzorg een soortgelijke positieve mindset kan oproepen bij (nieuwe) cliënten, en hoe verwachtingen samenhangen met doelrealisatie. Starbucks maakt daar consequent werk van, net als het onderzoeken van de relatie tussen fysieke omgeving en resultaten overigens, en van dienstverleningslogistiek en regelmatige resultaatmeting. Ook in die opzichten kan het bedrijf de jeugdzorg inspireren.

Tot slot: een andere vorm van *allegiance* is die van RCT-onderzoekers (Wampold, 2010). Hebben zij een innovatieve hulpvariant zelf ontwikkeld, dan is de kans groot dat zij de hulpverleners zullen trainen in het toepassen. Zij dragen op deze hulpverleners de verwachting over dat de nieuwe aanpak superieur is aan de bestaande. Hulpverleners blijken hiervoor gevoelig en dragen op hun beurt deze positieve verwachting weer over op hun cliënten. Controleren voor de invloed van *allegiance* doet specifieke effecten van interventies goeddeels teniet, zo concludeert Wampold (2010) onlangs opnieuw (vergelijk Wampold, 2001). Daarom wordt deze factor in RCT-onderzoek *allegiance bias* genoemd.

4. Overweging en conclusies

Het geboden overzicht op basis van het IWF-model maakt duidelijk dat de effectiviteit van jeugdzorg door een groot aantal werkzame factoren wordt beïnvloed. Op macro-, meso- en microniveau is er ruimte voor verbetering. Dat moeten alle betrokken partijen zich realiseren. Binnen de muren van het hoger beroepsonderwijs en het universitair onderwijs moeten docenten en praktijkonderzoekers deze boodschap uitdragen. We moeten studenten van begin af aan duidelijk maken dat professionele effectiviteit veel facetten kent, waartoe zij zich als professional moeten verhouden, en waar zij hun hele loopbaan aan moeten blijven werken. De effectiviteit van jeugdzorg kan en moet dus omhoog; we moeten willen leren hoe het beter kan. De discussie over de vraag wat de geëigende strategie is, dreigt de laatste jaren te polariseren. Aan de ene kant vinden we de orthodoxe pleitbezorgers van de opvatting dat de enige deugdelijke jeugdzorg een jeugdzorg is die volledig op *evidence based treatments* is gebaseerd. Zij vinden de *common factor hardliners* tegenover zich, die aanvoeren dat de opbrengsten van jeugdzorgbemoediening (vrijwel) volledig op het conto geschreven kunnen worden van interventie-nonspecifieke factoren (lees: vooral van de persoon van de hulpverlener), en dat *randomized clinical trials* dus zinloos zijn. Bij het onderbouwen van hun opvatting maken beide groepen op een onzorgvuldige, zo niet tendentieuze manier gebruik van de literatuur. Geen van beide standpunten is vruchtbaar of verdedigbaar.

Het kamp van *common factors hardliners* baseert haar stellingname op de conclusie van onderzoekers als Wampold (2001, 2010) en Lambert (2010) dat interventies er niet in slagen zich qua werkzaamheid van elkaar te onderscheiden, en dat hun effectgrootte laag of zelfs nul is: de factor model en techniek in het taartdiagram van Assay en Lambert (1999) is goed voor niet meer dan 15% van de effectiviteit. Van Yperen et al. (2010) plaatsten daar om begrijpelijke redenen onlangs vraagtekens bij (zie ook Van Yperen, in deze bundel). Zij maakten daarom een vergelijking van percentages en effectgroottes per werkzame factor, zoals die door verschillende onderzoekers zijn gerapporteerd. Opvallend is dat de bandbreedtes van de gevonden percentages aanzienlijk zijn, maar dat de medianen voor elke factor vrij dicht in de buurt blijven van de schattingen van Assay en Lambert uit 1999. Daarvan uitgaande houdt de buiten-therapeutische factor de grootste taartpunt, gevolgd door de factoren die de therapeutische relatie beïnvloeden. Bescheidener is de invloed van de factor model en techniek, en de factor hoop en verwachting.

Op grond van bovenstaande percentages concluderen van Van Yperen et al. (2010) dat het nog niet mogelijk is robuuste uitspraken te doen over de vraag in hoeverre Assay en Lambert nu gelijk hebben. Een robuuste uitspraak die de analyse van Van Yperen en collega's wel toelaat, is dat in alle onderzoeken het gezamenlijke gewicht van de algemeen werkzame factorenclusters groot is vergeleken met het gewicht van de factor model en techniek. Deze conclusie trekken de auteurs zelf overigens ook. Omzichtig geformuleerd, luidt hun conclusie dat er sprake lijkt van een sterke invloed van de *common factors*. Het belang van de factoren in het hart van het IWF-model wordt daarmee bevestigd. Dit, en de vaststelling dat we voor de jeugdzorg nog nauwelijks gegevens hebben over die factoren, maakt onderzoek in de jeugdzorg urgent naar elk van deze clusters van factoren, hun onderlinge samenhang, en manieren om die te beïnvloeden.

Mijn conclusie is dat praktijkonderzoek nodig is dat meer zicht geeft op invloed en samenhang van uiteenlopende invloedrijke factoren, in samenhang met daarop geënte ondersteuning en training, en dat gericht is op het vergroten van de effectiviteit van professionals. Keuzes maken wordt dan onvermijdelijk.

Dit roept de vraag op: in welke mandjes moeten jeugdzorg en jeugdzorgonderzoekers hun eieren leggen, en het lectoraat in het bijzonder? Voor ik op die vraag inga, nog een paar aanvullende opmerkingen bij de eerdere conclusie.

- Om te beginnen moeten we vaststellen dat er, afgezien van interventie-onderzoek, in de jeugdzorg nog steeds heel weinig onderzoek naar werkzame factoren wordt gedaan. Bescheiden uitzondering is een heel voorzichtig groeiend kennisbestand (in de VS) over werkzame factoren in jeugdpsychotherapie. Tot dusver worden resultaten uit de zorg voor volwassenen bevestigd, al zijn de gerapporteerde effecten van interventies soms lager, vooral bij behandeling van depressieve klachten (Kelley et al., 2010).
- Vrijwel alle aandacht en middelen gaan dus uit naar onderzoek waarin de werkzaamheid van interventies en programma's wordt geëvalueerd. In het licht van het beleid dat een aantal jaren geleden is ingezet, wekt deze conclusie geen verbazing. Wel verbazingwekkend is dat veel interventieonderzoekers methodieken nog vergelijken alsof het producten uit de supermarkt zijn. Dit gebruik van interventies als eenheid van analyse beperkt het zicht. Relevanter is de vraag *wat* (welke techniek) in *wiens* handen werkt, *waarom*, en *wanneer* (onder welke condities). De vraag wat werkt moet dus verbijzonderd worden tot: wat zijn de werkzame bestanddelen van een methodiek, en hoe onderscheiden ze zich van die van andere methodieken? Is de werkzaamheid van een methodisch ingrediënt kenmerkend voor die interventie, of is het bij nadere beschouwing methodiekoverstijgend? Een aantal algemeen werkzame methodische elementen kennen we inmiddels: concrete doelen stellen, focus op concrete vaardigheden van cliënten (vooral sociaal-cognitieve) en aansluiten bij al verworven vaardigheden, directe bevestiging geven op behaalde resultaten, inbedden van ondersteuning in het dagelijks functioneren, en een systeemgerichte, multimodale oriëntatie aanhouden.

5. Het lectoraat: doelstelling, thematische keuzes en startprojecten

5.1. Doelstelling

Als het over professionele jeugdzorg gaat, hebben de begrippen effectiviteit en evidentie weinig of niets met elkaar te maken. Toch duikt het woord evidentie in onderzoekspublicaties over jeugdzorg vaak op als gemankeerde vertaling van het Engelse evidence: iets dat in onderzoek is aangetoond. In deze context is dit: effectiviteit van een interventie. Evidentie is heel wat anders: een synoniem voor zonneklaar; *geen* bewijs behoevend dus. Maar als de opbrengst van jeugdzorg iets behoeft, dan is het juist dat. De zorg voor jeugd heeft het onderzoeksmatige bewijs nodig dat alle inzet voor cliënten loont om zich te kunnen verantwoorden en profileren. Maar vooral om zich te kunnen professionaliseren, in combinatie met inzicht in *waarom* hulp werkt, in *wiens* handen, en *wanneer*.

Anders gezegd: zorg voor jeugd heeft zulke inzichten nodig om zich verder te kunnen ontwikkelen als een lerende praktijk, die jeugdigen en opvoeders effectief ondersteunt bij het weer regie nemen over hun eigen leven. Jeugdigen en opvoeders die dat echt nodig hebben. Een praktijk van professionals met een open oog en een warm hart, die waar mogelijk uitgaan van de vragen, waarden en doelen van hun cliënten. Een praktijk ook waarin reflectieve (en dus niet: reflexieve) professionals hun praktijkervaring en persoonlijke kwaliteiten paren aan benutting van up-to-date vakkennis. Aan de ontwikkeling van zo'n praktijk wil het lectoraat een bijdrage leveren door het volgende.

- *Kennisontwikkeling en -verspreiding* over karakter, belang en samenhang van uiteenlopende, vooral specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg
- *Onderwijs* in het verlengde van dit praktijkonderzoek
- *Professionalisering* van beroepskrachten als hulpverlener en als onderzoeker van de eigen praktijk, en van docenten in het hoger beroepsonderwijs
- Bijdrage aan ontwikkeling van *opleidingsprofielen*, en aan *debat* en *beleidsontwikkeling* rond jeugd(zorg)vraagstukken

Het lectoraat wil dus meer zijn dan alleen een onderzoeks- en ontwikkelteam. In de geest van het pedologische gedachtegoed (Kauffman, 1982) waarmee ik al aan het begin van mijn loopbaan ben besmet, is mijn ambitie een lectoraat dat structurele samenwerking en uitwisseling zoekt tussen beroepspraktijk, wetenschap en opleiding, en waar mogelijk ook beleid. Ik sluit me aan bij Hutschemaekers (in deze bundel) die ons voorhoudt dat we ons moeten realiseren dat we dan spreken over gelijkwaardige partners met een eigen taal, logica en kennisbronnen, en ook dat deze ambitie vraagt om bruggenbouwers: beroepskrachten-onderzoekers of scientist-practitioners (Lane & Corrie, 2006; MGv, 2008).

Vanuit deze opvatting zijn drie startthema's gekozen, die gezien het hiervoor besproken onderzoek van groot gewicht zijn, en betrekking hebben op de ontwikkeling van professionele kerncompetenties. Rond deze thema's zijn nu onderzoekslijnen en projecten in ontwikkeling, die hierna worden toegelicht.

- Cliënten centraal: verkennend onderzoek naar werkzame factoren in de zorg voor jeugd op microniveau
- Alliantie en samenwerking van cliënten en professionals
- Praktijkinitiatieven met een sterke focus op contextuele factoren

In aansluiting op deze uitwerking van thema's en startprojecten staan we tot slot kort stil bij lopende samenwerkingsinitiatieven en onderwijs- en overdrachtactiviteiten van het lectoraat.

5.2. Onderzoeks- en innovatieprojecten

5.2.1 Cliënten centraal: verkennend onderzoek naar werkzame factoren

Dat de resultaten over algemeen en specifiek werkzame factoren op microniveau in de hulp aan volwassen ook gelden voor de jeugdzorg is nu vooral nog een stellig vermoeden. Een eerste uitdaging voor het lectoraat is daarom te onderzoeken of dat vermoeden juist is. Daarover willen we jeugdzorgcliënten zelf vragen stellen. Het is van belang hun stem te laten horen en hun te vragen wat er echt toe doet. Wat benoemen zij als heilzaam tijdens het hulpverleningstraject (prospectief) of terugblikkend (follow-up/retrospectief)? Op welke factoren in het IWF-model hebben hun verhalen vooral betrekking? Wat is de relatie tussen hun antwoorden, en resultaatgegevens over doelrealisatie, cliënttevredenheid en gedragsverandering, en hoe kunnen we die gegevens direct benutten (feedback)?

Dit onderzoek is inhoudelijk en methodisch gezien uitdagend: het richt zich op volwassenen en op jongeren van verschillende leeftijden en niveaus van ontwikkeling, die uiteenlopende hulp hebben of hebben gehad. De uitdaging is ook om bij beide groepen zo rijk en valide mogelijke informatie te verzamelen. Daarom zullen we moeten experimenteren met heel diverse manieren van informatieverzameling.

Interessant is in dit kader ook de vraag naar overeenkomsten en verschillen in de antwoorden van ouders/opvoeders en jeugdigen. Dit geldt ook de vraag of hun antwoorden duiden op, zeg maar, echt algemeen werkzame factoren en hun eventuele samenhang, of op beperkt algemeen werkzame factoren die samenhangen met bepaalde typen hulpvragen, -aanbod of -doelen.

Startprojecten

Begin dit jaar is een eerste meerjarenproject *Cliënten over werkzame factoren* van start gegaan in de jeugdzorgorganisaties Pactum en Entréa. Op geleide van kenniskringleden wordt dit project uitgevoerd door studenten van het Instituut Sociale Studies. Binnen Pactum spreken zij met voormalige cliënten van het programma Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling, en bij Entréa met voormalige Fasehuis-clieënten. In de periode van een half

tot twee jaar na afronding van het hulpverleningstraject worden zij bevraagd op wat zij tijdens het hulpverleningstraject concreet als werkzame factoren hebben ervaren.

Een tweede startproject *Ouderbegeleiding in het kader van integrale pleegzorg* wordt uitgevoerd in samenwerking met Praktikon, een in Nijmegen gevestigd centrum voor jeugdzorgonderzoek. Dit onderzoek is deel van het project *Integrale Gelderse Pleegzorg* (IGP), een initiatief van de Gelderse pleegzorgaanbieders Entréa, Pactum en Lindenhout. Dit onderzoek richt zich vooral op de ouderbegeleiding binnen het IGP-project. Doel is een succesvolle, stabiele terugplaatsing voor te bereiden van een pleegkind naar het eigen gezin. Of, als dit geen haalbaar perspectief is, om de ouders te ondersteunen bij het accepteren van het vooruitzicht dat hun kind langdurig niet thuis zal wonen en opgroeien.

De vraagstelling is in hoeverre deze doelstelling wordt gerealiseerd, en welke factoren bijdragen. In hoeverre zijn dit specifiek werkzame ingrediënten in de methodiek (Praktikon-deel) of andere algemeen werkzame factoren uit het IWF-model (Lectoraat-deel), en hoe hangen de werkzame factoren met elkaar samen? Respondenten in dit meerjarenproject zijn maximaal 150 pleegkinderen (verdeeld over een experimentele en een vergelijkingsgroep), hun ouders, pleegouders, en pleegzorgwerkers.

5.2.2. Alliantie en samenwerking van cliënten en professionals

Onderzoek naar de ontwikkeling van alliantie en de invloed daarvan op de samenwerking tussen cliënten en hulpverleners in de jeugdzorg is om verschillende redenen van belang. Ten eerste vanwege de grote invloed van alliantie (vooral gemeten bij volwassenen) op een positief resultaat van de hulpverlening. Toch wordt in jeugdzorginstellingen nog niet systematisch gekeken naar het al dan niet ontstaan van alliantie, laat staan dat gecoacht of gestuurd wordt op basis van informatie daarover. Het ontstaan van alliantie vroeg in het traject is nog geen voorwaarde voor het voortzetten van een samenwerkingsrelatie van beroepskrachten met cliënten. Dat zou het misschien wel moeten worden.

Een tweede motief voor een focus op dit thema is dat er verschillen lijken te zijn tussen alliantie bij hulpverlening met volwassenen en jeugdigen (Shirk & Karver, 2003). Bij hulpverlening met jeugdigen is vaker sprake van een gedwongen kader, en zij melden zich meestal niet zelf aan. De alliantie is hier mogelijk anders, omdat cliënten er niet zelf voor kiezen een alliantie met een hulpverlener aan te gaan. Daarnaast zijn bij de meeste hulpverlening aan jeugdigen ook ouders of verzorgers betrokken. Alliantie wordt dan niet alleen bepaald door cliënten en hulpverlener, maar ook door de eigenschappen van ouders, hulpverlener en kind of jongere, en hun interactie. De alliantie van jeugdigen met hun hulpverlener(s) kan anders zijn dan de alliantie tussen ouders en dezelfde hulpverlener (Green et al., 2001). Ontwikkelingsfactoren en aard van de problematiek kunnen hierbij een rol spelen. Zo kan bij adolescenten de ontwikkeling van alliantie wringen met hun behoefte aan autonomie, en lijkt alliantie een sterkere uitkomstvoorspeller bij jeugdigen met externaliserende problematiek. Ook zijn er aanwijzingen dat het belang van alliantie toeneemt bij langere behandeltrajecten.

Een belangrijke methodische vraag is hoe alliantie bij hulpverlening bij jeugdigen het beste kan worden gemeten. Voor volwassenen zijn er al diverse bekende instrumenten (vragenlijsten, observatieschalen), maar niet voor jeugdigen (Elvins & Green, 2008). Observatie ligt voor de hand, zeker bij jongere kinderen, maar dit moet methodisch nog worden uitgewerkt. Een hierop aansluitende keuzevraag is die van het hanteren van *session*-vragenlijsten (waarmee cliënten en hulpverleners wordt gevraagd hoe zij de sessie hebben ervaren) en/of *outcome*-vragenlijsten (waarbij wordt gevraagd of respondenten zich na afloop van het contact beter voelen dan ervoor).

Alliantie hangt bij volwassen cliënten nauw samen met factoren als bejegening, tevredenheid over de hulpverlener of voortgang van de hulpverlening (Karver et al., 2006). De uitdaging is

het relatieve belang van alliantie te kunnen duiden, en te onderzoeken hoe alliantie zich verhoudt tot andere werkzame factoren. Dit zou kunnen door deze factoren gezamenlijk te meten en met multi-level-analyse te bepalen welk aandeel elk van de factoren heeft op de effectiviteit van de hulpverlening.

Startprojecten

Een eerste verkennend project *Alliantie in de jeugdzorg* is begin 2010 van start gegaan in partnerinstelling Lindenhout als onderdeel van een gefaseerd meerjarenplan, en wordt uitgevoerd door een tweetal student-onderzoekers. Doel is het verkennen van literatuur over dit onderwerp, oriëntatie op kandidaat-meetinstrumenten, en vergelijken van de resultaten van deze verkenning met ervaringen en opvattingen van cliënten en beroepskrachten, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen alliantie met jeugdigen en met ouders. Deze praktijkkennis over belang en dynamiek van alliantie, de samenhang met andere aspecten van de therapeutische relatie, en de manier waarop alliantie op een functionele manier in beeld kan worden gebracht en benut kan worden in het hulpverleningsproces, wordt eerst systematisch in beeld gebracht binnen de eigen instelling. Daarna wordt dit project uitgebreid naar de partnerinstellingen Entréa en Pactum.

Een tweede startproject *Alliantie van ouders en jeugdverpleegkundigen* wordt uitgevoerd in de afdeling Jeugdgezondheidszorg van de GGD Regio Nijmegen. Het project richt zich op werkzame factoren in de hulpverleningsgesprekken van jeugdverpleegkundigen met ouders met kinderen van 0-4 jaar die de GGD bezoeken. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door twee Honoursprogramma-studenten van het Instituut Verpleegkundige Studies. Voor de genoemde gesprekken zijn door de GGD richtlijnen ontwikkeld voor de benadering/bejegening van ouder(s) en kind, en voor de gespreksvoeringstechniek. De vraag is hier: in hoeverre stemmen de bejegeningaspecten in de genoemde richtlijn overeen met a) actuele inzichten in de literatuur over factoren die de ontwikkeling van een therapeutische relatie positief beïnvloeden, b) factoren die cliënten zelf als werkzaam benoemen, en c) voorspellingen van jeugdverpleegkundigen over de reacties van de ouders. De resultaten zullen leiden tot aanpassing van de genoemde richtlijnen en adviezen voor de implementatie en borging.

5.2.3. Projecten, gericht op mobiliseren van eigen kracht, context, en samenwerking

In de taart van Assay en Lambert (1999) is de grootste punt: buiten-therapeutische factoren. Dit zijn eigen kwaliteiten van cliënten en steunbronnen in hun directe omgeving. *Eigen Kracht conferenties* (Van Pagee, 2002) en *Oplossingsgericht werken* (Bannink, 2006) zijn voorbeelden van vernieuwende benaderingen die dit principe maximaal proberen te gebruiken. Hun werkzaamheid schuilt zowel in de directe opbrengst voor opvoeders en jeugdigen (microniveau), als in het terugdringen van zorgconsumptie en de aanzuigende werking van de professionele zorg voor jeugd, en in het versterken van samenwerking (mesoniveau) (zie ook Hermanns, in deze bundel). Het lectoraat richt zich daarom op ondersteuning en evaluatie van deze en vergelijkbare innovatieve initiatieven voor praktijkontwikkeling.

Startprojecten

Het Euregioproject *Kwaliteit van leven en sociale samenhang in de stedelijke omgeving* is een samenwerkingsproject van de *Hochschule Niederrhein* (prof. dr. Peter Schäfer), de HAN en een aantal lokale en regionale beleids- en veldpartners. Daaronder zijn diverse Duitse gemeenten (*Kreise*) en hun jeugd(beleid)afdelingen (*Jugendämter*), en Nederlandse jeugdzorg- en welzijnsorganisaties. Doel is het stimuleren en evalueren van innovatieve, creatieve projecten van buurtbewoners, om de sociale samenhang en uitwisseling tussen opvoeders in binnenstadswijken in de Euregio Rijn-Maas te versterken. Een eerste recente activiteit was een

uitwisselingsforum, georganiseerd onder auspiciën van het Euregiobureau. Dit forum richtte zich op ontwikkelaars, buurt- en opbouwwerkers, en lokale/provinciale bestuurders aan beide zijden van de grens, die kennis wilden maken met innovatieve, contextueel gerichte lokale projecten rond vragen op het gebied van jeugd- en gezinszorg, - welzijn en buurtontwikkeling. Op termijn is het de bedoeling een aantal van deze initiatieven te begeleiden met evaluatieonderzoek, waarin we op zoek gaan naar werkzame factoren, en waarbij studenten van de *Hochschule Niederrhein* en de HAN/ISS-opleidingen CMV en SPH kunnen deelnemen als onderzoeker.

Het project *Preventie overgewicht* is een initiatief van de GGD Regio Nijmegen. Partners zijn onder andere UMCN, *Behavioural Science Institute* Radboud Universiteit, Gemeente Nijmegen en de HAN. Het project richt zich op preventie van overgewicht van jeugdigen van 0 tot 23 jaar. Een probleem in dit project is de versnippering van uitvoerende en onderzoeksactiviteiten; de verschillende organisaties werken niet goed samen. Bovendien is weinig bekend over de implementatie, acceptatie, haalbaarheid en bestendinging van interventies om overgewicht te voorkomen, en is er gebrek aan evaluatieonderzoek. De beoogde inzet van het lectoraat heeft betrekking op fase twee van dit project, vooral op de vraag welke werkzame factoren de implementatie, acceptatie en bestendinging van preventieve interventies, en de samenwerking in dit kader bevorderen.

5.3. Samenwerkingsinitiatieven, overdracht en onderwijs

Initiatief Combiplan

Om continuïteit in de ontwikkeling van onderzoeks- en innovatie-activiteiten voor elk van deze drie thema's te kunnen garanderen, wordt momenteel op initiatief van het lectoraat een experimenteel *Combiplan* ontwikkeld voor de inzet van student-onderzoekers. Er zijn vier instellingen voor jeugdzorg betrokken: Entréa, Lindenhout, Pactum en Oosterpoort (o.v.), het Instituut Sociale Studies van de HAN, en vier opleidingen van dit instituut: Pedagogiek, Sociaal-Pedagogische Hulpverlening, Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, en Toegepaste Psychologie.

In het kader van het Combiplan ontwikkelen instellingen en lectoraat gezamenlijk een thematische meerjarige onderzoeksagenda. Studenten die bij deze instellingen solliciteren naar een combiplan-stageplaats, solliciteren ook naar de positie van student-onderzoeker in het kader van hun Onderzoek- en Innovatieopdracht. Dit combi-initiatief is geïnspireerd op een vergelijkbare succesvolle constructie in de opleiding Orthopedagogiek Gezin en Gedrag van de RU Nijmegen.

Overdracht: onderwijs, debat, publicaties en symposia

Najaar 2009 organiseerde het lectoraat in het kader van de Week van de Jeugdzorg voor het eerst een Jeugdzorgdebat binnen de HAN. Er namen sprekers/discussianten deel die respectievelijk onderwijs/onderzoek, beleid en zorgpraktijk vertegenwoordigden. Het voornemen is om van dit debat een jaarlijks terugkerend evenement te maken, dat een vaste plek krijgt in het curriculum van de verschillende opleidingen van het Instituut Sociale Studies. Ook het op 25 maart 2010 gehouden *Intreerede-symposium*, waarvan dit symposiumboek de neerslag is, moet het begin worden van een traditie die studenten, docenten en beroepsbeoefenaren in de gelegenheid stelt om vanuit verschillende perspectieven (praktijk, onderzoek, beleid) kennis te maken met thema's die belangrijk zijn voor praktijk en lectoraat.

Structurele samenwerking met collega-lectoren en andere partners

Rond dit thema is sprake van verschillende ontwikkelingen en initiatieven.

- Met het collega-lectorat Professionalisering van Agogische Beroepen (Kitty Kwakman en Marion van Hatttum) worden voorbereidingen getroffen voor een gezamenlijk project

Oplossingsgericht Werken. Dit initiatief volgt op een in 2009 gepubliceerd literatuuronderzoek. Naar aanleiding hiervan organiseerde een aantal instellingen een werkconferentie. Dit maakte duidelijk dat een project voor dit thema hoog op de ontwikkelagenda staat van de jeugdzorgaanbieders in de regio.

- Samen met een groot aantal regionale partners (instellingen, opleidingen, onderzoekers, waaronder de Radboud Universiteit en het UMC Nijmegen) is het lectoraat betrokken bij het ontwikkelinitiatief Academische Werkplaats Jeugd (*Academic Center Youth Nijmegen, ACYN*), gericht op het optimaliseren van preventieve behandeling van jeugdigen met internaliserende problematiek. Een van de centrale onderzoeksthema's is alliantie en hoe deze samenhangt met therapietrouw en -resultaat.
- Het lectoraat participeert ook in een plan voor een Academische Werkplaats (een initiatief van collega-lector Jan-Pieter Teunisse) dat het opzetten behelst van een leerafdeling waar in samenwerking met gemeenten, scholen en hulpinstanties programma's ontwikkeld en uitgevoerd worden voor levensloopbegeleiding van cliënten met autisme. Een van de hoofdvragen is welke (specifiek en/of algemeen) werkzame factoren bepalend zijn voor het succesvol doorlopen van een transitie op school, in werk, wonen of behandeling.
- Onlangs hebben de lectoren van het Instituut Sociale Studies zich verenigd in Het Kapittel. Deze ontwikkeling is belangrijk voor de toekomst van alle lectoraten, want het leidt tot intensievere samenwerking en afstemming tussen lectoraten. Op dit moment wordt een gezamenlijk visiedocument afgerond. Het Kapittel is een van de eerste HAN-lectorengroepen die komen tot gezamenlijke programmering en zelfevaluatie.

6. Slot

6.1. Lectoraat is een meervoud

Aan het einde van dit verhaal stel ik met gepaste trots het nog jonge team voor, dat sinds september 2009 body geeft aan het lectoraat *Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd*. De kenniskring bestaat uit vijf docenten/onderzoekers van de HAN en drie collega's uit de jeugdzorgpraktijk. Het secretariaat is in handen van Sylvia Hendriks. Eén lectoraat, tien werkzame factoren.



Het lectoraatteam van **rechts** naar links: kenniskringleden Jacqueline Theunissen (IVS), Ton Meeuwse (Entréa), Ilona de Zeeuw-Jans (Pedagogiek), Paul de Leeuw (MA-opleiding Pedagogiek), Peter Hoekzema (Pactum), Inge van der Tak (MWD), Tos Polak (Lindenhout), Wybren Grooteboer (Pedagogiek); Sylvia Hendriks (secr.) en Huub Pijnenburg (lector).

6.2. Everybody has won?

Ingewijden in het werk van Lewis Carroll hebben in de casus in de inleiding over Alice misschien de namen herkend van de drie dochters van de familie Liddell, waarmee de schrijver bevriend was. Voor de zusjes Liddell en hun broer Harry, maar vooral voor Alice, verzon Charles Dodgson al improviserend een verhaal dat hij in 1865 publiceerde onder het pseudoniem Lewis Carroll: *Alice in Wonderland*.

De Amerikaanse hoogleraar psychologie Saul Rosenzweig was een liefhebber van Carrolls werk. Rosenzweig is bekend geworden als de aartsvader van de *common factors*. In 1936 al zag hij dat de mate van succes van uiteenlopende vormen van psychotherapie sterk overeenkwam, en dus gemeenschappelijke bronnen moest hebben. Die observatie bracht hem er toe een regel uit *Alice* te gebruiken als ondertitel voor zijn beroemd geworden artikel uit 1936. Die regel luidde: *'At last the Dodo said: Everybody has won and all must have prizes.'*

Met *everybody* en *all* doelde Rosenzweig op alle stromingen in de psychotherapie.

Ik gebruik dit beroemde citaat op deze plek om te verwijzen naar alle partijen voor wie de inzet van het lectoraat hopelijk betekenis krijgt: beroepsbeoefenaren, onderzoekers, docenten en studenten. Maar vooral voor cliënten: kinderen, jongeren, ouders, verzorgers. Zij zijn de echte helden van dit verhaal.

En nu we toch over Lewis Carroll spreken, sluit ik graag af met een ander citaat uit zijn meesterwerk. Wanneer Alice de Cheshire Kat ontmoet, stelt ze de vraag: *'Cheshire Puss... would you tell me please, which way I ought to go from here?'* Daarop antwoordt de kat: *'That depends a good deal on where you want to get to.'*

Om wijlen Hans van Mierlo te parafraseren: de jeugdzorg is de weg niet kwijt, maar zoekt hem wel. Terecht, want elke Alice verdient een Lorina. Ik hoop dat dit betoog duidelijk heeft gemaakt *dat* we een weg voorwaarts voor de zorg voor jeugd moeten zoeken, *waarom* dat nodig is, en vooral: in welke *richting* het lectoraat die wil zoeken. Ik hoop ook dat de lezer nieuwsgierig is geworden naar onze reis en met ons mee wil trekken: welkom.

Literatuur

- Anderson, T., Lunnen, M.M., & Ogles, B. (2010). Putting models en techniques in context. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 143-166). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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: APA Press.
- Bannink, F. (2006). *Oplossingsgerichte vragen*. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Harcourt.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence. A brief history of the origins and applications of CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 3-13.
- Bohart, A.C., & Tallman, K. (2010) Clients. The neglected common factor. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonke, P., et al. (2006). *Prestatie-indicatoren jeugdzorg. Naar een gezamenlijke integrale visie en implementatie*. Den Haag: Landelijke werkgroep prestatie-indicatoren jeugdzorg.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

- Carroll, L. (1865, herdruk 1993). *Alice's adventures in Wonderland, & Through the looking-glass*. Wordsworth Classics, Ware: Wordsworth Editions Ltd.
- CBO Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg en partners (2010). *Dit nooit meer*. Artsen vertellen over hun incident. Utrecht: CBO.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- De Botton, A. (2006). *De architectuur van het geluk*. Amsterdam: Atlas.
- De Bruyn, E.E.J., Ruijsenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Van Aarle, E.J.M. (2003). *De diagnostische cyclus*. Een praktijkleer. Leuven: Acco.
- De Volkskrant (2010). *Jeugdzorg voor alle betrokkenen nodeloos complex*, 4-2-2010, p. 4.
- De Winter, M. (2004). *Opvoeding, onderwijs en jeugdbeleid in het algemeen belang*. De noodzaak van een democratisch-pedagogisch offensief. Webpublicatie nr 1. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Dodge, K. (2009). Community intervention and public policy planning in the prevention of antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 194-200.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.) (2010). *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance. An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187.
- Faas, M. (2009). *Meten is weten*. Bouwen aan een wetenschappelijke en effectieve jeugdzorg. Amsterdam: SWP.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing*. A comparative study of psychotherapy (3rd Ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician*. Judgment research and psychological assessment. Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected theme in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 425-435.
- Green, J., Kroll, L., Imre, D., Frances, F. M., Begum, K., & Gannon, L. (2001). Health gain and predictors of outcome in inpatient and day patient child psychiatry treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 325-332.
- Grol, R., & Wensing M. (red.) (2001). *Implementatie*. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- HBO-raad (2007). *Actieplan professionalisering in de jeugdzorg*. Utrecht: HBO-raad, MOgroep, MOVISIE, NIP, NJi, NVMW/Phorza en NVO.
- HBO-raad (2009). *Opleiden voor de jeugdzorg 2009*. Eindrapportage actualisering HBO. Den Haag: HBO-raad/Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg.
- Hermanns, J. (2006). *Kijken naar opvoeding*. Opstellen over jeugd, jeugdbeleid en jeugdzorg (2e druk). Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van Bijzonder hoogleraar op de Kohnstammleerstoel aan de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Hermanns, J., & Menger, A. (2009). *Walk the line*. Over continuïteit in het reclasseringswerk. Amsterdam/Utrecht: SWP/Hogeschool Utrecht.
- Hubble, M.A. Duncan, B.L., & Miller, S.D. (Eds.) (1999). *The heart and soul of change*. What works in therapy (pp. 33-56). Washington, DC: APA Press.
- Hubble, M.E, Duncan, B.L., Miller, S.D., & Wampold, B.E. (2010). Introduction. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Janssen, W. (2010). *Vertrouwen in de jeugdzorg*. Amsterdam: SWP.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty*. Heuristics and biases. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Karver, M.S., Handelsman, J., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy. The evidence for different variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Kauffman, F.J. (1982). *Pedagogische instituten in Nederland*. Centra van gespecialiseerde hulpverlening en kinderstudie. Groningen: Wolters-Noordhoff.

- Kazdin, A.E. (2000a). Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 57, 829-835.
- Kazdin, A.E. (2000b). *Psychotherapy for children and adolescents*. Directions for research and practice. New York: Oxford University Press.
- Kelley, S.D., Bickman, L., & Norwood, E. (2010). Evidence-based treatments and common factors in youth psychotherapy. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 325-355). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kwakman, C.H.E. (2003). *Anders leren, beter werken*. Lectorale rede. Nijmegen: HAN.
- Laman, H. (2006). Het evidence beest. *Medisch Contact*, 61, 322.
- 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.J. (2010). 'Yes it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome.' In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 239-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, M.J., & 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.
- Lane, D., & Corrie, S. (2006). *Modern scientist-practitioner*. A guide to practice in psychology. Londen: Routledge.
- Meredith, R.L., Bair, S.L., & Ford G.R. (2000). Information management for clinical decision making. In G. Stricker, W. Troy, & S.A. Shueman (Eds.), *Handbook of quality management in behavioural health* (pp. 53-94). New York: Kluwer/Plenum.
- Ministerie van Justitie (2005). Instellingsbesluit Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. *Staatscourant*, 21-10-'05, 16.
- MGV (2008). Themanummer scientist practitioner. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 983-1072.
- MOgroep (2006). *Beleidskader 2006-2010 Maatschappelijk Ondernemers Groep*. Utrecht: MOgroep.
- Montgomery, H. (1993). The search for a dominance structure in decision-making. Examining the evidence. In G.A. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, & C.E. Zsombok (Eds.), *Decision-making in action*. Models and methods (pp. 182-187). Norwood, NJ: Ablex.
- Norcross, J.C. (2002) (Ed.). *Psychotherapy relations that work*. Therapist contributions and responsiveness to patients. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2010). The therapeutic relationship. In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (Eds.) (2005/2006). *Evidence based practices in mental health*. Debate and dialogue on the fundamental questions (1st/2nd Ed. resp.). Washington, DC: American Psychological Association.
- NVMW Functiegroep Jeugd (2009). *Gewoon professioneel*. Positieve verhalen van professionals uit de sector jeugdzorg. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers.
- Pijnenburg, H.M. (1996). *Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences*. Exploring a domain. Academisch proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit en Nijmegen Institute for Cognition and Information.
- Praktikon (2009). *Bergop (Behandelingsgerichte Evaluatie- en Registratie GegevensOPslag)*. Webbased softwareprogramma voor digitale verwerking van instrumenten voor effectonderzoek in jeugdzorg en onderwijs. Nijmegen: Praktikon.
- Rashkis, H.A. (1960). Cognitive restructuring. Why research is therapy. *Archives of General Psychiatry*, 2, 612-621.
- Reerink, A. (2009). Kinderen van de verwijsmachine. *NRC-Magazine*, 18-9-2009, 19-23.
- Rietveld, J. (2009). De Nederlandse jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 858-874.
- Rijksbouwmeester (2009). *Gezond en goed*. Scholenbouw in topconditie (Advies van Ir. L. van der Pol). Den Haag: Atelier Rijksbouwmeester.

- Rosenzweig, S. (1936, 2010). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said: 'Everybody has won and all must have prizes.'" *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. Deels herdrukt in: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold & M.A. Hubble (Eds.) (2010). *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ross, E.C., Devon, L.L., Polaschek, D.L.L., & Ward, T. (2007). The therapeutic alliance. A theoretical revision for offender rehabilitation. *Agression and Violent Behaviour* 13, 462-480.
- Ross-Van Dorp, C. (2006). *Investeren in Jeugd*. Een overzicht. Brief van de Staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer, 1-10-2006. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Rouvoet, A. (2009). *Aanzien jeugdzorg zal ingrijpend veranderen*. Toespraak op 30-9-2009. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- 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, 452-464.
- Sparks, J.A., & Duncan, B.L. (2010). Common factors in couple and family therapy. Must all have prizes? In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 357-391). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangel, P. (Mensframe), Holt, D. (Stichting Stunt), Vidomes, Woonbron, & Basisschool De Horizon (2009). *Evaluatie restylen huishoudens Delft*. Een integrale aanpak voor een kleurrijk initiatief. Rotterdam: SEV.
- Tonkens, E. (red.) (2009). *Tussen onderschatten en overvragen*. Actief burgerschap en activerende organisaties in de wijk. Amsterdam: SUN Trancity-Antwerpen: Uitgeverij Augustus.
- Van de Haterd, J., Zwikker, N, Hens, H., & Uyttenboogaart, A. (2009). *Gedragswetenschapper in de jeugdzorg*. Utrecht: Nij/Movisie/SWP.
- Van der Lans, J. (2008). *Ontregelen*. De herovering van de werkvloer. Amsterdam: Uitgeverij Augustus.
- Van Montfoort, A. (2008). *Professionaliteit en nuchterheid in jeugdzorg en jeugdbeleid*. Lectorale rede 23-1-2008. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Van Pagee, R. (red.) (2002). *Eigen kracht*. Family Group Conference in Nederland. Van model naar invoering. Amsterdam: SWP.
- Van Strien, P.J. (1986). *Praktijk als wetenschap*. Methodologie van het sociaal-wetenschappelijk handelen. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Van Yperen, T.A. (2003). *Gaandeweg*. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg. Oratie. Utrecht: NIZW.
- Van Yperen, T.A., & Veerman, J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit*. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Delft: Eburon.
- Van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*. Stand van de discussie. Utrecht: Nederland Jeugdinstituut.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Models, methods and findings. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. (2005). The psychotherapist. In J.C. Norcross, J.C., Beutler, L.E., & Levant, R.F. (Eds.), *Evidence based practices in mental health*. Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC: American Psychological Association
- Wampold, B.E. (2010). In B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition*. Delivering what works in therapy (pp. 49-81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B.E., & Brown, G. (2005). Estimating therapist variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcome in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.
- Weisz, J.R., & Jensen, A. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts. Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, suppl. 1, 1018-8827.
- Weisz, J.R., & Weiss, A.L. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park: Sage Publications
- Witteman, C.L.M. (2003). *De verbeelding van de diagnostiek*. Inaugurele rede. Nijmegen: Radboud Universiteit.